**уДК 005.6:027.021(476)**

**ВНУТРЕННИЙ и СЕРТИФИКАЦИОННЫЙ АУДИТЫ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА**

**В Научной библиотеке ПОЛОЦКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА.**

Заведующая научно-методическим отделом

Научной библиотеки Полоцкого государственного университета Шуханкова М.Н.

 *В статье представлен опыт Научной библиотеки Полоцкого государственного университета в проведении внутреннего и сертификационного аудитов после создания и внедрения системы качества согласно стандарта ISO 9001:2009. Анализируются особенности проведения аудитов в условиях вузовской библиотеки.*

 *In this article is presented the Polotsk State University Scientific Library experience of internal and certification audit that follows after the creation and adoption of the quality management system standard ISO 9001:2009. The features of the university library audit are analyzed.*

 Сегодня во всех сферах деятельности, в том числе и в сфере библиотечного обслуживания остро встаёт вопрос качества предоставляемых информационных услуг. Сертификация информационно-библиотечных услуг – новое явление в библиотечном мире - обеспечивает гарантированный уровень качества обслуживания пользователей. И задача любого современного руководителя библиотеки – управлять качеством, достигая поставленных целей наиболее эффективным образом. Успешность выполнения этой задачи зависит в значительной степени от двух факторов: 1) обладает ли руководитель информацией, необходимой для принятия правильных управленческих решений; 2) существует ли эффективная система контроля выполнения принятых решений. Руководители, для которых управление организацией является частью повседневной работы, не всегда способны объективно оценить ситуацию. Даже если они считают, что эффективно контролируют все процессы, у них, как правило, нет времени и специфических навыков для сбора и структурирования соответствующей информации. Именно внутренний аудит является объективным источником информации, помогающим директору библиотеки или заведующему отделом по-новому, «не замыленным глазом» посмотреть на вещи и оценить качество выполнения принятых ими решений. Он же является одним из немногих доступных на данный момент и в то же время недооцененных ресурсов, правильное использование которых может повысить эффективность работы. Внутренний аудит – это способ **независимой** оценки эффективности деятельности организации и органов ее управления.

17-19 ноября 2009 г. в научной библиотеке Полоцкого государственного университета (НБ ПГУ) состоялась X международная конференция «Менеджмент вузовских библиотек» на тему: «Система менеджмента качества как инструмент управления и совершенствования деятельности библиотеки вуза». Работа конференции была направлена на изучение опыта внедрения системы менеджмента качества (СМК) в деятельность библиотек, в частности, участниками конференции был изучен опыт внедрения системы менеджмента качества в деятельность НБ ПГУ. После завершения проекта по разработке и внедрению СМК (в НБ УО «ПГУ» СМК внедрена в 2009 г.) наступает необходимость поддержания ее работоспособности. Неотъемлемой частью данной деятельности являются сбор, оценка и анализ данных, характеризующих функционирование СМК, т. е. проведение внутренних аудитов.

 Внутренние аудиты в нашей библиотеке проводятся с января 2010 г. согласно «Плана проведения внутренних аудитов НБ ПГУ на 2010г.», утверждённого ректором университета. Они являются обязательным условием сертификации любой организации, в т.ч. и библиотеки, поддерживают систему качества в режиме постоянного улучшения и носят регулярный характер .

Согласно требованиям стандартов СТБ ISO 9001-2009 и СТБ ИСO 19011-2003 инженером по качеству НБ ПГУ был разработан стандарт организации (одна из обязательных Документированных Процедур СМК) **СТП СМК 08.02-2009 Внутренний аудит**. Этот стандарт устанавливает метод оценки функционирования СМК в библиотеке в целом и в отдельных подразделениях в соответствии с запланированными мероприятиями. В результате аудиторских проверок определяется эффективность внедрения и поддержания в рабочем состоянии СМК.

Основной принцип проведения аудита: независимость – основа для беспристрастности и объективности заключений по результатам аудита. Аудиторы должны быть независимы в своей деятельности и свободны от предубеждений и конфликтов интересов.  **Требования к аудитору:**  высшее специальное образование; специальное обучение, подтвержденное документом; стаж работы в библиотеке - 5 лет; знание требований нормативных документов на библиотечную продукцию (услуги), на процессы и СМК.

