

Згідно з вимогами ISO 9001-2015 Введено в дію _____ 2021		П-СУЯ/01 Версія 03	
Тернопільська міська рада			
Процедура управління задокументованою інформацією системи управління якістю			
Оригінал знаходиться: головний спеціаліст з питань управління якістю Копії: виконавчі органи, окремі посадові особи, старости			
Розробив	Погодив	Затверджено	
Головний спеціаліст з питань управління якістю	Заступник міського голови - керуючий справами, уповноважений з питань системи управління якістю Іван ХІМЕЙЧУК	Розпорядженням міського голови	

Від якості справи – до якості життя!

1. Призначення і сфера застосування

1.1 В цій Процедурі встановлено єдині вимоги щодо оформлення, ідентифікації і структури задокументованої інформації системи управління якістю у Тернопільській міській раді, а також визначається порядок їх створення, узгодження, затвердження, впровадження, розповсюдження, контролю, актуалізації, збереження, внесення змін і вилучення застарілих документів з обігу.

1.2 Ідентифікація документів внутрішнього і зовнішнього походження регламентується нормативно - правовими актами; організаційно-розпорядчими документами (в паперовій, електронній формі) ; вимогами стандартів ISO.

1.3 Документи системи управління якістю, які розробляються і затверджуються у міській раді, повинні відповідати вимогам, які описані у наступних пунктах цієї Процедури.

1.4 Процедура розроблена відповідно до вимог п. 7.5 стандарту ISO 9001-2015.

2. Термінологія

Система управління якістю (СУЯ) – сукупність взаємопов'язаних елементів, яка дає змогу встановлювати політику і цілі, досягати цих цілей, і яка спрямовує та контролює діяльність організації щодо якості.

Задокументована інформація - інформація, яку організація має контролювати та підтримувати в актуальному стані, та носій на якому її розміщено:

- дані – факти про об'єкт;
- інформація – значущі дані;
- документ – інформація та її носій.

Настанова у сфері якості – документ, за яким регламентується система управління якістю організації.

Політика у сфері якості – загальні наміри й спрямованість організації, пов'язані з якістю, які офіційно сформулювало найвище керівництво.

Положення – нормативно-правовий акт, за яким визначаються основні правила організації та діяльності її структурних підрозділів.

Протокол (запис) – документ, у якому наведено одержані результати або докази виконаних робіт.

Процедура – встановлений спосіб виконання роботи або процесу.

Посадова інструкція – документ, за яким визначається трудова функція працівника, його права та обов'язки.

Інструкція – деталізований опис процесу виконання завдання й реєстрації результатів.

Цілі у сфері якості – те, чого хочуть досягти або до чого прагнуть у сфері якості.

Форма – документ, що використовують для реєстрування даних, яких потребує система управління якістю.

Верхній колонтитул – ідентифікатор документа, який знаходиться на першій сторінці.

Нижній колонтитул – ідентифікатор кожної сторінки.

Процес – сукупність взаємопов'язаних видів діяльності, яка перетворює входи на виходи.

Послуга – результат процесу.

Пропозиція – ідея щодо запровадження або поліпшення процесу.

Розробник – посадова особа (особи), яка працює над проектом документа.

Відповідальний за процес - посадова особа, яка бере безпосередню участь у процесі СУЯ та відповідає за кінцевий результат процесу.

Додаток – додаткова інформація, яка стосується основного документа, але не міститься в ньому.

Реєстр – перелік документів.

Системні зміни – зміни, які суттєво впливають на зміст документа СУЯ і потребують прийняття його в новій редакції(версії), затверджується розпорядженням міського голови.

Часткові зміни – зміни, які не суттєво впливають на зміст документа та затверджуються розпорядженням міського голови або наказом уповноваженого з питань СУЯ.

3. Встановлення відповідальності щодо ведення документації системи управління якістю

3.1 Відповідальність за ведення документів системи управління якістю та своєчасне розміщення на сайті Тернопільської міської ради електронних копій, затверджених документів, покладена на головного спеціаліста з питань управління якістю, а у виконавчих органах ради - на їх керівників.

3.2 Документи системи управління якістю затверджуються рішеннями виконавчого комітету, розпорядженнями міського голови, наказами уповноваженого з питань системи управління якістю.

3.3 Керівники процесів є відповідальними за :

- розробку, опрацювання, актуалізацію та зберігання системних документів ;
- ознайомлення підлеглих з вимогами нових документів і змінами до них.

4. Входи й виходи процесу

4.1 Входами процесу є інформація, яку необхідно документувати, підтримувати в актуальному стані й зберігати, контролювати.

4.2 Виходами процесу є затверджена й впроваджена (доведена до відома) задокументована інформація та ідентифікована .

5. Структура документації та стадії управління задокументованою інформацією системи управління якістю

5.1 Документація системи управління якістю Тернопільської міської ради складається з внутрішніх і зовнішніх документів.

5.1.1 Внутрішня задокументована інформація системи управління якістю містить такі документи:

- Статут Тернопільської міської територіальної громади;
- Стратегічний план розвитку Тернопільської міської територіальної громади;

Тернопільська міська рада

Процедура

управління задокументованою інформацією системи управління якістю (П-СУЯ/01)

Сторінка 2 з 15

- Програму економічного та соціально розвитку Тернопільської міської територіальної громади;
- Політику у сфері якості;
- Цілі у сфері якості;
- Настанову у сфері якості;
- Процедури системи управління якістю;
- Положення про виконавчі органи (структурні підрозділи);
- Посадові інструкції;
- Регламенти;
- Інформаційні, Технологічні картки, Паспорти процесів;
- Оперативні документи (організаційно-розпорядчі, плани роботи (річні, квартальні, місячні); договірні документи);
- Записи (доручення; протоколи; звіти; записи про оцінювання персоналу (протоколи засідань конкурсної комісії, щорічна оцінка, атестаційні листи); записи оцінювання постачальників/підрядників (протоколи конкурсних торгів, конкурсів); записи з обслуговування інфраструктури (акти виконаних робіт); записи про звернення громадян; записи реєстрів, журнали обліку тощо; форми й зразки документів; інші).

Повний склад документації з назвами та строками зберігання міститься в Номенклатурі справ виконавчих органів, окремих посадових осіб, яка переглядається щорічно.

5.1.2 До зовнішніх документів системи управління якістю відносяться стандарти та вимоги до них, нормативно-правові акти вищих органів влади (закони, постанови, укази, розпорядження, рішення, накази та інші).

5.2 Стадії управління задокументованою інформацією системи управління якістю

5.2.1 Процес управління внутрішніми документами містить такі стадії:

- планування розроблення внутрішніх документів, визначення формату (версія, графічні зображення) і носії (паперовий, електронний);
- розроблення(назва, дата, номер, автор, зміст), погодження й затвердження;
- впровадження й застосування;
- зберігання;
- перегляд, внесення змін;
- вилучення з обігу.

Основні вимоги щодо документування управлінської інформації та організації роботи з документами, фіксації інформації, яка міститься в документах, визначено в Інструкції з діловодства у Тернопільській міській раді.

5.2.2 Процес управління зовнішніми документами містить такі стадії:

- визначення переліку й придбання необхідних зовнішніх документів;
- ідентифікація зовнішніх документів і забезпечення доступу до них;
- зберігання й вилучення з обігу.

5.3 Ризики і дії щодо їх попередження

Перелік імовірних ризиків, які можуть виникнути на стадіях управління документами і дії щодо їх запобігання наведено в додатку Д-01/П-СУЯ/01.

6. Ідентифікація документації системи управління якістю

6.1 Нумерація документації

Для ідентифікації документації системи управління якістю вводиться його шифр і версія. Версія – це номер документа, який актуальний в даний час.

6.1.1 Шифр послуги в Інформаційній та Технологічній картці:

А чи Н-хх-уу або А чи Н-хх-уу-уу

Версія zz тобто:

- А чи Н- адміністративна чи неадміністративна послуга;
- хх - цифровий код (розпорядження міського голови);
- уу-двозначний або уу-уу- чотирьохзначний номер послуги;
- Версія zz- означає номер видання документа.

6.1.2 Шифр Процедури: П-СУЯ/УУ де:

- П- процедура;
- СУЯ – система управління якістю;
- УУ – двозначний номер документа;
- Версія ZZ – означає номер видання документа.

6.1.3 Шифр додатків до - Настанови у сфері якості(НСУЯ):

- Д-УУ/ НСУЯ;
- Д- додаток;
- УУ- двозначний порядковий номер.

6.1.4 Додатки до документів СУЯ мають таку нумерацію:

Д-ХХ/У-СУЯ/ZZ, де:

- Д – позначення додатку;
- ХХ – двозначний порядковий номер додатку;
- У-СУЯ/ZZ – шифр документа.

6.1.5 Формуляри документів СУЯ мають наступну нумерацію:

Ф-ХХ/У-СУЯ/ZZ, де:

- Ф - позначення формуляру;
- ХХ – двозначний порядковий номер формуляру;
- У-СУЯ/ZZ – шифр документа.

6.2 Верхній колонтитул

Верхній колонтитул використовується тільки на першій сторінці будь-якого документа системи управління якістю.

У ньому зазначається (Д-02/П-СУЯ/01):

- 1) герб міста, підстави та дата введення в дію, шифр і версія документа;
- 2) назва документа;
- 3) розробник;
- 4) місцезнаходження оригіналу та копій;
- 5) власне Ім'я та ПРІЗВИЩЕ, підпис особи яка розробила, перевірила, погодила та затвердила документ, дата виконаної дії.

6.3 Нижній колонтитул

Нижній колонтитул (Д-03/П-СУЯ/01) - це ідентифікатор кожної сторінки документа, в якому зазначається:

- 1) назва організації, розробника;
- 2) назва та шифр документа;

Тернопільська міська рада

Процедура

управління задокументованою інформацією системи управління якістю (П-СУЯ/01)

Сторінка 4 з 15

4) номер поточної сторінки із загальної кількості сторінок.

7. Опрацювання документації системи управління якістю

7.1 Формування Номенклатури справ (НС) та розміщення документації СУЯ у папках, збереження документації регламентується Інструкцією з діловодства у Тернопільській міській раді та Зведеною номенклатурою справ Тернопільської міської ради, яка затверджується міським головою і погоджується на засіданні ЕПК Державного архіву Тернопільської області.

Зведена Номенклатура справ формується на основі Номенклатури справ виконавчих органів ради за **15** днів до початку календарного року.

Формування папок НС системи управління якістю покладено на головного спеціаліста з питань управління якістю, у виконавчих органах (старост) – на керівника та окремих посадових осіб.

