



РЕСПУБЛИКАНСКОЕ УНИТАРНОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ  
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЦЕНТР АККРЕДИТАЦИИ»

**СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА  
ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА**

**УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ «БГЦА»**

**ДП СМ 4.0-01-2017**

Разработана	Отделом организации работ по аккредитации
Ответственный за актуализацию	Отдел организации работ по аккредитации
Утверждена	Приказом от 24.07.2017 № 59
Введена в действие	с 01.08.2017
Редакция	01, взамен РИ СМ 4.0-2015
Экземпляр	КОНТРОЛЬНЫЙ
Изменение	

**Минск, 2017**

## СОДЕРЖАНИЕ

1	ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ.....	3
2	ССЫЛКИ.....	3
3	ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	3
4	ОБОЗНАЧЕНИЯ, СОКРАЩЕНИЯ И АББРЕВИАТУРЫ.....	3
5	ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ПОЛНОМОЧИЯ.....	3
6	УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ.....	4
6.1	Общие положения.....	4
6.2	Идентификация опасностей.....	4
6.3	Анализ и оценка степени риска.....	5
6.4	Разработка и проведение мероприятий.....	6
6.5	Оценка результативности мероприятий.....	7
7	ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ.....	7
Приложение 1	Форма карты анализа рисков.....	8
Приложение 2	Форма мероприятий по минимизации и/или устранению рисков в деятельности БГЦА.....	9
Приложение 3	Форма информации об управлении рисками в отчетном периоде.....	10

## 1 ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

**1.1** Настоящая документированная процедура (далее – процедура) является документом системы менеджмента Республиканского унитарного предприятия «Белорусский государственный центр аккредитации», разработана с учетом требований р.4 СТБ ISO/IEC 17011 и в развитие р.4 РК СМ. Процедура устанавливает порядок управления рисками, возникающими при осуществлении деятельности по аккредитации (далее - риски) и направлена на обеспечение эффективного управления предприятием, постоянное улучшение деятельности.

**1.2** Требования настоящей процедуры обязательны для применения персоналом, участвующим в деятельности по управлению рисками.

## 2 ССЫЛКИ

В настоящей процедуре использованы ссылки на следующие документы:

СТБ ISO 9000-2015 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь

СТБ ISO/IEC 17011-2008 Оценка соответствия. Требования к органам по аккредитации органов по оценке соответствия

СТБ ISO 31000-2015 Менеджмент рисков. Принципы и руководящие указания

ГОСТ ISO/IEC 17000-2012 Оценка соответствия. Словарь и общие принципы

ГОСТ ISO 19011-2013 Руководящие указания по аудиту систем менеджмента

РК СМ-2017 Руководство по качеству Государственного предприятия «БГЦА»

ДП СМ 5.3-01-2017 Документированная процедура. Управление документами системы менеджмента

ДП СМ 5.5-2014 Документированная процедура. Управление несоответствиями и корректирующие действия

ДП СМ 5.6-2014 Документированная процедура. Предупреждающие действия

ДП СМ 5.7-2014 Документированная процедура. Внутренний аудит

ДП СМ 5.8-2015 Документированная процедура. Анализ со стороны руководства

ДП СМ 5.9-2015 Документированная процедура. Управление обращениями

ДП СМ 7-2015 Документированная процедура. Процесс аккредитации

ДП СМ 7.10-2016 Документированная процедура. Рассмотрение апелляций

## 3 ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

**3.1** В настоящей процедуре применяются термины и определения, установленные в ГОСТ ISO/IEC 17000, СТБ ISO/IEC 17011, СТБ ISO 9000, СТБ ISO 31000, ГОСТ ISO 19011, в том числе:

**риск:** Сочетание вероятности события и его последствий;

**вероятность:** Мера того, что событие может произойти;

**менеджмент риска:** Скоординированное действие по руководству и управлению организацией применительно к риску. Обычно включает стратегическое планирование, идентификацию и анализ рисков, управление идентифицированными рисками. и т.д.;

**последствие:** Результат события;

**событие:** Возникновение специфического набора обстоятельств.

## 4 ОБОЗНАЧЕНИЯ, СОКРАЩЕНИЯ И АББРЕВИАТУРЫ

В настоящей процедуре применяются следующие обозначения, сокращения и аббревиатуры:

В настоящей процедуре применяются следующие сокращения:

БГЦА – Республиканское унитарное предприятие «Белорусский государственный центр аккредитации»;

БН – бумажный носитель;

Госстандарт – Государственный комитет по стандартизации Республики Беларусь;

ДП	– документированная процедура;
ООРА	– отдел организации работ по аккредитации;
РК	– Руководство по качеству;
СМ	– система менеджмента БГЦА;
ЭН	– электронный носитель.