В зависимости от целей задач в библиотеке проводятся следующие виды аудитов: аудит СМК, аудит качества процесса и аудит качества услуги.

При **аудите СМК** **библиотеки** проверяются разработанные процессы в виде документированных процедур (СТП., СТП П..- см. ниже Перечень документации СМК НБ ПГУ), фактическое выполнение требований, изложенных в этой документации, известны ли персоналу и эффективно ли их применение, а также взаимодействие всех процессов общей структуры СМК и ее влияние на качество услуги. Досконально перепроверяется Руководство по качеству, стандарты организации, разработанные владельцами процессов, технологическая документация, рабочие инструкции, карты процессов, Положения, должностные инструкции сотрудников и т.д.

**Аудит качества процесса библиотеки** служит для оценки способности обеспечения качества в ходе процесса. При аудите качества процесса устанавливается его целесообразность, знание технологии. Это может быть любой библиотечный процесс: библиотечно-информационного обслуживания, формирования фонда, создания СПА и т.д. Оценке подвергается правильность выбора технологического метода, соблюдение процесса и его стабильность. Аудит качества процесса представляет собой специально предписанное отдельное мероприятие, которое носит, как правило, предупредительный (профилактический) характер, но может также назначаться для выявления актуальных проблем по качеству и путей их решения.

 **Аудит качества библиотечной услуги** предусматривает проведение тестирования оказываемых услуг, определение фактических показателей и оценку их соответствия требованиям, установленным в стандартах, договорах, законодательных документах по библиотечному делу, в обязательных документах СМК. Документация, используемая при проведении аудита качества библиотечной услуги и аудита качества процесса - это стандарты организации, технологическая документация, требования к договорам, положения о подразделениях библиотеки, должностные и рабочие инструкции, рекламации.

При планировании аудита организация оказывается перед выбором:проводить **аудит процессов или подразделений?** На практике применяются оба подхода, т.к., с одной стороны, процессы образуются из связанных фрагментов деятельности подразделений (н-р: процесс «Информационное и библиотечное обслуживание» в НБ ПГУ проходит сквозь 4 отдела – отдел обслуживания, отдел электронной библиотеки, справочно-информационный отдел и отраслевой отдел , находящийся в другом городе) , а с другой - деятельность подразделений представляет собой набор фрагментов различных сквозных процессов (н-р: в отраслевом отделе библиотеки (филиале), где сформирован фонд для 2-х факультетов, функционируют 2 процесса: «Информационное и библиотечное обслуживание» и «Формирование фонда»).

Таким образом, проверку работы можно организовать, используя два способа (или три, если за третий принять комбинацию двух): проводя аудит сквозных процессов или аудит подразделений – и в том и в другом случае будет проверена вся работа. Перед подобным выбором оказываются многие библиотеки и руководитель делает его, основываясь, как правило, на традициях; требуемых результатах аудита; организационной структуре и т. п. Существуют некоторые общие положения, позволяющие оценить сильные и слабые стороны каждого из вышеприведенных способов в условиях конкретной библиотеки: при подходе "от подразделений" планирование внутренних аудитов заметно упрощается, так как границы в рамках организационной структуры легко определяются. Преимущества и недостатки каждого из рассматриваемых подходов в соответствии с принятыми критериями представлены в таблице.