Формуляр Номенклатури справ подається у Ф-02/П-СУЯ/01. Індекс справи – це код хх-уу, де хх – цифровий код виконавчого органу та структурного підрозділу, окремих посадових осіб, старост, уу – номер папки у НС. Перелік документів папки НС необхідно формувати відповідно до Ф-03/П-СУЯ/01

7.2 Задокументована інформація

Реєстр основних документів - для упорядкування документів, які використовуються в роботі, виконавчий орган, окрема посадова особа формує, згідно визначеної форми Ф-04/П-СУЯ/01, керівник затверджує.

Реєстр основних записів - для упорядкування документів в яких відображено одержані результати та докази робіт, виконавчий орган, окрема посадова особа формує, згідно визначеної форми Ф-05/П-СУЯ/01, керівник затверджує.

Реєстр процесів – для документування інших процесів виконавчих органів, окремих посадових осіб, визначених у відповідності з Положенням, Посадовою інструкцією, формується згідно Ф-06/П-СУЯ/01, керівник затверджує.

Ці реєстри, не рідше одного разу в рік, переглядаються, аналізуються і при потребі актуалізуються.

Реєстр (перелік) адміністративних, неадміністративних послуг:

Виконавчі органи міської ради, старости, які є суб'єктами надання послуг, згідно з чинним законодавством, складають Реєстр адміністративних послуг та Реєстр неадміністративних послуг (Ф-07/П-СУЯ/01). Розробляє, зберігає та актуалізує Реєстри послуг особа, відповідальна за функціонування системи управління якістю суб'єкта надання послуг. Керівник, суб'єкта надання послуг, затверджує Реєстр адміністративних та неадміністративних послуг.

На підставі Реєстрів послуг, що надають виконавчі органи, старости, рішенням виконавчого комітету «Про затвердження реєстрів послуг», затверджуються загальні зведені Реєстри адміністративних та неадміністративних послуг.

На підставі рішення виконавчого комітету «Про затвердження реєстрів послуг», посадовою особою Центру надання адміністративних послуг, формується та подається на затвердження виконавчого комітету перелік послуг, що надаються через Центр надання адміністративних послуг у місті Тернополі.

7.3 Настанова у сфері якості та Процедури системи управління якістю

Настанова у сфері якості та Процедури системи управління якістю підписуються розробником, погоджуються уповноваженим з питань системи управління якістю та затверджуються розпорядженням міського голови.

При потребі, розробник вносить зміни, або розробляє нові версії Настанови у сфері якості та Процедур системи управління якістю.

7.4 Порядок поширення та зберігання документів системи управління якістю

7.4.1 Порядок копіювання і поширення документів СУЯ:

- головний спеціаліст з питань управління якістю з оригіналів документів, при необхідності, протягом двох робочих днів виготовляє копії документів на копіювальному апараті та ставить штамп „ Копія № ____ згідно з оригіналом “ на кожній сторінці документа у нижньому лівому куті, забезпечує розсилку згідно Реєстру розсилки копій документів СУЯ (Ф-01/П-СУЯ/01);
- керівник виконавчого органу, Центру надання адміністративних послуг, староста забезпечує наявність в пунктах обслуговування замовників актуальних «Інформаційних екземплярів» Інформаційних карток з формою заяви ;
- керівник виконавчого органу, староста розміщує актуальну версію Інформаційної картки з формою заяви, Технологічну картку у форматі pdf на офіційному сайті міської ради в розділі «Громадянам»;
- керівник «Центру надання адміністративних послуг» забезпечує розміщення у форматі pdf Інформаційні картки, Технологічні картки (для запобігання їх ненавмисного пошкодження) та заяви на своєму сайті у розділі «Послуги»;
- головний спеціаліст з питань управління якістю розміщує актуальні основні документи СУЯ на сайті міської ради в розділі «Система управління якістю».

На паперових носіях зберігаються у виконавчих органах, ЦНАП, старост, окремих посадових осіб: Політика у сфері якості, Цілі у сфері якості, Положення, Посадові інструкції, переліки, реєстри , паспорт ризиків та ін.., Інформаційні та Технологічні картки, Процедури системи управління якістю. З іншою документацією, та для використання в роботі, можна ознайомитися на сайті міської ради в розділі «Система управління якістю». Усі посадові особи повинні бути обізнані зі змістом системної документації.

7.4.2 Порядок зберігання документів системи управління якістю

Оригінали документації СУЯ (в т.ч. протоколи аналізу невідповідностей) зберігаються в головного спеціаліста з питань управління якістю, згідно із Номенклатурою справ.

Завірені копії документів СУЯ зберігаються у виконавчих органах ради, окремих посадових осіб, старост, в ЦНАП відповідно до Номенклатури справ та Реєстру розсилки копій документів системи управління якістю (Ф-01/П-СУЯ/01).

Показником актуальності документа є дата.

Умови, порядок та строки зберігання документів здійснюються згідно з вимогами Правил організації діловодства та архівного зберігання документів у державних органах, органах місцевого самоврядування, на підприємствах, в установах і організаціях затверджених Наказом Міністерства юстиції України 18.06.2015 № 1000/5 та Переліку типових документів, що створюються під час діяльності державних органів та органів місцевого самоврядування, інших установ, підприємств та організацій, із зазначенням строків зберігання документів, затвердженого Наказом Міністерства юстиції України 12.04.2012 №578/5.

7.5 Внесення змін в документи системи управління якістю

7.5.1 Зміни проводяться на основі:

- звітів зовнішніх та внутрішніх аудитів;
- аналізувань СУЯ, здійснюваних керівництвом;
- організаційних змін;
- пропозицій посадових осіб;
- впроваджених коригувальних дій;
- пропозицій замовників;
- змін у нормативно-правових актах;
- з інших вагомих причин за визначенням уповноваженого з питань СУЯ.
-

7.5.2 Характер змін

Зміни можуть носити частковий або системний характер.

Часткові зміни не вимагають зміни самого документа СУЯ і вводяться в дію наказами УСУЯ.

Системні зміни – це зміни, які суттєво впливають на зміст документа СУЯ і потребують прийняття його в новій редакції.

7.5.3 Порядок внесення змін

Рішення про внесення змін, викладення в новій редакції(версії) внутрішніх документів, приймає керівник процесу.

Часткові зміни в документи СУЯ вносяться на підставі рішення виконавчого комітету, розпорядження міського голови, наказу УСУЯ. На оригіналі ставиться штамп «Внесено зміни». Головним спеціалістом з питань управління якістю надсилаються завірені копії протягом двох робочих днів виконавцям.

Системні зміни вносяться на підставі рішення виконавчого комітету, розпорядження міського голови, наказу УСУЯ. Створюється нова редакція документа (версія) та складається протокол вилучення попереднього документа (Ф-08/П-СУЯ/01), ставиться штамп «Втратив чинність» та зберігаються в головного спеціаліста з питань управління якістю в окремій справі згідно Номенклатури справ, до передачі в архів.

7.6 Перегляд актуальності документів

У разі надходження пропозицій із джерел, які визначені в п.7.5.1, періодично, але не рідше одного разу в рік, головний спеціаліст з питань управління якістю, переглядає оригінали документів СУЯ, щодо актуальності та вносить зміни до них, або робить відмітку про втрату чинності .

Внесення змін здійснюється у порядку, передбаченому в п. 7.5.3 цієї Процедури.

При втраті чинності документа, головний спеціаліст з питань управління якістю робить запис у протоколі вилучення документів системи управління якістю(Ф-08/П-СУЯ/01) та або готує нову редакцію (версію) документа.

7.7 Контроль задокументованої інформації

Постановка діловодства від моменту надходження зовнішніх документів або створення внутрішніх документів, їх підготовку, реєстрацію, облік і контроль за виконанням до

передачі їх в архів регламентується Інструкцією з діловодства у Тернопільській міській раді.

Порядок ведення діловодства за зверненнями громадян визначається Законом України «Про звернення громадян» та Інструкцією з діловодства за зверненнями громадян в органах державної влади і місцевого самоврядування, затвердженою відповідною постановою Кабінету Міністрів України.

Особисту відповідальність за стан діловодства за зверненнями громадян несе керівник.

8. Записи процедури

Записами Процедури є заповнені відповідними посадовими особами формуляри, перелік і форми яких подані у розділі 11.

9. Прикінцеві положення

9.1. Процедуру розробляє, вносить зміни головний спеціаліст з питань управління якістю, погоджує уповноважений з питань системи управління якістю, затверджується розпорядженням міського голови.

9.2 Контроль за виконанням Процедури здійснює уповноважений з питань системи управління якістю.

10. Додатки

1.Д-01/П-СУЯ/01 Ризики і дії щодо їх попередження.

2.Д-01/П-СУЯ/01 Верхній колонтитул Інформаційної, Технологічної картки.

3.Д-02/П-СУЯ/01 Нижній колонтитул документів системи управління якістю.

11. Формуляри

1. Ф-01/П-СУЯ/01 Реєстр розсилки копій документів системи управління якості.

2. Ф-02/П-СУЯ/01 Номенклатура справ.

3. Ф-03/П-СУЯ/01 Перелік документів папки НС.

4. Ф-04/П-СУЯ/01 Реєстр основних документів

5. Ф-05/П-СУЯ/01 Реєстр основних записів.

6. Ф-06/П-СУЯ/01 Реєстр процесів.

7. Ф-07/П-СУЯ/01 Реєстр(перелік) адміністративних, неадміністративних послуг.

8. Ф-08/П-СУЯ/01 Протокол вилучення документів системи управління якістю.

Д-01/П-СУЯ/01

Ризики

Дії із запобігання ризикам

1. Управління внутрішніми документами

Стадія 1.1 Розроблення, погодження й
затвердження

Обсяг задокументованої інформації СУЯ не є достатнім для її функціонування

Під час визначення обсягу задокументованої інформації СУЯ необхідно аналізувати актуальні вимоги законодавчих актів і нормативних документів щодо наявності в міській раді відповідної документації. Визначити перелік документів, які застосовуються в виконавчих органах й оцінити їх на відповідність цим вимогам.

Застосування неактуальної інформації під час розроблення документа

До початку розроблення документа проводити перевірку актуальності й адекватності інформації, яка далі буде використовуватися.

Зміст документа не відповідає компетентності працівника, який буде його застосовувати

До початку розроблення документа слід визначити рівень компетентності працівників, який буде його застосовувати.

Порушення вимог до оформлення документів

Проведення інструктажу з розробником (-ами) документа щодо виконання вимог до оформлення документів, які діють в виконавчих органах міської ради.

Стадія 1.2 Упровадження й застосування
Зміст документа не доведено до працівників

Переглянути й удосконалити процес інформування працівників

Стадія 1.3 Перегляд і внесення змін
Недотримання визначеної періодичності перегляду документу

Контролювати поточний стан чинної версії документа й своєчасно планувати його перегляд.

