



PROCEDURA SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

VI.01.00/01 NADZÓR NAD DOKUMENTACJĄ I ZAPISAMI

Lider procedury: **Jerzy Pawłowski**

	Data	Imię i nazwisko	Podpis
Opracował:	07.12.2009r.	<i>Grażyna Szortyka, Grażyna Bakalarska, Andrzej Kolanowski, Wojciech Przybysz</i>	
Sprawdził:	08.12.2009r.	<i>Jerzy Pawłowski</i>	
Zatwierdził:	08.12.2009r.	<i>Krzysztof Wrzesiński</i>	



1. Cel.

Celem procedury jest określenie zasad identyfikacji i dostępu do wymagań prawnych niezbędnych dla wykonywania zadań oraz określenie zasad nadzoru nad dokumentacją i zapisami w zakresie opracowywania, numeracji, dystrybucji, oraz sposobu wprowadzenia zmian do dokumentacji systemu jakości.

2. Zakres stosowania oraz dane wejściowe i wyjściowe.

Procedura obejmuje swym zakresem Księgę Jakości, karty procesów, procedury oraz załączniki. Procedura obejmuje kierownika jednostki, Pełnomocnika ds. SZJ, kierowników referatów, pracowników merytorycznych, liderów procesów.

3. Definicje.

Dokument – informacja i jej nośnik

Księga Jakości – dokument, w którym określono system zarządzania jakością

Zapis – dokument, w którym przedstawiono uzyskane wyniki lub dowody przeprowadzonych działań

PJ - Pełnomocnik ds. SZJ

RP – radca prawny

KR – kierownik referatu

Lider procesu- osoba odpowiedzialna za realizację działań w ramach danego procesu

KJ- kierownik jednostki

4. Postępowanie.

Odpowiedzialności

4.1 Identyfikacja wymagań prawnych

- 4.1.1 Identyfikacja i aktualizacja wymagań prawnych dokonywana jest na podstawie obowiązujących przepisów prawnych.
- 4.1.2 Wymagania prawne podlegają monitorowaniu i opiniowaniu przez kierowników referatów i radcę prawnego.
- 4.1.3 Pracownicy poszczególnych komórek organizacyjnych korzystają z aktów prawnych (Dziennik Ustaw, Monitor Polski) znajdujących się w urzędzie oraz z elektronicznej bazy aktów prawnych LEX na podstawie których realizowane są zadania merytoryczne,

KR, RP

4.2 Opracowywanie, i aktualizacja dokumentów

4.2.1 Karty procesów

- 4.2.1.1. Karty procesów opracowywane są na formularzu wewnętrznym (zał. nr VI.01.02/aw) przez pracowników merytorycznych. Za koordynację prac nad dokumentem odpowiada lider procesu.
- 4.2.1.2. Karty procesów weryfikowane są na zgodność z wymaganiami normy PN-EN ISO 9001:2009 przez Pełnomocnika ds. SZJ.
- 4.2.1.3. Karty procesów zatwierdzane są przez kierownika jednostki lub osobę upoważnioną przez kierownika jednostki.

Pracownik
merytoryczny/
Lider
procesu

PJ

KJ

4.2.2 Procedury będące załącznikami do kart procesów

- 4.2.2.1. Procedury opracowywane są przez lidera procesu na formularzu wewnętrznym (zał. nr VI.01.03/aw).