|  |
| --- |
| **Сравнение двух подходов к организации аудита** |
| **Подход к организации аудита** | **Критерии оценки** |
| **Ценность результатов аудита для руководства** | **Степень сложности планирования и проведения** | **Соответствие требованиям стандарта ISO 9001:2009**  |
| **Аудит процессов** | **Высокая** Позволяет собрать свидетельства для обоснованного решения об улучшении процессов и системы в целом | **Достаточно высокая сложность** Требует тщательного планирования и хорошей координации при проведении. При распределенной структуре организации и процессов (удаленные филиалы, отделы и т. п.) для проведения аудита могут потребоваться большие затраты | **Соответствует** Позволяет достигнуть тех целей, которые установлены в стандарте  |
| **Аудит подразделений** | **Невысокая** Позволяет получить фрагментарные данные, на основе которых можно принять обоснованное решение лишь о локальных улучшениях (с риском нарушения целостности системы)  | **Существенно проще** Не требует предварительной идентификации процессов и привязки их к организационной структуре, позволяет выбрать для проверки близко расположенные подразделения и минимизировать затраты на перемещение. Упрощается организация и координация проведения аудита.  | **Соответствует**Установление результативности СМК сопряжено либо с большими затратами для обеспечения надежных свидетельств, либо с риском получения недостоверной оценки результативности  |

**Основными этапами аудита** являются: определение; обучение специалистов для осуществления внутренних аудитов; планирование; организация проведения внеплановых внутренних аудитов; проведение внутреннего аудита и оформление протоколов несоответствий; учет выявленных несоответствий; разработка и постановка корректирующих мероприятий на контроль; контроль устранения выявленных несоответствий и оценка результативности корректирующих действий.

Обучение аудиторов осуществляется в сторонних организациях, имеющих лицензию на право проведения такого обучения (в библиотеке ПГУ зав.научно-методическим отделом и методист прошли курсы обучения в БелГисс (Белорусский государственный институт стандартизации и сертификации) с получением сертификата внутреннего аудитора). Обучение новых аудиторов в библиотеке возможно уже сертифицированными аудиторами. Состав группы аудиторов, годовой график проведения внутренних аудитов утверждается ректором университета. **Основной принцип аудита:** назначать аудиторов таким образом, чтобы они не проверяли свою собственную деятельность или деятельность, за которую они несут прямую или косвенную ответственность.

Основанием для **внеплановых внутренних аудитов** могут быть: решение руководителя и представителя руководства по качеству; произошедшие в организации организационные или структурные изменения, повлекшие за собой изменения во взаимоотношениях подразделений или в распределении их функций; увеличение числа претензий к процессу, услуги со стороны потребителей; разработка и внедрение нового процесса, услуги; появление нового вида деятельности; обновление персонала; увеличение затрат на обеспечение качества.

План аудита обсуждается с владельцем процесса, руководителями подразделений. До начала аудита аудиторы изучают: необходимые документы СМК, планы работ проверяемых подразделений, отчеты по проверяемому процессу, услуги, деятельность по системе менеджмента качества, ТНПА на рабочих местах (технологические инструкции, журналы и т.п.), положения о подразделениях и должностные инструкции сотрудников, законодательные и другие обязательные требования, применимые к услуге. До начала внутреннего аудита аудиторы разрабатывают контрольные вопросы. В общем случае рассматривают: наличие соответствующей документации на рабочем месте, распределение ответственности и полномочий, достаточность ресурсов для осуществления деятельности, результаты мониторинга процессов и услуги, результаты деятельности и их соответствие запланированным показателям, документальное оформление результатов деятельности, применение статистических методов, деятельность по улучшению, применение информационных технологий, результаты анализа данных о качестве, взаимодействие с заинтересованными подразделениями, включая внутренних потребителей, оценку удовлетворенности внешних и внутренних потребителей, выполнение законодательных и других обязательных требований, применимых к услуге. Далее идёт разработка корректирующих мероприятий. Владелец процесса или руководитель подразделения до срока, указанного в протоколе несоответствия, проводит анализ несоответствий, вырабатывает корректирующие действия и обеспечивает устранение несоответствий и вызвавших их причин в максимально короткие сроки. Отчет представляется владельцу процесса, руководителю подразделения. После получения отчета от владельца процесса или руководителя подразделения об устранении несоответствий и вызвавших их причин, аудитор приступает к контролю устранения выявленных несоответствий и оценке результативности корректирующих действий.

Как уже говорилось, аудиторы должны быть независимы от проверяемого подразделения, соблюдать конфиденциальность, иметь широкий кругозор, обладать логическим мышлением, аналитическим складом ума и твердостью воли, реально оценивать ситуацию, понимать процессы и роль отдельного подразделения и организации в целом, должны уметь применять эти качества для того, чтобы беспристрастно собирать и оценивать объективные доказательства.