Внесені зміни до документа є недостатніми для досягнення запланованих результатів

Перед погодженням і затвердженням змін до документа необхідно оцінити їх вплив на досягнення запланованих результатів .

Стадія 1.4 Зберігання й вилучення з обігу
Порушення правил і умов зберігання задокументованої інформації

Провести додатковий інструктаж з відповідальними за документообіг у виконавчих органах стосовно правил і умов зберігання задокументованої інформації.

Порушення правил вилучення документа з обігу

Провести додатковий інструктаж з відповідальними за документообіг у виконавчих органах стосовно правил вилучення з обігу документів.

2 Управління зовнішніми документами

Тернопільська міська рада

Процедура

управління задокументованою інформацією системи управління якістю (П-СУЯ/01)

Сторінка 9 з 15

Стадія 2.1 Визначення переліку й придбання необхідних зовнішніх документів

Визначений перелік необхідних зовнішніх документів не є достатнім для функціонування системи управління якістю й діяльності Тернопільської міської ради

Під час визначення переліку зовнішніх документів необхідно аналізувати актуальні вимоги законодавчих актів і нормативних документів у сфері управління якістю.

Визначено неактуальні версії зовнішніх документів

Під час визначення переліку зовнішніх документів необхідно додатково перевіряти актуальність зовнішніх документів.

Придбання неофіційних примірників (копій) зовнішніх документів

Перед закупівлею зовнішніх документів перевіряти добропорядність і надійність постачальників.

Документ не використовується у виконавчому органі

Проводити позапланові перевірки використання документа .

Переглянути й удосконалити систему стимулювання працівників.

Стадія 2.3 Ідентифікація, облік зовнішніх документів і забезпечення доступу до них

Порушення правил ідентифікації зовнішніх документів

Провести додатковий інструктаж з відповідальними особами стосовно правил ідентифікації зовнішніх документів.

Стадія 2.4 Підтримка актуальності зовнішніх документів і внесення змін до них

Актуальність зовнішньої задокументованої інформації не контролюється

Призначити відповідальну особу, яка буде контролювати актуальність зовнішньої задокументованої інформації і своєчасно повідомляти про зміни в ній.

Зміни до зовнішньої задокументованої інформації не вносяться

Призначити відповідальну особу, яка буде своєчасно вносити зміни до зовнішньої задокументованої інформації.

Стадія 2.5 Зберігання й вилучення з обігу зовнішніх нормативних документів

Порушення правил і умов зберігання зовнішньої задокументованої інформації

Провести додатковий інструктаж з відповідальними особами стосовно правил і умов зберігання зовнішньої задокументованої інформації.

Порушення правил вилучення з обігу зовнішньої задокументованої інформації

Провести додатковий інструктаж з відповідальними особами стосовно правил вилучення з обігу зовнішньої задокументованої інформації.

Верхній колонтитул Інформаційної та Технологічної картки

Згідно з вимогами ISO 9001 Введено в дію з _____ 20	А чи Н-хх-уу або А чи Н-хх-уу-уу Версія zz	 ←1 ←1
Тернопільська міська рада		←2
Назва документа розробив		←3
Оригінал: головний спеціаліст з питань управління якістю копії: згідно з реєстром розсилки (Ф-01/П-СУЯ/01)		←4

Розробив:	Перевірів:	Затверджую:	←5
Посада	Уповноважений з питань СУЯ	Міський голова	←6
_____ Ім'я ПРІЗВИЩЕ (підпис)	_____ Ім'я ПРІЗВИЩЕ (підпис)	_____ Ім'я ПРІЗВИЩЕ (підпис) ←1	←7
_____ 20_	_____ 20_	_____ 20_	←8

Тип та розмір шрифтів у верхньому колонтитулі по блоках:

- 1 - Times New Roman, звичайний, 12 pt, по центру.
- 2 - Times New Roman, звичайний, 13 pt, по центру.
- 3 - Times New Roman, звичайний, напівжирний, 14 pt, по центру.
- 4 - Times New Roman, звичайний, слова «оригінал» та «копії»
напівжирний, 10 pt, по лівому краю.
- 5 - Times New Roman, звичайний, напівжирний, 12 pt, по центру.
- 6 - Times New Roman, звичайний, 12 pt, по лівому краю.
- 7 - Times New Roman, звичайний, 12 pt, по центру, слово «підпис»
звичайний, 10 р.
- 8 - Times New Roman, звичайний, 10 pt, по центру.

Нижній колонтитул документів системи управління якістю

Тернопільська міська рада, розробник	←1
Назва документа системи управління якістю	←2
Сторінка XX з УУ (номер сторінки із загальності)	←3

Тип та розмір шрифтів у нижньому колонтитулі по блоках:

- 1 - Times New Roman, звичайний, 9 pt, по центру.
- 2 - Times New Roman, звичайний, напівжирний, 10 pt, по центру.
- 3 - Times New Roman, звичайний, 9 pt, по центру.

РЕЄСТР
розсилки копій документів системи управління якістю

(назва документа СУЯ)

№ п/п	Розробник	Копії документів (версія)	Особа що отримала	Дата	Підпис

Склав

Посада _____

Підпис _____

Ім'я ПРІЗВИЩЕ ____

Дата _____

НОМЕНКЛАТУРА СПРАВ _____ № хх-уу за 20 рік

СХВАЛЕНО:

Протокол засідання експертної комісії від 20--- №

Індекс справи	Заголовок справи	Кількість справ (томів)	Строк зберігання	Робочі позначки
Відділ _____				
...		...	...	
Відділ _____				
...	...	...	...	...

Підсумковий запис

Справи за строками зберігання	Разом	У тому числі	
		перехідні	з відміткою "ЕПК"

Усього справ:

постійного зберігання

тривалого (понад 10 років) зберігання

тимчасового зберігання

СКЛАДЕНО:

Головний спеціаліст

Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ

дата

ЗАТВЕРДЖЕНО:

Начальник виконавчого органу

Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ

дата

ПОГОДЖЕНО:

Начальник архівного відділу

Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ

СХВАЛЕНО:

Протокол засідання експертної комісії від 08.11.2021 № 278/11-21

Протокол засідання експертно-перевірної комісії державного архіву
від 20- №

Індекс справи	Заголовок справи	Кількість справ (томів)	Строк зберігання	Робочі позначки
Управління _____				
...	...	...	...	
Відділ _____				
...	...	...	...	...

Підсумковий запис

Справи за строками зберігання	Разом	У тому числі	
		перехідні	з відміткою "ЕПК"

Усього справ:
 постійного зберігання
 тривалого (понад 10 років) зберігання
 тимчасового зберігання

СКЛАДЕНО:

Головний спеціаліст

Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ

дата

ПІДСУМКОВИЙ ЗАПИС ЗАВІРЕНО:

Начальник архівного відділу

Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ

дата

ЗАТВЕРДЖЕНО:

Заступник міського голови-керуючий справами

Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ

Дата

Ф-03/П-СУЯ/01

Перелік документів папки НС

Назва виконавчого органу, окремої посадової особи

Шифр документа	Назва документа	Дата включення	Кількість аркушів

Посада _____

Підпис _____

Ім'я ПРІЗВИЩЕ

Дата _____

Ф-04/П-СУЯ/01

ЗАТВЕРДЖУЮ

Реєстр основних документів
Назва виконавчого органу, окремої посадової особи

№ п/п	Шифр документа	Документ	Місце знаходження документа

Посада, склав, дата _____ Підпис _____ Ім'я ПРІЗВИЩЕ _____

Ф-05/П-СУЯ/01

ЗАТВЕРДЖУЮ

Реєстр основних записів
Назва виконавчого органу, окремої посадової особи

№ п/п	Шифр запису	Назва запису	Спосіб зберігання (місце, термін, актуальність)

Посада (склав), дата _____ Підпис _____ Ім'я ПІЗВИЩЕ _____

Ф-06/П-СУЯ/01

ЗАТВЕРДЖУЮ

Реєстр процесів
Назва виконавчого органу, окремої посадової особи

№ п/п	Шифр процесу	Назва процесу	Статус актуальності (дата)

Посада (склав), дата _____ Підпис _____ Ім'я ПІЗВИЩЕ _____

Ф-07/П-СУЯ/01

ЗАТВЕРДЖУЮ

Реєстр(перелік) адміністративних, неадміністративних послуг

Назва виконавчого органу, окремої посадової особи, старости

№ п/п	Шифр послуги та в якій версії зберігається	Назва послуги	Статус актуальності (дата)

Посада(склав) ,дата_____ Підпис_____ Ім'я ПІЗВИЩЕ

Ф-08/П-СУЯ/01

ПРОТОКОЛ

вилучення документів системи управління якістю

(назва документа СУЯ, розробник)

Документ, що вилучаються	Підстава вилучення	Дата вилучен ня	Уповноваже ний з питань СУЯ викового органу, окрема посадова особа	Підпис

Протокол склав:

_____ (посада) _____ (підпис) (Власне Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Дата _____ 20__

Сертифікат: 58E2D9E7F900307B040000005BB9280092A58800



Дійсний з: 24.09.2020 09:29:58
Дійсний до: 24.09.2022 09:29:58
Підписант: Надал Сергій Віталійович
Мітка часу: 14.04.2021 08:03:14

Згідно з вимогами стандарту ISO 9001-2015 Введено в дію _____ 2021	П-СУЯ/02 Версія 02	
Тернопільська міська рада		
Процедура управління невідповідними послугами та проведення коригувальних дій		
Оригінал: головний спеціаліст з питань управління якістю Копії: виконавчі органи, окремі посадові особи, старости		
Розробив	Погодив	Затверджено
Головний спеціаліст з питань управління якістю Наталія УНІЯТ	Заступник міського голови - керуючий справами, уповноважений з питань системи управління якістю Іван ХІМЕЙЧУК	Розпорядженням міського голови

Від якості справи - до якості життя !

1. Мета і сфера застосування

1.1 Метою цієї процедури є забезпечення:

- встановлення та ідентифікація невідповідних послуг;
- оцінювання потреби в діях щодо усунення причин невідповідності з тим, щоб вона не виникла повторно;
- встановлення повноважень та відповідальності щодо поводження з невідповідною послугою;
- призначення та виконання коригувальних дій, усунення виявленої невідповідності;
- вжиття заходів для недопущення виникнення виявленої невідповідності в іншому місці;
- збереження задокументованої інформації як доказ дій, пов'язаних з усуненням невідповідності(результатів коригованих дій);
- повторна перевірка виправленої невідповідності, реєстрування результатів виконаних дій.

1.2 Сфера застосування:

- виконавчі органи міської ради, окремі посадові особи, старости.