## **5 ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ПОЛНОМОЧИЯ**

**5.1 Директор** несет ответственность за определение стратегии управления рисками в деятельности предприятия.

**5.2 Менеджер по качеству** несет ответственность за:

- организацию проведения идентификации потенциальных опасностей (далее - опасность) и анализа рисков в деятельности предприятия;
- подготовку карты анализа рисков с последующей ее передачей руководителям структурных подразделений;
- контроль выполнения и результативности мероприятий по минимизации и/или устранению рисков в деятельности БГЦА.

**5.3 Руководители структурных подразделений** несут ответственность за:

- анализ выявленных рисков в деятельности структурного подразделения и определение мероприятий по их минимизации и/или устранению, ответственных исполнителей и сроков выполнения;
- управление рисками в подчиненных им подразделениях согласно принятым мероприятиям;
- своевременное и в полном объеме предоставление менеджеру по качеству информации по реализации запланированных мероприятий.

## **6 УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ**

### **6.1 Общие положения**

**6.1.1** Анализ рисков проводится с целью снижения угрозы беспристрастности, необъективности и некомпетентности результатов оценки, принятых решений по аккредитации, некачественного оказания услуг, финансовой нестабильности, дискриминации и др.

**6.1.2** Процедура управления рисками включает:

- идентификацию потенциально опасных факторов, несущих угрозу возникновения рисков;
- проведение анализа рисков с учетом серьезности их влияния на достижение целей в деятельности и вероятности возникновения потенциальных опасностей;
- разработку и проведение мероприятий по минимизации существенных и потенциальных рисков;
- оценку результативности мероприятий для управления рисками в данной деятельности.

### **6.2 Идентификация опасностей**

**6.2.1** Опасные факторы, которые могут поставить под угрозу достижение целей в деятельности, можно определить в результате:

- проведения внутренних аудитов, управление которыми установлено ДП СМ 5.7;
- проведения внешних аудитов, в том числе со стороны Европейской организации по аккредитации;
- анализа возможности влияния Госстандарта на решения по аккредитации, принимаемые БГЦА и возможности наличия конфликтов интересов со смежными организациями системы Госстандарта;

- анализа функционирования системы менеджмента согласно ДП СМ 5.8;
- осуществления процесса аккредитации в соответствии с ДП СМ 7;
- разработки, анализа и совершенствования документов системы менеджмента согласно ДП СМ 5.3-01;
- обмена опытом на конференциях/семинарах;
- рассмотрения обращений физических и юридических лиц в соответствии с ДП СМ 5.9, ДП СМ 7.10;
- обработки данных обратной связи (анкет удовлетворенности потребителей процесса аккредитации, участников тренингов и т.д.);
- рассмотрения информации, поступающей от персонала БГЦА в адрес его непосредственного руководителя;
- иными способами.

**6.2.2** Менеджер по качеству ежегодно до 20 января текущего года идентифицирует опасности по элементам системы менеджмента путем заполнения карты анализа рисков, форма которой приведена в приложении 1.

### 6.3 Анализ и оценка степени риска

**6.3.1** При оценке степени риска используется балльная система.

**6.3.2** Первоначальный анализ и оценку степени риска осуществляет менеджер по качеству на основании перечня идентифицированных опасностей с использованием показателей вероятности возникновения риска и серьезности последствий, в случае его возникновения по формуле:

$$P = B \times C$$

где P – степень риска;

B – вероятность возникновения риска;

C – серьезность последствий.

Числовые значения B и C выбираются из таблицы 1.