Руководство проверяемого структурного подразделения библиотеки обязано: информировать персонал подразделения о целях и масштабах предстоящей проверки, назначить ответственных лиц из числа персонала для сопровождения аудиторов, снабдить аудиторов всеми средствами, необходимыми для обеспечения эффективного и результативного проведения проверки, обеспечить доступ к необходимым материалам, осуществлять тесное сотрудничество с аудиторами для достижения целей проводимой проверки, провести анализ результатов проверки, разработать и осуществить корректирующие воздействия на основании отчета о проверке. Непосредственно в ходе проверки аудиторам должна быть представлена достоверная, необходимая и достаточная информация, позволяющая сделать четкие и обоснованные выводы. Информацию и данные получают путем опроса, экспертизы документов, анализа носителей информации, а также путем непосредственного наблюдения на проверяемом участке. Выявленные в ходе внутренней проверки несоответствия, подтвержденные объективными доказательствами, в ясной форме формулируются аудиторами и заносятся в протоколы несоответствий. По каждому несоответствию, выявленному в ходе проверки, руководство проверяемого подразделения разрабатывает в течение одного дня корректирующие мероприятия, направленные на устранение несоответствия, при этом назначается ответственный за выполнение мероприятия и сроки его выполнения.

 После проведения внутренних аудитов наступает следующий этап: сертификационного аудита. Он проходит по такой же схеме, как и внутренний аудит. Продолжительная и трудоемкая деятельность по созданию и внедрению системы менеджмента качества, осуществляемая усилиями руководства и сотрудников библиотеки завершается оценкой органа по сертификации, который поручает аудиторам систем менеджмента качества собрать объективные доказательства соответствия или несоответствия системы требованиям СТБ ISO 9001. Организация, претендующая на сертификацию системы менеджмента качества, должна направить в орган по сертификации заявку, исходную информацию, заполненную анкету-вопросник, Руководство по качеству, документы системы менеджмента качества (**обязательные** документированные процедуры, требуемые СТБ ISO 9001), документы системы менеджмента качества, разработанные для планирования, **осуществления процессов** и управления ими (документированные процедуры, описания процессов и др.)

Перечень документации системы менеджмента качества научной библиотеки УО «ПГУ» следующий:

1. Политика в области качества НБ УО «ПГУ».
2. Цели в области качества НБ УО «ПГУ».
3. РК СМК 04.03-2009 Руководство по качеству.
4. СТП СМК 04.01-2009 Управление документацией.
5. СТП СМК 04.02-2009 Управление записями.
6. СТП СМК П 05.01-2009 Управление системой менеджмента качества.
7. СТП СМК 08.01–2009. Оценка удовлетворенности потребителя.
8. СТП СМК 08.02-2009 Внутренний аудит.
9. СТП СМК 08.03-2009. Управление несоответствующей продукцией.
10. СТП СМК 08.04-2009 Корректирующие действия.
11. СТП СМК 08.05-2009 Предупреждающие действия.
12. СТП СМК П 07.01-2009. Формирование фонда.
13. СТП СМК П 07.02-2009. Создание справочно-поискового аппарата.
14. СТП СМК П 07.03-2009 Информационное и библиотечное обслуживание.

Документация системы менеджмента качества рассматривается в органе по сертификации предварительно, и аудит проводится лишь при условии ее соответствия требованиям стандарта. При посещении организации аудитор обращается к контрольным экземплярам документов, выявляя более полно картину документооборота, чтобы убедиться в соответствии системы требованиям стандарта и определить ее особенности в данной организации. Аудитор обязательно дополнительно поинтересуется положениями о подразделениях, рабочими инструкциями, планами. Допустимо полное отсутствие бумажных (твердых) копий документов. Аудитор, прежде всего, будет стремиться найти подтверждение *приверженности* высшего руководства разработке и внедрению системы менеджмента качества, а также постоянному улучшению ее эффективности. Обычно аудиторам удается выяснить это уже в ходе первой беседы с высшим руководством, на которой традиционно проводится краткая презентация и организации, и системы менеджмента качества.