2. Перелік причетних

Міський голова, заступники міського голови з питань діяльності виконавчих органів ради, секретар ради, заступник міського голови-керуючий справами, уповноважений з питань системи управління якістю, відповідальні працівники за систему управління якістю у виконавчих органах, головний спеціаліст з питань управління якістю,

—

внутрішні аудитори, керівник процесу, начальник ЦНАП, головний спеціаліст з питань охорони праці, працівники відділу звернень та контролю документообігу управління організаційно-виконавчої роботи, старости, суб'єкти звернення.

3. Термінологія

Невідповідна послуга – послуга, що не відповідає вимогам, які встановлені законами, нормативно-правовою документацією.

Вимога – сформульовані потреба або очікування, загальнозрозумілі або обов'язкові.

Невідповідність – невиконання вимоги.

Доказ невідповідності – записи, виклади фактів чи інша інформація, що підтверджують факт невідповідності послуги вимогам, які встановлені чинним законодавством і описані в документах, що регламентують надання цієї послуги.

Реєстр протоколів аналізу невідповідностей – перелік протоколів із зареєстрованими невідповідностями.

Документи, що регламентують надання послуги – Інформаційні і Технологічні картки, рішення міської ради та виконавчого комітету міської ради, розпорядження міського голови, законодавчі акти.

Заявники про невідповідності – особи, які надали інформацію про невідповідну послугу.

Потенційна невідповідність – невідповідність, яка може виникнути.

Коригувальні дії – дії, які виконують для усунення причини виявленої невідповідності або іншої небажаної ситуації.

Керівник процесу - керівник виконавчого органу, староста, окрема посадова особа.

4. Опис дій

4.1 Ідентифікація невідповідності при наданні послуг

Ідентифікація невідповідності при наданні послуг відбувається шляхом порівняння вимог до надання послуг, які встановлені:

- чинним законодавством;
- рішеннями міської ради та виконавчого комітету ;
- стандартом ISO 9001-2015 та документами системи управління якістю, що регламентують надання послуги, з фактами, викладеними в інформації про невідповідність послуги.

Основними джерелами інформації про невідповідні послуги є:

- 1.Скарги суб'єктів звернень.
- 2.Інформація від посадових осіб виконавчих органів міської ради.
- 3.Акти перевірки уповноваженими органами щодо надання послуг.
- 4.Результати аналізування керівництвом системи управління якістю.
- 5.Результати внутрішніх, зовнішніх наглядових аудитів.

4.2 Управління невідповідностями та коригувальними діями

–

Інформація про невідповідність послуги, що надійшла з будь-якого джерела, фіксується у протоколі невідповідності (Ф-01/П-СУЯ/02) тільки при наявності доказів невідповідності. Головний спеціаліст з питань управління якістю інформує заступника міського голови-керуючого справами, уповноваженого з питань управління якістю про виявлені невідповідності. Вносить протокол невідповідності до реєстру протоколів невідповідності (Ф-02/П-СУЯ/02).

Працівники відділу звернень та контролю документообігу управління організаційно-виконавчої роботи реєструють зовнішні документи, що повідомляють про невідповідності у роботі.

У інших виконавчих органах реєстрація ведеться відповідальними особами за діловодство та роботу зі зверненнями громадян.

Якщо невідповідність стосується надання послуги замовнику, то керівник виконавчого органу ради, аналізує причини виникнення невідповідності, призначає коригувальні дії, встановлює терміни їх виконання відповідно до Закону України «Про звернення громадян» та пропонує одну із дій:

- провести коригування та надати послугу;
- призупинити надання послуги до внесення змін (призначити відповідні коригувальні дії, внести зміни до ІК та ТК);
- відмовитись від надання послуги, вилучити послугу з реєстру (переліку) послуг.

Якщо прийнято рішення про те, що невідповідності при наданні послуг замовнику немає, тоді заявнику надається обґрунтована відповідь щодо цього.

Якщо прийнято рішення про те, що невідповідність при наданні послуги замовнику мала місце, тоді ця послуга надається з усуненням цієї невідповідності.

У разі підтвердження неможливості в подальшому надання такої послуги, керівник процесу доводить письмово цю інформацію вищому керівництву міської ради згідно розподілу посадових обов'язків або міському голові, які приймають рішення про припинення її надання. Така послуга вилучається з реєстру (переліку) послуг згідно з Процедурою (П-СУЯ-01).

У всіх випадках особі, яка виявила невідповідність при отриманні послуги, надається відповідь відповідно до чинного законодавства.

Коригувальні дії, не пов'язані із аудитом, плануються за довільною формою.

Якщо невідповідності виявлені за результатами проведення внутрішніх аудитів, то на зафіксовану невідповідність у протоколі невідповідності керівник процесу (керівник виконавчого органу) протягом 3-ох робочих днів аналізує причини виникнення невідповідності та розробляє заходи для їх усунення. Необхідні коригувальні дії погоджуються з провідним аудитором (аудитором). Призначені коригувальні дії фіксуються в протоколі невідповідності із зазначенням запланованої дати виконання (не довше місячного терміну).

Оригінали заповнених протоколів невідповідності провідний аудитор передає головному спеціалісту з питань управління якістю для заповнення реєстру протоколів невідповідності (Ф-02/П-СУЯ/02), після чого протоколи передаються заступнику міського голови – керуючому справами, уповноваженому з питань системи управління якістю для заповнення відповідної частини протоколу.

–

Головний спеціаліст з питань управління якістю готує копії протоколів невідповідності, завіряє та передає керівнику виконавчого органу ради, профільному заступнику міського голови та провідному аудитору (аудитору) з метою контролю за впровадженням коригувальних дій.

Провідний аудитор (аудитор), у визначений термін, здійснює перевірку впровадження коригувальних дій.

За результатами виконання коригувальних дій провідний аудитор заповнює відповідну частину протоколу невідповідності, що засвідчує виконання коригувальних дій у виконавчому органі ради, та передає його головному спеціалісту з питань управління якістю для здійснення оцінки впровадження коригувальних дій.

Якщо невідповідності виявлені за результатами проведення перевірок уповноваженими органами, або зовнішніх наглядових аудитів, то складається протокол невідповідності та звіт з усунення невідповідності за формою, запропонованою уповноваженими органами, організацією. Тоді керівники процесів забезпечують опрацювання невідповідностей та впровадження коригувальних дій у терміни, які встановлює представник уповноваженого органу.

Якщо невідповідності, виявлені за результатами аналізування вищим керівництвом системи управління якістю, то їх опрацювання і впровадження коригувальних дій забезпечують керівники процесів у терміни, зазначені в протокольних дорученнях та дорученнях, наказах УСУЯ.

Аналізуючи причини виникнення наявних невідповідностей та їх кількість, керівник процесу прогнозує ймовірність виникнення потенційних невідповідностей. Для їх уникнення він повинен врахувати ризики і можливості.

Для цього керівник виконавчого органу ради повинен визначити необхідні заходи (що і як зробити) і ресурси (матеріальні, людські і т.п.), про що інформує вище керівництво.

Керівництво приймає рішення про достатність або потребу засобів і ресурсів для запобігання появи невідповідності, а також про результативність виконаних коригувальних дій.

Відповідальні особи повинні оцінити потребу в діях щодо усунення причин(и) невідповідності з тим, щоб вона не виникала повторно, а саме:

проаналізувати невідповідність; визначити причини невідповідності; визначити наявність подібних невідповідностей або потенційну можливість їх виконання; аналізувати результативність будь-якої виконаної коригувальної дії; за потреби, надати пропозиції вищому керівництву міської ради та міському голові щодо необхідності оновити визначений перелік ризиків та можливостей та дій щодо них; за потреби, надати пропозиції керівникам процесів та міському голові щодо необхідності вносити зміни до системи управління якістю.

4.3 Забезпечення зберігання задокументованої інформації про невідповідність.

Оригінали протоколів невідповідності та реєстри невідповідності внутрішніх та наглядових аудитів зберігаються як доказ у головного спеціаліста з питань управління якістю.

4.4 Відповідальність за надання невідповідних послуг

Відповідальність за результати кожного процесу, в т.ч. і процесу надання послуги, (забезпечення пунктів обслуговування замовників актуальними Інформаційними картками та заявами, розміщення інформації на сайті міської ради, стендах), несе керівник процесу, окрема посадова особа.

Головний спеціаліст з питань управління якістю інформує уповноваженого з питань системи управління якістю(УСУЯ) про факти виявлення невідповідностей при наданні послуг, під час проведення внутрішніх та наглядових аудитів.

Відповідальність за невиконання управлінських дій, пов'язаних із наданням невідповідної послуги, встановлена Законом України «Про службу в органах місцевого самоврядування» та іншими нормативно-правовими актами.

5. Документація

1. п.8.7 Стандарту ISO 9001-2015.

6. Формуляри

1. Ф-01/П-СУЯ/02 – Протокол невідповідності

2. Ф-02/П-СУЯ/02 – Реєстр протоколів невідповідності.

Ф-01/П-СУЯ/02

Протокол невідповідності

№ _____ від _____ 20

(виконавчий орган, окрема посадова особа)

До план – звіту № xx - уу/ zz - п(н) про проведення внутрішнього аудиту*

Оригінал: головного спеціаліста з питань системи управління якістю

Копії: згідно реєстру розсилки копій документів Ф-01/П-СУЯ/01

Заповнює особа, яка виявила невідповідність

I

Опис невідповідності:

Докази невідповідності:

—

Тернопільська міська рада

Процедура П-СУЯ/02

управління невідповідними послугами та проведення коригувальних дій

Сторінка 5 з 7

Особа, що виявила невідповідність:

(посада) _____ 20__

(ініціали, прізвище)

* Заповнюється, якщо невідповідність виявлена під час проведення внутрішнього аудиту.