Таблица 1

Вероятность возникновения риска (количественный показатель – B)	Вероятность возникновения риска (характеристика)	Серьезность последствий (количественный показатель – C)	Серьезность последствий (характеристика)
1	Отсутствие данных	1	Не влияет на деятельность по аккредитации
2	Возникновение риска в один из анализируемых периодов/ изменение условий осуществления деятельности	2	Косвенно влияет на деятельность по аккредитации
3	Возникновение риска более одного случая в двух-четырех анализируемых периодах	3	Непосредственно влияет на деятельность по аккредитации
4	Ежегодно в анализируемые периоды		

При описании характеристики вероятности возникновения риска используются статистические данные за последние 5 лет осуществления данной деятельности.

**6.3.3** Данные расчета заносятся в карту анализа рисков (далее – Карта), после чего проводится градация рисков на основании данных таблицы 2. Форма карты приведена в приложении 1.

Таблица 2

Степень риска (Р)	Градация риска	Действия в отношении риска
от 1 до 3	Н Не учитываемый	Не проводятся
4	НС Несущественный	Учет, разработка предупреждающих действий и контроль их выполнения по итогам отчетного периода
6, 8, 9, 12	С Существенный	Учет, разработка корректирующих действий и контроль их выполнения согласно запланированным конечным срокам

**6.3.4** По каждому из оцененных рисков на основании результатов управления рисками за отчетный период менеджер по качеству разрабатывает проект мероприятий по их устранению или минимизации с учетом положений ДП СМ 5.5, ДП СМ 5.6.

#### **6.4 Разработка и проведение мероприятий**

**6.4.1** Карта вместе с результатами управления рисками за отчетный период передается менеджером по качеству руководителям структурных подразделений в чьей деятельности были выявлены несущественный и/или существенные риски для рассмотрения мероприятий по направлениям деятельности.

**6.4.2** Руководители структурных подразделений:

- оценивают результативность принятых мероприятий по управлению рисками за отчетный период;

- анализируют перечень существенных и несущественных рисков в деятельности по аккредитации, предложенные мероприятия по их устранению или минимизации, принимают решение по их реализации и определяет ответственных исполнителей и сроки выполнения на предстоящий период, о чем делают запись в графе «Примечание» Карты.

**6.4.3** Результаты анализа Карты руководители структурных подразделений предоставляют менеджеру по качеству одновременно с отчетами по анализу со стороны руководства.

Менеджер по качеству обобщает предоставленные результаты и выносит их на совещание «Анализ со стороны руководства» для принятия окончательного решения (приложение 2). Порядок подготовки и проведения анализа со стороны руководства определен ДП СМ 5.8.

**6.4.4** Информация о возникших в течение отчетного периода опасностях выносится руководителями структурных подразделений для анализа и оценки рисков на оперативные совещания с участием руководящего состава БГЦА. Принятые решения оформляются согласно приложению 2.

**6.4.5** По истечению запланированных сроков выполнения ответственные исполнители обеспечивают реализацию мероприятий и:

- предоставляют менеджеру по качеству информацию о реализации запланированных мероприятий с указанием объективных свидетельств;

– в случае невыполнения мероприятий подают докладную записку директору с объяснением причин, повлекших невыполнение, и предложениями по управлению данным риском. Докладная записка визируется менеджером по качеству.

### 6.5 Оценка результативности мероприятий

**6.5.1** Оценку выполнения мероприятий проводит менеджер по качеству на основании информации, предоставляемой ответственными исполнителями до 10 января года, следующего за отчетным периодом, путем простановки отметки о выполнении в мероприятиях по минимизации и/или устранению рисков в деятельности БГЦА. При этом мероприятие считается результативным, если не установлено случая возникновения несоответствия, являющегося следствием данного риска.

**6.5.2** В случае, если установлено несоответствие, являющееся следствием определенного риска, требуется разработка иных мероприятий, направленных на снижение риска в порядке, установленном ДП СМ 5.5 и коррекция расчета степени риска на следующий отчетный период.

**6.5.3** Менеджер по качеству включает информацию по результатам управления рисками за анализируемый период в отчет по анализу со стороны руководства, формируемый в соответствии с ДП СМ 5.8. Информация предоставляется по форме согласно приложению 3.