Сертифицирующейся организации следует обратить внимание на типичные несоответствия, выявляемые при аудите.

 **Типичные несоответствия, выявляемые при аудите**

|  |  |
| --- | --- |
| **Разделы** **СТБ ИСО 9001** | **Типичные несоответствия** |
| **4.1 Общие требования** | * не конкретно определены виды продукции, производство которой охватывает СМК;
* отсутствует или устарела организационная структура предприятия (наименования, подчиненность, функции структурных подразделений);
* не определены все процессы жизненного цикла продукции;
* не определены (не верно определены) границы процессов и владельцы процессов;
* не указаны все входные и выходные данные процессов, их поставщики и потребители, а так же ресурсы, необходимые для результативного осуществления процессов;
* не определены (не верно определены) цели процессов;
* не установлены методы и критерии оценки результативности процессов;
* мониторинг процесса не обеспечивает проведение контроля достижения целей процесса;
* не установлен порядок управления процессами, переданными для выполнения сторонним организациям;
* не определена (не полностью определена) область допустимых исключений.
 |
| **4.2 Требования к документации** | * документированные процедуры (СТП СМК) оформлены не единообразно, отсутствуют данные об их утверждении, согласовании, рассылке, ознакомлении;
* не составлены или используются не утвержденные не актуализированные перечни документов;
* отсутствует учет рассылки документов;
* пользователи документов не ознакомлены с содержанием документов (не проведено обучение, по изучению требований);
* документы отсутствуют на рабочих местах (недоступны для пользователей);
* на рабочих местах находятся не учтенные, не утвержденные, не актуализированные документы;
* не определен (не соблюдается) порядок хранения документов (места, сроки, ответственные);
* формы для ведения записей не соответствуют установленным документами СМК, не ведутся в установленном порядке (заполнение, идентификация, учет, хранение), не определены ответственные при создании записей, перечни записей в подразделения отсутствуют;
* не установлен порядок управления электронными версиями документов.
 |
| **5 Ответственность руководства** | * Политика в области качества не сформулирована как заявление высшего руководства о намереньях (стратегии) в области качества, является многословной и непонятной;
* персонал не ознакомлен с Политикой в области качества;
* не установлен порядок и критерии по которым будет оцениваться выполнение Политики в области качества;
* не разработаны или являются не измеримыми цели в области качества;
* цели в области качества не установлены на уровне подразделений;
* не осуществляется оценка выполнения политики и целей в области качества;
* не установлено (не четко установлено) распределение ответственности в области качества (в СТП СМК, РК, ДИ, положениях);
* назначенный представитель руководства по качеству не имеет должного статуса и полномочий;
* входные данные для анализа со стороны руководства не являются полными;
* не определено, как должны быть использованы результаты анализа функционирования СМК;
* не проводятся заседания координационного совета по анализу хода работ и разработке документов СМК;
* при подаче заявки на сертификацию СМК не оценивается состояние ее готовности к сертификации.
 |
| **6 Менеджмент ресурсов** | * не определены элементы, составляющие инфраструктуру предприятия, ответственные за ее поддержание;
* не определено, что относится к производственной среде предприятия, управление производственной средой сводится к разработке мероприятий по охране труда технике безопасности;
* управление компетентностью персонала сводится к проведению мероприятий по обучению и повышению квалификации персонала.
 |
| **7 Процессы жизненного цикла продукции** | * не установлен порядок планирования процессов;
* имеют место ошибки, отмеченные по разделу 4.1 (в части границ, целей, потребителей, поставщиков, входных и выходных данных, записей, мониторинга, оценки результативности процессов)
* не осуществляется мониторинг и оценка результативности процессов,
* не осуществляется планирование и оценка достигнутых улучшений процессов;
* не в полной мере описана ответственность в рамках осуществления процессов;
* не ведутся предусмотренные процессом записи;
* не установлены методы и средства идентификации для обеспечения прослеживаемости продукции;
* не осуществляется идентификация продукции по отношению к требованиям мониторинга (не установлен статус контроля продукции);
* не осуществляется оценка (повторная оценка) способности поставщиков;
* не осуществляется входной контроль продукции;
* не осуществляется планирование проектирования и разработки;
* не ведутся записи результатов анализа проектов и разработки;
* не осуществляется управление собственностью потребителя;
* не осуществлена взаимоувязка процессов по входам и выходам.