Lider procesu



- 4.2.2.2. Procedury weryfikowane są na zgodność z wymaganiami normy PN-EN ISO 9001:2009 przez Pełnomocnika ds. SZJ. **PJ**
- 4.2.2.3. Procedury zatwierdzane są przez kierownika jednostki lub osobę upoważnioną przez kierownika jednostki. **KJ**
- 4.2.3 Procedury wewnętrzne wydawane zarządzeniem kierownika jednostki
- 4.2.3.1. Procedury opracowywane są przez pracowników merytorycznych **Pracownik merytoryczny**
- 4.2.3.2. Procedury opiniowane są przez bezpośrednich przełożonych i radcę prawnego. **RP**
- 4.2.3.3. Procedury wydawane są przez kierownika jednostki w postaci zarządzenia bądź załącznika do zarządzenia. **KJ**
- 4.2.3.4. Postępowanie w zakresie opracowywania trybu i zasad sporządzania projektów zarządzeń opisane zostało w załączniku nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego.
- 4.2.4 Formularze wewnętrzne
- 4.2.4.1. Formularze wewnętrzne opracowywane są przez odpowiedniego pracownika merytorycznego. **Pracownik merytoryczny**
- 4.2.4.2. Formularze opiniowane są przez Pełnomocnika ds. SZJ. **PJ**
- 4.2.4.3. Formularze zatwierdzane są przez kierownik jednostki **KJ**
- 4.2.4.4. Każdy formularz powinien posiadać odpowiedni numer.
- 4.2.5 Każdy pracownik ma prawo zaproponować nowy dokument lub zmianę w dokumentach istniejących składając pisemny wniosek do Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością (zał. Nr VI.01.04/aw). **Pracownik**
- 4.2.6 Wniosek musi posiadać załączony dokument lub propozycję zmiany wraz z uzasadnieniem.
- 4.2.7 Pełnomocnik ds. SZJ dokonuje oceny propozycji (jeżeli jest to konieczne dokonuje ustaleń z liderem procesu). **PJ**
- 4.2.8 Decyzja udokumentowana zostaje na wniosku pracownika. **PJ**
- 4.2.9 Zmiana w treści Karty Informacyjnej, Kart procesów, procedur lub w załącznikach powoduje zmianę wydania dokumentu.
- 4.2.10 Wszystkie zmiany dokumentowane są w tabeli „zmiany”. **Lider procesu**
- 4.2.11 Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością odpowiada za sterowanie zmianami i archiwizację poprzednich wersji. **PJ**



4.3 Oznaczanie dokumentów

- 4.3.1 Księga jakości (KJ), Karty procesów (KP), procedury (P), załączniki do KP i P numerowane są zgodnie z poniższymi zasadami:
- 4.3.1.1. Karty procesów (KP), procedury (P), załączniki do KP i P numerowane są wg następującej zasady XX.YY.ZZ/AW
Gdzie:
XX- numer karty procesu (cyfra rzymska).
YY- numer procedury (cyfra arabska). 00 zarezerwowane jest dla karty procesu
ZZ- numer formularza wewnętrznego (załącznika) do karty procesu (cyfra arabska)
AW- aktualny numer wydania karty procesu, procedury, formularza wewnętrznego (cyfra arabska)
Przykłady:
III.00.00/01 : karta procesu nr 03, wydanie pierwsze
III.01.00/01 : procedura nr 01 do karty procesu nr 03, wydanie pierwsze
II.00.03/01 : załącznik lub instrukcja nr 03 do karty procesu nr 02, wydanie pierwsze
- 4.3.1.2. Księga Jakości oznaczana jest wg następującej zasady: XX/YYYY
Gdzie:
XX- kolejnym numer wydania
YYYY- rok wydania.
- 4.3.2 KJ, KP i P jest również opatrzona datą wydania.
- 4.3.3 Jeżeli załącznik posiada kilka stron to w dokumencie znajduje się określenie „strona x z y”
- 4.3.4 Karty informacyjne identyfikowane są po nazwie usługi.
- 4.3.5 Każda karta informacyjna jest oznaczona aktualną wersją oraz datą ostatniej modyfikacji.

4.4 Dystrybucja dokumentacji

- 4.4.1 Za dystrybucję kart procesów/ procedur/ powiązanych załączników odpowiada Pełnomocnik ds. SZJ. **PJ**
- 4.4.2 Dystrybucja odbywa się wyłącznie w formie elektronicznej lub pisemnej.
- 4.4.3 Dokumentacja systemu zarządzania jakością znajduje się u Pełnomocnika ds. SZJ. **PJ**
- 4.4.4 Każdy inny wydruk z serwera traktowany jest jako kopia informacyjna, dlatego też pracownik, zanim skorzysta z wydruku, jest zobowiązany sprawdzić, czy wersja elektroniczna nie została zaktualizowana. **Pracownik**
- 4.4.5 Po zaktualizowaniu dokumentacji Pełnomocnik ds. SZJ jest zobowiązany do powiadomienia pracowników o tej zmianie. **PJ**

4.5 Postępowanie z dokumentacją nieaktualną

- 4.5.1 Pełnomocnik ds. SZJ utrzymuje jeden egzemplarz poprzedniego wydania KJ, KP, P i załączników w formie papierowej dostępnej tylko dla Pełnomocnika ds. SZJ. **PJ**
- 4.5.2 W przypadku wewnętrznych aktów prawnych – akty zniesione zaznaczane są w:
▪ rejestrze uchwał rady,
▪ rejestrze zarządzeń.
- 4.5.2.1. Rejestry uchwał rady i rejestr zarządzeń utrzymywane są w biurze rady.
- 4.5.3 Nieaktualne karty informacyjne przekreślane są na czerwono na pierwszej stronie. Wcześniejszy egzemplarz znajduje się u pracownika merytorycznego **KR/ Pracownik**