Заповнює керівник виконавчого органу

Потреба у проведенні коригувальних дій: _____ (так/ні)

Керівник, окрема посадова особа

(підпис, дата)

(ініціали, прізвище)

Аналіз причин виникнення невідповідності :

п/п	Зміст дії	Відповідальний за виконання (посада/ прізвище)	Термін виконання	Відмітка про виконання

Коригувальні дії затверджую :

Керівник виконавчого органу, окрема посадова особа

(підпис)

(ініціали, прізвище)

_____ 20__

Заповнює уповноважений з питань СУЯ та посадова особа, що проводить перевірку виконання коригувальних дій

Коригувальні дії погоджую :

уповноважений з питань СУЯ

(підпис)

(ініціали,

прізвище)

_____ 20__

Перевірку виконання коригувальних дій провести:

прізвище _____

посада _____

дата _____

Перевірка виконання коригувальних дій проведена:
 прізвище _____
 посада _____
 підпис _____
 дата _____

Потреба в додаткових коригувальних діях _____ (так/ні)
 Зміст дії: _____
 Перевірку виконання додаткових коригувальних дій
 провести:
 прізвище _____
 посада _____
 дата _____

Перевірка виконання додаткових коригувальних дій
 проведена:
 прізвище _____
 посада _____
 підпис, дата _____

Ф-02/П-СУЯ/02

Реєстр протоколів невідповідності

з/п	Номер протоколу та дата його складання	Назва виконавчого органу	Зміст невідповідності	Відмітка про усунення невідповідності	Прізвище особи, яка надала інформацію про невідповідність
	2	3	4	5	6

Виконав, дата:

Сертифікат: 58E2D9E7F900307B040000005BB9280092A58800



Дійсний з: 24.09.2020 09:29:58
 Дійсний до: 24.09.2022 09:29:58
 Підписант: Надал Сергій Віталійович
 Мітка часу: 14.04.2021 08:03:14

—

Згідно з вимогами стандарту ISO 9001-2015 Введено в дію _____ 2021	П-СУЯ/03 Версія 02	
Тернопільська міська рада		
Процедура проведення внутрішнього аудиту		
Оригінал: головний спеціаліст з питань управління якістю Копії: виконавчі органи, окремі посадові особи, старости		
Розробив	Погодив	Затверджено
Головний спеціаліст з питань управління якістю Наталія УНІЯТ	Заступник міського голови - керуючий справами, уповноважений з питань системи управління якістю Іван ХІМЕЙЧУК	Розпорядженням міського голови

Від якості справи - до якості життя!

1. Мета

Метою цієї процедури є визначення відповідальності і вимог щодо планування, проведення і звітування про внутрішні аудити, зберігання задокументованої інформації як доказ виконання Програми аудиту та результатів.

2. Термінологія

Вище керівництво – міський голова, секретар ради, заступники міського голови з питань діяльності виконавчих органів ради, заступник міського голови - керуючий справами, які планують та контролюють діяльність міської ради на вищому рівні.

Процедура – визначений спосіб реалізації дії чи процесу.

Аудит – систематичний, незалежний і задокументований процес отримання об'єктивних доказів та їх об'єктивного оцінювання з метою визначення ступенів дотримання критеріїв аудиту.

Провідний аудитор – посадова особа, яка є керівником групи з проведення внутрішнього аудиту у конкретному структурному підрозділі.

Аудитор – посадова особа, яка проводить аудит.

Група з аудиту – один або декілька аудиторів, які проводять аудит, за підтримки, якщо потрібно, технічних експертів.

Внутрішній аудит – аудит, який проводиться або самою організацією, або за її дорученням для внутрішніх цілей, і його результати можуть служити основою для декларування відповідності.

Програма аудиту – один чи декілька аудитів, запланованих на конкретний період часу і спрямованих на досягнення конкретної цілі.

Плановий аудит – аудит, який передбачений Програмою аудиту.

Неплановий аудит – аудит, що проводиться позапланово.

Перелік питань для проведення аудиту – перелік питань, який визначається на підставі критеріїв аудиту.

Критерії аудиту – сукупність політик, методик чи вимог, які використовуються як еталон з якими порівнюють об'єктивний доказ.

Доказ аудиту – протоколи, виклади фактів чи інша інформація, що є істотними для критеріїв аудиту і роблять можливою їх перевірку.

Дані аудиту – результати оцінювання зібраних доказів аудиту за критеріями аудиту.

Висновок аудиту – підсумок аудиту, який формулює група з аудиту в результаті розгляду всіх даних аудиту з урахуванням цілей аудиту.

Цілі аудиту – те, чого прагнуть досягти в результаті аудиту.

Обсяг аудиту – це інформація про місцезнаходження і структурні підрозділи, діяльність і процеси, які піддаються аудиту, а також період проведення аудиту.

Методи аудиту – способи одержання інформації внутрішніми аудитором: аналіз документації, спостереження за роботою посадових осіб, розмова провідного аудитора (аудитора) з посадовими особами, комбінація вище вказаних способів.

«Аудит на місці» - аудит, який проводиться за погодженням його учасників у визначеному місці.

План-звіт про проведення внутрішнього аудиту – документ, який складається аудитором в процесі планування та проведення аудиту у структурному підрозділі і містить дату, час і місце проведення аудиту, цілі, критерії і методи аудиту, результати і докази аудиту та висновок аудиту.

Реєстр план-звітів внутрішніх аудитів – документ, який містить перелік план-звітів поданих внутрішніми аудитором після проведення аудитів.

Протокол аналізу невідповідності – документ, який складається в процесі аудиту на виявлену невідповідність і містить дані про виявлені під час аудиту невідповідності та терміни їх усунення.

Реєстр протоколів аналізу невідповідності – документ, який містить перелік протоколів аналізу невідповідностей.

Вимога – сформульовані потреба або очікування, загальнозрозумілі або обов’язкові.

Невідповідність – невиконання вимоги.

Компетентність – продемонстровані особисті якості і доведена спроможність застосувати знання та вміння.

Задokumentована інформація – інформація яку необхідно підтримувати в актуальному стані, контролювати та носій на якому її розміщено.

Ризик – невизначеність щодо досягнення цілей.

3. Опис дій

Метою проведення внутрішніх аудитів є збір необхідних доказів, в заплановані проміжки часу, для підтвердження виконання вимог стандарту ISO 9001-2015 посадовими особами міської ради. Внутрішні аудити проводяться також для аналізу власної діяльності щодо досягнення встановлених цілей та відповідності послуг, що надаються виконавчими органами міської ради, старостами, визначення результативності функціонування системи управління якістю та її поліпшення.

В зв’язку з чим необхідно:

- планувати, розробляти, виконувати та актуалізувати Програму(-и) аудиту, охоплюючи періодичність, методи, вимоги і звітність;
- визначати критерії аудиту та сферу застосування кожного аудиту;
- добирати аудиторів і провадити аудити так, щоб було забезпечено об’єктивність і неупередженість процесу аудиту;
- забезпечувати звітування про результати аудитів перед відповідним керівництвом;
- виконувати відповідні коригувальні дії;
- зберігати задokumentовану інформацію як доказ виконання Програми аудиту та результатів аудиту.

Позитивний досвід, який буде виявлений під час проведення аудиту, необхідно розповсюджувати для поліпшення діяльності та якості надання послуг.

3.1 Підбір і підготовка внутрішніх аудиторів

Для проведення внутрішніх аудитів головний спеціаліст з питань управління якістю готує проект розпорядження міського голови та подає на погодження уповноваженому з питань системи управління якістю, на підпис міському голові перелік посадових осіб міської ради, які виконуватимуть функції внутрішніх аудиторів, враховуючи освіту, досвід роботи, досвід проведення аудитів посадовими особами. Аудитори, також повинні відповідати вимогам, які описані у додатку (Д-01/П-СУЯ/03).

Внутрішні аудитори повинні проходити навчання, здобувати практичні навички для проведення аудиту, знати вимоги стандарту ISO 9001-2015 та даної Процедури, а також мати додаткові навички, необхідні для проведення аудитів, такі, як спілкування, документування, вміння планувати й аналізувати.

3.2 Планування внутрішніх аудитів

Планування внутрішніх аудитів відбувається шляхом розробки та складання «Програми проведення внутрішніх аудитів» на рік, виходячи із принципу систематичності аналізу діяльності виконавчих органів міської ради, окремих посадових осіб, старост. Внутрішній аудит проводиться один раз на рік.

«Програма проведення внутрішніх аудитів» розробляється головним спеціалістом з питань управління якістю та затверджується уповноваженим з питань системи управління якістю, як правило, не пізніше як до кінця лютого.

«Програма проведення внутрішнього аудиту» (Ф-01/П-СУЯ/03) містить: номер аудиту в році, назву виконавчого органу ради, термін проведення, цілі аудиту, критерії та методи аудиту.

План-звіт про проведення внутрішнього аудиту (Ф-02П-СУЯ/03) містить: шифр і назву структурного підрозділу, дату, час і місце проведення аудиту, цілі, критерії, методи аудиту, прізвище провідного аудитора та аудитора.

Шифр план-звіту аудиту містить: xx - цифровий код, уу – номер аудиту в році, zz – рік проведення (дві останні цифри), п – плановий або н – неплановий аудит.

Цілі аудиту встановлюють, що повинно бути виконано в процесі його проведення і можуть включати:

- визначення того, наскільки система якості відповідає критеріям аудиту;
- оцінку відповідності системи якості законодавчим, нормативно-правовим та іншим вимогам;
- оцінку результативності системи якості щодо поставлених цілей.

Критерії аудиту використовуються як еталон, відносно якого визначається відповідність, і можуть включати: Політику, Цілі, Процедури, Стандарти, Закони, нормативно-правові документи, тощо.

Міський голова або уповноважений з питань системи управління якістю можуть призначати проведення непланових внутрішніх аудитів, процедура здійснення яких аналогічна плановим.

Непланові аудити можуть проводитися:

- при підготовці до сертифікації системи управління якістю;
- для перевірки виконання коригувальних дій;
- при виявленні системних невідповідностей;
- за результатами попередніх аудитів;

- у зв'язку з організаційними змінами.

При потребі, в Програму проведення внутрішніх аудитів вносяться зміни. У разі прийняття рішення про необхідність проведення непланового аудиту, головний спеціаліст з питань управління якістю готує проект розпорядження міського голови.

3.3 Проведення внутрішніх аудитів

3.3.1 Підготовка до аудиту

Головний спеціаліст з питань управління якістю готує проект розпорядження міського голови про затвердження списку працівників міської ради, які виконуватимуть функції внутрішніх аудиторів в поточному році, а також, згідно затвердженої «Програми проведення внутрішніх аудитів» готує проекти розпоряджень міського голови про проведення планових(непланових) внутрішніх аудитів у виконавчих органах, окремих посадових осіб, старост та у заступників міського голови, визначаючи при цьому провідного аудитора в групі.

Аудитори добираються відповідно до:

- їх компетентності в діяльності, які піддається аудиту;
- результатів тестування ;
- засад незалежності їх від структурного підрозділу або процесу, які будуть піддані аудиту.

Група аудиторів формує примірний перелік питань відповідно до критеріїв аудиту, визначених Програмою проведення внутрішніх аудитів на поточний рік, на основі вивчення вимог законодавства, нормативно-правової бази, стандарту ISO 9001-2015, документації системи управління якістю, звітів з попередніх аудитів, проведених коригувальних дій.

Попередній контакт між провідними аудиторами і керівниками виконавчих органів ради, в яких буде проведено внутрішній аудит, бажано, щоб відбувався не пізніше ніж за 3 робочі дні до початку аудиту.