  |
| **8 Измерение ,анализ и улучшение** | * не установлены методы и не осуществляется измерение и оценка степени удовлетворенности потребителей;
* не обучены и не аттестованы аудиторы для внутренних проверок;
* внутренние проверки не планируются и не проводятся (результаты внутренних проверок не оформлены);
* не приняты меры по устранению несоответствий, выявленных при внутреннем аудите;
* не составляются отчеты о результатах верификации мер по устранению выявленных при внутренних аудитах несоответствий;
* не ведутся записи о характере несоответствий и последующих действиях по отношению к несоответствующей продукции;
* не определен порядок действий с несоответствующей продукцией при ее выявлении после поставки или начала использования;
* не осуществляется разработка корректирующих и предупреждающих действий;
* не осуществляется анализ и оценка результативности корректирующих и предупреждающих действий.
 |

 В библиотеке УО «ПГУ» сертификационный аудит системы менеджмента качества предоставления библиотечных и информационных услуг проводился органом по сертификации Белорусским Государственным институтом сертификации и стандартизации (БелГиСС) на соответствие требованиям СТБ ISO 9001-2009 в Национальной системе подтверждения соответствия Республики Беларусь и на соответствие требованиям DIN EN ISO 9001:2008 в немецкой системе аккредитации. В состав группы по аудиту входили: заместитель директора БелГИСС, руководитель группы по аудиту; начальник отдела сертификации систем менеджмента качества, эксперт-аудитор по качеству; доцент БГУИР, эксперт-аудитор по качеству.

 Задачами сертификационного аудита были: анализ документов системы менеджмента качества организации; оценка местоположения организации, наличия филиалов, оценка состояния организации по ключевым процессам (менеджмента, деятельности по разработке, внедрении эксплуатации и сопровождению программного обеспечения) в соответствии с требованиями СТБ ISO 9001-2009 иDIN EN ISO 9001:2008; анализ понимания организацией требований СТБ ISO 9001-2009 и DIN EN ISO 9001:2008; сбор необходимой информации, касающейся области распространения системы менеджмента качества, ее процессов, местоположения организации и законодательных актов; оценка результатов внутренних аудитов и анализа системы менеджмента качества со стороны руководства; анализ результатов внешних проверок, в т.ч. Госнадзора, корректирующих мероприятий по результатам внешних проверок, их результативности; работа с претензиями и рекламациями, корректирующие мероприятия по результатам работы.

Анализ исходной информации, предоставленной накануне библиотекой, проводился с целью: оценки достаточности представленной информации для планирования и проведения аудита в заявленной области распространения системы менеджмента качества, с учетом идентифицированных процессов, месторасположения организации, процессов, выполняемых в сторонних организациях, наиболее важных аспектов деятельности организации; анализа угроз безопасности и беспристрастности (отсутствие консалтинга); оценки результативности внутренних аудитов; анализа результатов оценки системы менеджмента качества со стороны руководства; анализа результатов оценки качества выпускаемой продукции и предоставляемой услуги, проводимой в организации и потребителем; идентификации возможных несоответствий в системе менеджмента качества организации.