**6.5.4** Информация по результатам управления рисками за анализируемый период и мероприятия по минимизации и/или устранению рисков в деятельности БГЦА на отчетный период рассматриваются на заседании Совета по обеспечению беспристрастности согласно П СМ 4.3.

## 7 ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ

Перечень документов приведенных в данной процедуре с указанием мест и сроков хранения размещен в таблице 3.

Таблица 3

№ п/п	Наименование документа	Место и срок оперативного хранения документа, вид документа	
		Контрольный экземпляр	Рабочий экземпляр
1	Карта анализа рисков	ООРА, 5 лет (БН)	Руководители структурных подразделений, 1 год (ЭН)
2	Мероприятия по минимизации и/или устранению рисков в деятельности БГЦА	ООРА, 5 лет (БН)	Руководители структурных подразделений, 1 год (ЭН)
3	Информация по результатам управления рисками	ООРА, 5 лет, (ЭН)	Руководители структурных подразделений, 1 год (ЭН)

**Форма карты анализа рисков**
**Карта анализа рисков**

Потенциальные опасности (угрозы), которые могут стать рисками невыполнения деятельности должным образом	Вероятность возникновения риска (количественный показатель – В)	Серьезность последствий (количественный показатель – С)	Степень риска (Р)	Градация риска (Н/НС/С)	Мероприятия по устранению или минимизации риска	Примечание
1	2	3	4	5	6	7
Наименование направления деятельности						
1						
2						
...						
N						

Разработал:

Менеджер по качеству

 \_\_\_\_\_  
 подпись

 \_\_\_\_\_  
 расшифровка подписи

**Приложение 2**

**Форма мероприятий по минимизации и/или устранению рисков в деятельности БГЦА**

**Мероприятия по минимизации и/или устранению рисков в деятельности БГЦА  
на период 20\_\_ года**

Определение риска	Градация риска	Наименование мероприятия	Должность ответственного исполнителя, соисполнителя	Срок выполнения	Отметка о выполнении
1	2	3	4	5	6

Менеджер по качеству \_\_\_\_\_

подпись

расшифровка подписи

**Приложение 3**
**Форма информации об управлении рисками в отчетном периоде**
**Информация об управлении рисками в 20\_\_ году**

Таблица 1

Наименование показателя	Анализируемый период 20__ год (А)		Предыдущий период 20__ год (П)		Темп роста, % ( $\frac{A}{P} \cdot 100\%$ )
	План	Факт	План	Факт	
Установлено рисков, шт. всего из них:	- <sup>1</sup>		-		-
Н	-		-		-
НС	-		-		-
С	-		-		-
Разработка и реализация <sup>2</sup> предупреждающих мероприятий по НС рискам, шт.					
Разработка и реализация <sup>2</sup> корректирующих мероприятий по С рискам, шт.					

Таблица 2

Наименование возникшего риска	Наличие возникновения риска в предыдущем периоде 20__ года	Должность ответственного исполнителя по устранению/минимизации риска	Примечание
1	2	3	4

## Примечания:

1. В таблице 1 графы с прочерками не заполняются.
2. В столбце «План» таблицы 1 отражается количество разработанных мероприятий, в столбце «Факт» - реализованных.
3. В таблице 2 приводятся все риски, возникшие в анализируемом периоде.
4. В столбце 4 таблицы 2 указываются комментарии по данному риску, включающие, в том числе, причины невыполнения запланированного мероприятия и объективные свидетельства предпринятых действий по устранению/минимизации риска.

Руководитель подразделения разработчика-  
Менеджер по качеству:

Начальник ООРА

\_\_\_\_\_   
подпись

Морозова Е.В.

Разработчик:

Инженер 2 кат. ООРА

\_\_\_\_\_   
подпись

Клименко Е.Е.

СОГЛАСОВАНО

Заместитель директора

\_\_\_\_\_ Шарамков В.А.

подпись

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**Лист регистрации изменений**

Порядковый номер изменения	Дата введения изменения	№ извещения об изменении, дата утверждения	Пункт измененной позиции	Подпись лица, вносившего изменение	Расшифровка подписи лица, вносившего изменение
1	2	3	4	5	6