Можливі питання для обговорення:

- а) план проведення аудиту та перелік питань;
- б) організаційні питання;
- в) перелік документів, які повинні бути попередньо надані.

Завчасно, до проведення внутрішнього аудиту, аудиторами проводиться аналіз документів, які регламентують діяльність виконавчого органу ради, окремих посадових осіб, старост у сфері якості. До них належать:

- положення про виконавчий орган, підрозділи та посадові інструкції;
- законодавчі та нормативно-правові акти;
- документація системи управління якістю згідно реєстрів;
- план-звіти з попередніх аудитів та підтвердження виконання.

3.3.2 Проведення аудиту

Основним завданням проведення внутрішнього аудиту у виконавчому органі ради є збір інформації з використанням наступних методів:

- аналізу документації;
- спостереження за роботою посадових осіб;
- бесіди провідного аудитора (аудитора) з посадовими особами;
- комбінації вище вказаних способів.

Збір інформації проводиться з метою одержання доказів щодо результативності функціонування системи управління якістю в структурному підрозділі та постійного її поліпшення.

Керівники виконавчих органів, окрема посадова особа зобов'язані надавати аудиторам необхідну та вичерпну інформацію, доступ до неї, можливість спілкування з посадовими особами тощо.

Аудитори під час проведення внутрішнього аудиту ведуть записи у плані-звіті, що стосується збору інформації. Тільки перевірена інформація на підставі фактів відповідно до критеріїв аудиту (законодавство, нормативні галузеві стандарти, нормативно-правові акти, Політика у сфері якості, Цілі у сфері якості, Настанова у сфері якості, Процедури та інша документація у сфері якості згідно реєстру) може бути доказом аудиту. Тільки відповідні записи можуть слугувати доказом аудиту. Тільки дані аудиту можуть вказувати на відповідність або невідповідність критеріям аудиту.

Аудитори оцінюють стан функціонування системи управління якістю по кожному пункту класифікації (п. 3 План-звіту «Критерії аудиту»):

- невідповідності (Н) – вимоги відповідного стандарту не виконуються;
- зауваження (З) – вимоги відповідного стандарту не виконуються в повній мірі, це не ставить під загрозу результативність системи управління якістю;
- рекомендації (Р) – потенціал для оптимізації системи управління якістю відповідно до вимог стандарту.

Провідний аудитор, аудитор і керівник виконавчого органу ради підписують план-звіт про проведення внутрішнього аудиту.

У разі незгоди з зафіксованою невідповідністю у протоколі аналізу невідповідності керівник виконавчого органу ради має право звернутися для оскарження до уповноваженого з питань системи управління якістю протягом 3 робочих днів.

3.4 Розробка та контроль коригувальних дій за результатами аудиту

На зафіксовану невідповідність у протоколі невідповідності(Ф-01/П-СУЯ/02) керівник процесу, окрема посадова особа:

- протягом 3-ох робочих днів аналізує причини виникнення невідповідності та розробляє заходи для їх усунення. Необхідні коригувальні дії погоджуються з провідним аудитором (аудитором). Призначені коригувальні дії фіксуються в протоколі аналізу невідповідності із зазначенням запланованої дати виконання (не довше місячного терміну).

Оригінали заповнених протоколів невідповідності провідний аудитор (аудитор) передає головному спеціалісту з питань управління якістю для заповнення реєстру протоколів невідповідності (Ф-02/П-СУЯ/02), після чого протоколи передаються уповноваженому з питань системи управління якістю для заповнення відповідної частини протоколу.

Головний спеціаліст з питань управління якістю готує копії протоколів невідповідності та передає у виконавчі органи ради,окремій посадовій особі, профільному заступнику міського голови та провідному аудитору (аудитору) з метою контролю за впровадженням коригувальних дій.

Провідний аудитор (аудитор), у визначений термін, здійснює перевірку впровадження коригувальних дій.

За результатами виконання коригувальних дій провідний аудитор заповнює відповідну частину протоколу невідповідності, що засвідчує виконання коригувальних дій у виконавчому органі, окремої посадової особи, та передає його головному спеціалісту з питань управління якістю для здійснення оцінки впровадження коригувальних дій.

3.5 Звіт про проведений внутрішній аудит

Висновок про аудит, який є частиною плану-звіту про проведення внутрішнього аудиту, формує провідний аудитор. Він повинен містити:

- загальну оцінку стану функціонування системи якості (в т.ч. виконання дій з усунення ризиків);
- висновок про досягнення цілей аудиту,
- кількість виявлених невідповідностей та складених протоколів;
- кількість наданих зауважень та пропозицій,
- позитивний досвід, який варто розповсюджувати.

З метою визначення стану функціонування системи управління якістю, щодо відповідності вимогам стандарту ISO 9001:2015, провідний аудитор готує загальний висновок:

- система управління якістю відповідає вимогам стандарту повністю у разі виявлення не більше однієї невідповідності та/або не більше двох зауважень;
- система управління якістю частково відповідає вимогам стандарту у разі виявлення не більше трьох невідповідностей та/або не більше п'яти зауважень;
- система управління якістю не відповідає вимогам стандарту, якщо виявлено більше трьох невідповідностей та/або більше п'яти зауважень.

Оформлений план-звіт та протоколи аналізу невідповідностей (при їх наявності) підписують провідний аудитор, аудитор і керівник виконавчого органу, окрема посадова особа. Провідні аудитори чи аудитори, протягом 5-ти робочих днів після завершення аудиту передають документацію з внутрішніх аудитів головному спеціалісту з питань управління якістю для формування реєстру план-звітів (Ф-03/П-СУЯ/03) і реєстру протоколів невідповідностей (Ф-02/П-СУЯ/02).

3.6 Аналіз проведення внутрішніх аудитів

За результатами виконання «Програми проведення внутрішніх аудитів» головний спеціаліст з питань управління якістю готує звіт про проведення внутрішніх аудитів (Ф-04/П-СУЯ-03), який є обов'язковою складовою щорічного звіту уповноваженого з питань системи управління якістю щодо функціонування системи управління якістю.

За необхідності, за результатами звіту, вносяться зміни в документацію системи управління якістю.

3.7 Ризики

Перелік імовірних ризиків, які можуть виникнути на стадіях внутрішнього аудиту і дії із запобігання їм, наведено у Д-02/П-СУЯ/03.

4. Документація

П. 9.2 Стандарту ISO 9001:2015 «Внутрішній аудит».

5. Додатки

1. Д-01/П-СУЯ/03 Вимоги до внутрішніх аудиторів.
2. Д-02/П-СУЯ/03 Перелік імовірних ризиків.

6. Формуляри

1. Ф-01/П-СУЯ/03 Програма проведення внутрішніх аудитів на 20_
2. Ф-02/П-СУЯ/03 План-звіт про проведення внутрішнього аудиту.

- 3. Ф-03/П-СУЯ/03 Реєстр план-звітів внутрішніх аудитів.
- 4. Ф-04/П-СУЯ/03 Звіт про проведених внутрішніх аудитів у 20_
- 5. Ф-01/П-СУЯ/02 Протокол невідповідності
- 2. Ф-02/П-СУЯ/02 Реєстр протоколів невідповідності

Д-01/П-СУЯ/03

Вимоги до внутрішніх аудиторів

Аудитори, які залучаються до проведення внутрішніх аудитів, повинні мати відповідні особисті якості та компетентність, які визначені у стандарті ISO 19011.

Аудитори повинні мати компетентність, тобто володіти достатніми знаннями вимог стандарту ISO 9001-2015, регламенту міської ради та виконавчого комітету, Інструкції з діловодства у Тернопільській міській раді, розроблених Процедур системи управління тощо та вміти їх застосовувати при проведенні внутрішніх аудитів.

Провідний аудитор, крім цього, повинен відповідати наступним вимогам:

- вміти планувати та організовувати процес проведення аудиту;
- направляти роботу з аудиту для одержання результатів;
- уникати конфліктів;
- вміти готувати висновки з аудиту.

Аудитор повинен бути:

- 1) етичним, тобто справедливим, правдивим, щирим, чесним і ввічливим;
- 2) відкритим, тобто здатним розглядати альтернативні ідеї або різні точки зору;
- 3) дипломатичним, тобто тактовним у стосунках з людьми;
- 4) спостережливим, тобто активно вивчати навколишнє оточення і діяльність;
- 5) сприйнятливим, тобто здатним передчувати і правильно розуміти ситуації;
- 6) гнучким, тобто легко адаптуватися в різних ситуаціях;
- 7) завзятим, тобто вміти зосередитися на досягненні цілей;
- 8) рішучим, тобто вчасно приймати рішення, засновані на логічних міркуваннях і аналізі;
- 9) впевненим, тобто діяти незалежно і в той же час ефективно співпрацювати з іншими.

Перелік імовірних ризиків

Ризики

Дії із запобігання ризикам

Стадія 1. Планування внутрішнього аудиту

Запланована кількість ресурсів є недостатньою

Під час планування ресурсів слід урахувати попередній досвід і цілі, а також обсяг Програми проведення внутрішнього аудиту

Порушення процедури погодження Програми проведення внутрішнього аудиту

Затверджуючи Програму аудиту в УСУЯ, вміти пояснити її цілі і обсяг

Програму проведення внутрішнього аудиту не доведено до працівників

Переглянути й удосконалити процес інформування працівників

Стадія 2. Проведення внутрішнього аудиту

Графік проведення внутрішніх аудитів не відповідає Програмі проведення внутрішнього аудиту

Перед погодженням і затвердженням графіку проведення аудиту необхідно перевірити на відповідність Програмі проведення внутрішнього аудиту

Графік проведення внутрішніх аудитів та Програму проведення внутрішнього аудиту не доведено до працівників

Переглянути й удосконалити процес інформування працівників

Недостатньо компетентні аудитори

Переглянути й удосконалити критерії, за якими обираються аудитори
Провести додаткове навчання аудиторів

Перепони з боку працівників, які перевіряються	Провести інструктаж працівників стосовно процесу внутрішнього аудиту з поясненням принципів і цілей аудиту, функцій, обов'язків і відповідальності учасників цього процесу
Порушення процедури аудиту	Керівнику провести інструктаж стосовно процесу внутрішнього аудиту з поясненням принципів і цілей аудиту, функцій, обов'язків і відповідальності учасників цього процесу
Отримані результати не є достатньо повними й об'єктивними	Провести додатковий інструктаж аудиторів щодо принципів і цілей аудиту
Невідповідності не узгоджено з критеріями аудиту і є незрозумілими	Провести додатковий інструктаж аудиторів щодо формулювання невідповідностей
Причини невідповідностей і коригувальні дії визначено неправильно	Провести додатковий інструктаж керівників процесів щодо правил визначення коригувальних дій
Стадія 3. Перевіряння виконання дій за результатами аудиту	
Коригувальні дії не виконано або виконано з порушенням установленого терміну	Контролювати виконання коригувальних дій

ЗАТВЕРДЖУЮ

Програма
проведення внутрішніх аудитів
на 20 __ рік

№ п/п	Номер аудиту	Термін проведен ня	Назва виконавчого органу ради	Цілі аудиту	Критерії аудиту	Методи аудиту	Короткий аналіз аудиту
1	2	3	4	5	6	7	8

Виконав, дата

Ф-02/П-СУЯ/03

План-звіт № **xx** - **yy/zz**-п(н)
від _____ 20 ____
про проведення внутрішнього аудиту

(назва виконавчого органу)

1.Дата, час і місце проведення аудиту: _____

2.Цілі аудиту: _____

3.Критерії аудиту: _____

4.Методи аудиту: _____

№	Процес, пункт або розділ стандарту ISO 9001-2015	Питання	Відповідні результати аудиту	Оцінювання: Н/ З/ Р
1	2	3	4	5

*xx – цифровий код виконавчого органу**yy – номер аудиту в році**zz – рік проведення (дві останні цифри)**п – плановий, н – неплановий аудит.**Н (невідповідність) – вимоги відповідного стандарту не виконуються.*

З (зауваження) – вимоги відповідного стандарту не виконуються в повній мірі, це не ставить під загрозу результативність системи управління якістю.