Выводы по результатам анализа исходной информации были следующими: представленная исходная информация достаточна для планирования и проведения аудита системы менеджмента качества организации; угрозы безопасности и беспристрастности отсутствуют; область распространения системы менеджмента качества определена; внутренние аудиты результативны; анализ системы менеджмента качества со стороны руководства является основой для разработки предложений по улучшению; организация регистрирует информацию о качестве услуги и продукции, анализирует ее, разрабатывает мероприятия, направленные на улучшение качества услуги и продукции. Выводы по результатам анализа анкеты-вопросника: персонал организации в целом понимает требования СТБ ISO 9001-2009DIN EN ISO 9001:2008; требования СТБ ISO 9001-2009DIN EN ISO 9001:2008 учтены и в целом реализованы в системе менеджмента качества организации. Вынесенные библиотеке несоответствия для устранения были незначительны: в структурной схеме управления СМК не отражены подразделения, предоставляющие аутсорсинговые услуги (область применения СМК); при определении целей, критериев результативности, входных и выходных данных процессов не учтены требования по обеспеченности учебного процесса; в качество критерия результативности не установлен уровень обеспеченности учебного процесса УМК и учебно-методической литературой в соответствии с требованиями НПА и ТНПА; не определены все процессы аутсорсинга, необходимые для СМК организации (процессы взаимодействия со сторонними организациями, представляющими лицензионные базы данных и документы в электронном виде на различных носителях, процессы управления оборудованием для представления информационных и библиотечных услуг и т.д.

После 1 этапа аудита БелГиСС вынес решение библиотеке: персонал организации-заявителя в целом понимает требования СТБ ISO 9001-2009,DIN EN ISO 9001:2008. Уровень реализации заявителем требований СТБ ISO 9001-2009DIN EN ISO 9001:2008 по результатам проведения 1 этапа аудита подтверждает готовность организации к проведению 2 этапа аудита, при условии устранения замечаний к анкете-вопроснику и документам системы менеджмента качества, устранении проблемных областей.

Сертификационный аудит в библиотеке ПГУ состоялся 11-12 мая 2010 года. По результатам сертификационного аудита библиотека получила сертификаты качества международного стандарта ISO 9001 в Национальной системе подтверждения соответствия и стандарта DIN EN ISO 9001-2008 в Немецкой системе аккредитации. Один раз в год впоследствии система качества библиотеки будет подвергаться надзорному аудиту.

 Научная библиотека Полоцкого государственного университета стала первой библиотекой в Беларуси, получившей вышеуказанные сертификаты.

 Что же дальше предстоит научной библиотеке ПГУ? В основе системы менеджмента качества лежит принцип постоянного улучшения. Получение сертификата не завершает работу по созданию СМК, а только подтверждает, что система работает и дает результаты. Мы постоянно совершенствуемся, это непрерывный процесс, который позволяет осуществлять эффективное управление на всех этапах жизненного цикла наших услуг с учетом потребностей всех заинтересованных сторон — пользователей и персонала библиотеки.

 Резюмируя все вышеизложенное, можно сказать , что аудиты, как основное звено в системе качества любой организации, позволяют выявить слабые («узкие») места системы качества прежде, чем связанные с ними потенциальные проблемы отразятся на качестве услуг, разработать корректирующие действия и найти возможности улучшения, как отдельных процессов, так и системы в целом. Внутренний аудит необходим современной библиотеке, пусть даже без внедрённой или сертифицированной СМК т.к. он определяет прогресс, создает прочную основу для решений стратегического характера и выделяет приоритеты будущей деятельности по улучшениям, дает сотрудникам энергию быть лучшими. Как внутренний, так и сертификационный аудит, являясь основой мониторинга любой организации, тем самым является необходимым инструментом саморегулирования и самосовершенствования системы управления качеством в библиотеке**.**

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. СТБ ИСО 19011-2003.    Руководящие материалы по аудиту систем менеджмента качества и/или систем экологического менеджмента : пер. с англ. яз. - Введ. 2003-09-12. - Минск : Госстандарт, 2004. - 26 с. - (Государственный стандарт Республики Беларусь).
2. СТБ ISO 9001-2009.    Системы менеджмента качества. Требования. - Взамен СТБ ИСО 9001-2001; введ. 2009-06-01. - Минск : Госстандарт, 2009. - 32 с. - (Государственный стандарт Республики Беларусь).
3. Горбунов, А.В. Аудит процессов или аудит подразделений? / А.В. Горбунов // Методы менеджмента качества. – № 1. – 2007.
4. СТП СМК 08.02-2009 Система менеджмента качества. Внутренний аудит. - Введ. 2009-11-09. – Новополоцк. - 31с.