Р (рекомендація) – потенціал для оптимізації системи управління якістю відповідно до вимог стандарту.

Висновки:

1. Загальний висновок:

(система управління якістю у виконавчому органі ради відповідає вимогам стандарту – «повністю», «частково відповідає», «не відповідає»)

2. Висновок щодо досягнення цілі аудиту:

(цілі аудиту досягнуті повністю, частково, не досягнуті – на підтвердження вказати чи всі сфери аудиту перевірено і реальний стан справ визначений)

3. Виявлено невідповідностей і складено протоколів аналізу невідповідностей (кількість): ____

4. Надано зауважень для покращення діяльності (кількість): ____

5. Надано пропозицій (кількість): ____

6. Позитивний досвід: _____

7. Висновок, щодо виконання План-факту заходів щодо усунення ризиків _____

Провідний аудитор _____ / _____ 20__
(підпис), (прізвище)

Аудитор _____ / _____ 20__
(підпис), (прізвище)

Керівник виконавчого органу _____ / _____ 20__
(підпис), (прізвище)

Ф-03/П-СУЯ/03

ЗАТВЕРДЖУЮ

Реєстр планів-звітів внутрішніх аудитів

№ з/п	Назва виконавчого органу, окремої посадової особи, старости	№ план-звіту	Дата подачі	Провідний аудитор та/або аудитор

Виконав, дата

Ф-04/П-СУЯ/03

Звіт

про проведених внутрішніх аудитів у 20__ році

Згідно Програми проведення внутрішніх аудитів від----- було проведено:

Планових аудитів: ____

Непланових аудитів: ____

Тернопільська міська рада

Процедура проведення внутрішнього аудиту (П-СУЯ/03)

Сторінка 11 з 12

Результати аудитів:

№ з/п	Виконавчий орган ради, окрема посадова особа, староста	К-сть невід.	К-сть зауважень	К-сть пропозицій	Наявність позит. досвіду
1	2	3	4	5	6

Висновки:

1. Система управління якістю функціонує відповідно до затвердженої документації, відповідає вимогам ISO 9001-2015, результативна та постійно поліпшується.

Докази постійного поліпшування: _____

2. При проведенні аудитів виявлено:

Невідповідностей: _____, із яких усунено _____, термін усунення не завершено _____, примітки _____.

Зауважень: _____, із яких усунено _____, термін усунення не завершено _____, примітки _____.

Повторні невідповідності (зауваження): _____

Визначено коригувальних дій: _____ із них виконано: _____

в стадії виконання: _____, примітки _____

Визначено запобіжних дій: _____ із них виконано: _____

в стадії виконання: _____, примітки _____.

3. Потенціал для поліпшування:

Надійшло рекомендацій (пропозицій) _____, з них прийнято _____:

Уповноважений з питань системи управління якістю

Власне Ім'я ПРІЗВИЩЕ

_____ 20__

Сертифікат: 58E2D9E7F900307B040000005BB9280092A58800



Дійсний з: 24.09.2020 09:29:58

Дійсний до: 24.09.2022 09:29:58

Підписант: Надал Сергій Віталійович

Мітка часу: 14.04.2021 08:03:15

Згідно з вимогами ISO 9001-2015 Введено в дію з _____ 20		П-СУЯ/04 Версія 02	
Тернопільська міська рада			
Процедура управління ризиками			
Оригінал: головний спеціаліст з питань управління якістю Копії: виконавчі органи, окремі посадові особи, старости			
Розробив	Погодив	Затверджено	
Головний спеціаліст з питань управління якістю Наталія УНІЯТ	Заступник міського голови - керуючий справами, уповноважений з питань системи управління якістю Іван ХІМЕЙЧУК	Розпорядженням міського голови	

Від якості справи - до якості життя !

1. Призначення і сфера застосування

1.1 Процедура визначає порядок виявлення, ідентифікації, аналізу й оцінювання ризиків, проведення заходів щодо їх усунення й причин виникнення з метою запобігання подальшому повторенню, а також документального оформлення їх результатів.

1.2 Процедура розроблена відповідно до вимог п. 6.1 стандарту ISO 9001-2015.

1.3 Вимоги цієї Процедури поширюються на діяльність вищого керівництва Тернопільської міської ради, керівників виконавчих органів, інших посадових осіб і є обов'язковими до застосування.

2. Термінологія

Дані – факти про об'єкт;

Інформація – значущі дані;

Задокументована процедура – внутрішній нормативний (організаційний) документ, що містить установлений спосіб виконання процесу (роботи);

Процес – сукупність взаємопов'язаних або взаємодіючих видів діяльності, яка перетворює входи на виходи;

Ризик – імовірна подія, яка може вплинути на досягнення стратегічних та операційних цілей в кінцевій перспективі (вплив невизначеності, основа для планування та запровадження процесів СУЯ);

Управління ризиками – процеси, пов'язані з ідентифікацією, аналізом ризиків та прийняттям рішень, які містять максимізацію позитивних і мінімізацію негативних наслідків настання ризикових подій;

Менеджмент ризиків – скоординована діяльність для спрямування і контролю організації щодо ризиків;

Власник ризику – керівник процесу, на стратегічні або операційні цілі якого прямо впливає цей ризик. Власник ризику відповідає за ідентифікацію, оцінювання і моніторинг управління ризиком;

Система управління ризиками – сукупність процесів, методик, інформаційних систем, спрямованих на досягнення цілей і завдань управління ризиками;

Ризик-орієнтоване мислення дає змогу організації визначати чинники, які можуть спричиняти відхилення її процесів та її системи управління якістю від запланованих результатів, щоб установлювати запобіжні заходи контролю для зменшення негативних впливів і якнайбільшого використання можливостей, у міру їх виникнення;

Паспорт ризиків – документ, що містить усю наявну інформацію про ризик.

3. Скорочення

СУЯ - система управління якістю

УР - управління ризиками.

4. Опис процедури

4.1 Входи й виходи процесу

4.1.1 Входами процесу є внутрішня інформація від складових системи моніторингу процесів СУЯ про діяльність виконавчих органів та/або структурного підрозділу/процесу, окремої посадової особи й зовнішнє середовище.

4.1.2 Виходами процесу є Паспорт ризиків виконавчих органів та/або структурного підрозділу/процесу, окремої посадової особи, План-факт заходів щодо усунення ризиків і задокументована інформація про результати виконання цих заходів виконавчими органами - Звіт з аналізування ризиків.

4.2 Відповідальність і повноваження

4.2.1 Відповідальним за виконання вимог цієї Процедури є керівники виконавчих органів, окремі посадові особи, головний спеціаліст з питань управління якістю.

4.2.2 Керівники процесів, окремі посадові особи є відповідальними за своєчасну ідентифікацію ймовірних ризиків і впровадження дій з уникнення ризику, усунення джерела ризику або змінення умов щодо його виникнення, за своєчасну звітність стосовно виконання вимог цієї Процедури.

4.3 Основні цілі та задачі процесу управління ризиками

4.3.1 Основними цілями процесу є забезпечення гарантії досягнення стратегічних цілей і підтримка ефективності роботи СУЯ Тернопільської міської ради.

4.3.2 Задачі процесу управління ризиками:

- ідентифікація й оцінювання ризиків, що впливають на досягнення стратегічних цілей міської ради;
- забезпечення заходів щодо мінімізації ймовірності й негативного впливу ризиків на цілі Тернопільської міської ради;
- стратегічне планування діяльності Тернопільської міської ради та її виконавчих органів з урахуванням ризиків;
- своєчасне інформування вище керівництво Тернопільської міської ради і зацікавлених сторін про наявність можливих ризиків;
- моніторинг заходів з контролю ризиків;
- забезпечення інформацією про ризики під час прийняття управлінських рішень;
- формування плану заходів щодо усунення ризиків;
- координація, забезпечення й оцінювання ефективності своєчасного реагування на ризики;
- формування пропозицій щодо поліпшення процесів системи управління якістю Тернопільської міської ради.

Учасниками процесу є керівники виконавчих органів, працівники структурних підрозділів, окремі посадові особи.

Для реалізації процесу використовують інформаційні, матеріальні, фінансові й людські ресурси.

4.4 Стадії управління ризиками :

- ідентифікація й оцінювання ризиків;

- планування необхідних заходів щодо усунення ризиків/запобігання ризикам;
- здійснення заходів щодо усунення ризиків/запобігання ризикам;
- аналіз результатів та ефективності заходів щодо усунення/попередження ризиків.

4.4.1 Ідентифікація й оцінювання ризиків

Ідентифікація ризиків - це діяльність, пов'язана з визначенням ризикових сфер діяльності, зосередження наявних ресурсів для управління ними, встановлення відповідальних посадових осіб (фахівців) за управління ризиками у відповідних сферах.

Ризики, ймовірність виникнення яких може вплинути на спроможність виконавчих органів міської ради, окремих посадових осіб, досягати визначених стратегічних цілей класифікуються за категоріями та видами.

За категоріями ризики поділяються на:

- зовнішні - це потенційні події, які є зовнішніми по відношенню до виконавчих органів міської ради та, ймовірність виникнення яких не пов'язана з виконанням виконавчими органами міської ради відповідних процесів та операцій;
- внутрішні - це потенційні події, ймовірність виникнення яких безпосередньо пов'язана з виконанням виконавчими органами міської ради відповідних процесів та операцій.

В розрізі категорій ризики поділяються на види:

- до зовнішніх ризиків належать: законодавчі або нормативно-правові, операційно-технологічні, програмно-технічні та бюджетні;
- до внутрішніх ризиків належать: операційно-технологічні, кадрові, репутаційні, фінансово-господарські, програмно-технічні.

Законодавчі ризики – це ризики, ймовірність виникнення яких пов'язана із відсутністю, суперечністю або нечіткою регламентацією виконання операції у відповідних нормативно-правових актах, законодавчими змінами тощо.

Операційно-технологічні ризики – це ризики, ймовірність виникнення яких пов'язана із порушенням визначеного порядку виконання операції, зокрема термінів та формату подання документів, розподілу повноважень з виконання операції тощо.

Програмно-технічні ризики – це ризики, ймовірність виникнення яких пов'язана із відсутністю прикладного програмного забезпечення або змін до нього відповідно до діючої нормативно-правової бази, неналежною роботою або відсутністю необхідних технічних засобів тощо.

Фінансово-господарські ризики (бюджетні) – це ризики, ймовірність виникнення яких пов'язана із фінансово-господарським станом виконавчих органів міської ради, зокрема неналежним ресурсним, матеріальним забезпеченням тощо.

Кадрові ризики – це ризики, ймовірність виникнення яких пов'язана із неналежною професійною підготовкою працівників виконавчих органів міської ради, неналежного виконання ними функціональних обов'язків тощо.

Репутаційні ризики - це ризики, ймовірність виникнення яких пов'язана з негативним сприйняттям репутації виконавчих органів міської ради або недовіри до них з боку клієнтів, а також застосування державними органами заходів впливу, передбачених законодавством. Це впливає на спроможність виконавчих органів, окремих посадових осіб надавати нові послуги або підтримувати існуючі відносини тощо.

Ідентифікація ризиків здійснюється не рідше одного разу на рік (на початку календарного року), шляхом обговорення можливих проблем у їх діяльності на засіданнях/нарадах та оформляють відповідним протоколом (записом).

При проведенні ідентифікації ризиків враховують функції, цілі, нормативну базу, результати діяльності (задоволеність замовників послугами, скарги), результати внутрішніх і зовнішніх аудитів, попередній досвід виконання аналогічної (-их) процесів .

Результати оцінювання ідентифікації ризиків заносяться до Паспорта ризиків виконавчого органу, який оформлюється згідно з формою Ф-01/П-СУЯ/04.

Паспорт ризиків підписує керівник процесу та затверджує у вищого керівництва згідно розподілу посадових обов'язків. Зміни до Паспорта ризиків оформляються додатком, підписується керівником процесу . Керівник структурного підрозділу/процесу, окрема посадова особа доводить Паспорт ризиків до підлеглих на засіданні/наradі під підпис.

Копія, затвердженого Паспорта ризиків структурного підрозділу/процесу, подається головному спеціалісту з питань управління якістю.

Затверджений Паспорт ризиків зберігається у керівника виконавчого органу/процесу, окремої посадової особи протягом трьох років.

4.4.2 Планування необхідних заходів щодо усунення ризиків.

Керівник процесу, окрема посадова особа на основі затвердженого Паспорта ризиків, керуючись попереднім досвідом, нормативною базою і

результатами попередніх внутрішніх і зовнішніх аудитів визначає заходи їх усунення, можливі терміни усунення й відповідальних осіб за реалізацію заходів.

Перелік заходів для усунення ризиків, терміни усунення й відповідальних осіб за реалізацію заходів заноситься до План-факту усунення ризиків згідно з формою – Ф-02/П-СУЯ/04.

План-факт усунення ризиків підписує керівник структурного підрозділу/процесу (окрема посадова особа) і доводить до підлеглих на засіданні/наradі під підпис. Зміни до План-факту усунення ризиків оформлюються додатком.

4.4.3 Здійснення заходів щодо усунення ризиків.

Відповідно до План-факту заходів щодо усунення ризиків призначені відповідальні особи в установлені терміни проводять заплановані заходи.

Про результати виконаних дій, перешкоди (проблеми) при виконанні, якщо такі виникали, рекомендації щодо поліпшення процесів надаються керівнику процесу у формі службової записки або звіту. Відповідна інформація заноситься до План-факту.

Керівник процесу щомісяця проводить моніторинг усунення ризиків. Під час проведення внутрішнього аудиту у виконавчому органі аудитори перевіряють виконання План-факту заходів щодо усунення ризиків(Ф-02/П-СУЯ/04).

Результати перевірки реєструються у відповідній графі План - звіту про проведення внутрішнього аудиту(Ф-02/П-СУЯ/03).

4.4.4 Аналізування результативності й ефективності заходів щодо усунення ризиків

Аналізування результативності й ефективності вжитих заходів щодо усунення ризиків є вхідними даними для аналізування функціонування СУЯ вищим керівництвом(критичне аналізуванням СУЯ в кінці року згідно наказу УСУЯ) шляхом обговорення отриманих результатів від виконання запланованих дій на засіданнях/нарадах.

Результати аналізу оформлюються у звіті згідно з формою Ф-03/П-СУЯ/04.

4.4.5 Примірний перелік внутрішніх і зовнішніх чинників, що впливають на СУЯ в Тернопільській міській раді відображено в Таблиці (додається).

5. Вимірювання і моніторинг

Моніторинг ризиків (як процесу) полягає в контролі над рівнем ризику. Це досягається шляхом актуалізації на регулярній основі (щороку) інформації про ризики, заходів з управління ризиками, статусу виконання заходів, розроблених раніше на етапі ідентифікації й оцінювання ризику.

Перевірка виконання дій з усунення ризиків у всіх виконавчих органах міської ради виконується внутрішніми аудиторами під час проведення внутрішніх аудитів.

Контроль виконання вимог Процедури здійснюється під час проведення внутрішніх і зовнішніх аудитів СУЯ й аналізування системи управління якістю з боку керівництва.

Критерії оцінювання:

- співвідношення кількості запланованих заходів з усунення ризиків до кількості реалізованих заходів з усунення ризиків у звітній період по кожному підрозділу/процесу;
- співвідношення кількості запланованих витрат робочого часу на здійснення заходів з усунення ризику до кількості фактично витраченого робочого часу по кожному ризику у звітній період для кожного підрозділу/процесу;
- співвідношення кількості осіб, участь яких запланована у здійсненні заходів з усунення ризику до кількості осіб, які фактично прийняли участь у здійсненні заходів з усунення ризику по кожному ризику у звітній період для кожного підрозділу/процесу;
- кількість ризиків, які виникли повторно після здійснення заходів з усунення ризику у звітній період по кожному підрозділу/процесу.

6. Прикінцеві положення

6.1 Процедура розробляється головним спеціалістом з питань управління якістю, погоджується заступником міського голови-керуючим справами, уповноваженим з питань системи управління якістю, затверджується міським головою.

6.2 Контроль за виконанням Процедури здійснює головний спеціаліст з питань управління якістю.

6.3 Зміни й доповнення до Процедури розглядаються й погоджуються згідно з процедурою їх прийняття.

Таблиця

Перелік внутрішніх і зовнішніх чинників, що впливають на СУЯ
в Тернопільській міській раді

№	Назва чинника	Аспекти впливу	Оцінка впливу		
			Можливості	Загрози	Суттєвість
1	Зовнішні чинники				
1.1	Політична та соціально-економічна ситуація	Стабільність функціонування органу самоврядування Рівень якості життя населення	Так	Так	Значна
1.2	Законодавчі та нормативні вимоги	Нормативне забезпечення діяльності організації та процесу надання послуг	Так	Так	Значна
1.3	Регуляторна діяльність органів влади	Делегування повноважень Здійснення функцій зовнішнього контролю	Так	Так	Значна
1.4	Взаємодія з органами місцевого самоврядування	Надання дозволів та адміністративних послуг	Так	Ні	Незначна
1.5	Місцева громада	Потенційні споживачі послуг	Так	Ні	Посередня
1.6	Юридичні та фізичні особи	Суб'єкт отримання послуг	Так	Так	Значна
1.7	Фінансові установи, інвестиційний клімат	Фінансування проектів, банківські послуги	Так	Так	Посередня
1.8	Міжнародне партнерство	Залучення інвестицій,	Так	Ні	Посередня

№	Назва чинника	Аспекти впливу	Оцінка впливу		
			Можливості	Загрози	Суттєвість
		передовий досвід самоврядування			
1.9	Засоби масової інформації	Вплив на імідж Тернопільської міської ради та її виконавчих органів	Так	Так	Незначна
2	Внутрішні чинники				
2.1	Структура організації	Взаємодія виконавчих органів при наданні послуг	Так	Так	Значна
2.2	Персонал	Наявність персоналу з відповідною кваліфікацією та компетентністю, виконання посадових обов'язків, виконавча дисципліна	Так	Так	Значна
2.3	Визначені процеси	Наявність задокументованої інформації щодо процесів	Так	Так	Значна
2.4	Інфраструктура	Забезпечення умов для надання послуг	Так	Так	Посередня
2.5	Інформаційне забезпечення, ІТ- технології, автоматизація процесів	Оптимізація процесу надання послуг	Так	Так	Значна

ЗАТВЕРДЖУЮ

« ____ » _____ 20__

р.

Паспорт ризиків на 20__

Назва процесу (цілі)	Назва ризику	Категорія ризику	Причина виникнення	Можливі наслідки ризику
1	2	3	4	5

Керівник _____ / _____ / _____ 20__
 (підпис) (прізвище)

План-факт
 заходів щодо усунення ризиків в ____ 20__

Назва ризику (з Ф-01/П-СУЯ/04)	Відповідальний виконавець (посада,ПІБ)	Термін виконання	Заходи,спрямовані на усунення ризику	Підтверджувальні документи, що містять інформацію про усунення ризику(№,дата,папка НС)
1	2	3	4	5

Керівник процесу _____ / _____ / _____ 20__
 (підпис) (прізвище)

Звіт
з аналізування ризиків за 20__

Кількість ризиків, виявлених	Заплановано заходів з усунення ризиків в попередньому році	Виконано заходів з усунення ризиків в попередньому році	Заплановано заходів з усунення ризиків в поточному році	Виконано заходів з усунення ризиків в поточному році	Кількість ризиків, виявлених під час внутрішнього аудиту СУЯ
1	2	3	4	5	6

Виконав, дата

_____/_____/_____
(підпис) (прізвище)

____ 20__

Сертифікат: 58E2D9E7F900307B040000005BB9280092A58800



Дійсний з: 24.09.2020 09:29:58

Дійсний до: 24.09.2022 09:29:58

Підписант: Надал Сергій Віталійович

Мітка часу: 14.04.2021 08:03:16