4.6 Nadzorowanie zapisów

- 4.6.1 Zapisom podlegają wyniki wszystkich działań mających związek z jakością oferowanych usług oraz funkcjonowaniem SZJ, a w szczególności:
- informacje dotyczące dokumentacji SZJ,
 - wyniki przeglądów systemu zarządzania jakością
 - wyniki wewnętrznych auditów SZJ,
 - informacje dotyczące usługi niezgodnej,
 - zapisy ze szkoleń,
 - zapisy działań korygujących i zapobiegawczych,
 - innych działań mających wpływ na SZJ.
- 4.6.2 Działania wymagające zapisów, ich obieg i archiwizacja są określone w poszczególnych kartach procesów/ procedurach/ aktach prawnych (Instrukcja kancelaryjna dla organów gmin).
- 4.6.3 Sporządzanie zapisów
- 4.6.3.1. Odpowiedzialnym za określenie działań, które wymagają sporządzania zapisów jest lider procesu.
- 4.6.3.2. Zapisy dotyczące jakości powstają w trakcie realizacji zadań wynikających z założeń zwartych w poszczególnych księgach procesów / procedurach/ aktach prawnych.
- 4.6.3.3. Odpowiedzialności w zakresie sporządzania zapisów dotyczących jakości określone są w poszczególnych księgach procesów / procedurach.
- 4.6.3.4. Zapisy wymagające standardowej formy sporządzane są na wewnętrznie opracowanych formularzach lub drukach akcydensowych,
- 4.6.4 W każdym przypadku zapisy związane z jakością podlegają zasadom nadzoru w zakresie:
- zabezpieczenia przed dostępem osób postronnych,
 - segregacji umożliwiającej szybkie odszukanie zapisów,
 - łatwej identyfikowalności,
 - archiwizacji, oznaczania i usuwania nieaktualnych zapisów.
- 4.6.5 Zapisy systemowe są podstawą do analiz skuteczności SZJ.
- 4.6.6 Przechowywanie
- 4.6.6.1. Zapisy utrzymywane są w formie pisemnej lub elektronicznej.
- 4.6.6.2. Sposób przechowywania zapisów gwarantuje, że nie zostaną one uszkodzone i są dostępne w każdej sytuacji, gdy zaistnieje potrzeba ich wykorzystania.
- 4.6.6.3. Okres przechowywania zapisów systemowych uwzględnia:
- obowiązujące przepisy prawne ,
 - wymagania wewnętrzne,
- 4.6.6.4. Po wymaganym okresie przechowywania zapisy systemowe są niszczone bądź archiwizowane.

Lider procesu

5. Forma dokumentowania procesu – zapisy

5.1 Wniosek o opracowanie/ zmianę dokumentu

Opracowywany przez pracownika, zatwierdzany przez Pełnomocnika, utrzymywany do czasu wprowadzenia zmiany, a następnie archiwizowany u Pełnomocnika przez okres obowiązywania dokumentu.

**6. Załączniki.**

NR FORMULARZA	NAZWA
VI.01.01/aw	Wzór karty procesu
VI.01.02/aw	Wzór procedury
VI.01.03/aw	Wniosek o opracowanie/ zmianę dokumentu

7. Dokumenty związane.

- 7.1 VI.00.00/01 Zarządzanie jakością
- 7.2 Załącznik nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego
- 7.3 VI.00.01/01 – Ankieta badania satysfakcji klienta
- 7.4 VI.00.02/01 – Cele szczegółowe

8. Zmiany.

LP.	OPIS ZMIANY
1.	



Wzór Karta procesu

NAZWA PROCESU	
OPIS ZAKRESU PROCESU	
LIDER PROCESU	

WEJŚCIE PROCESU

ZAKRES USŁUG GENEROWANYCH PRZEZ PROCES/ WYNIK PROCESU

POSTĘPOWANIE			
ZAPISY ZWIĄZANE Z PROCESEM			
NAZWA	MIEJSCE PRZECHOWYWANIA	OKRES PRZECHOWYWANIA	ODPOWIADA

DOKUMENTY ZWIĄZANE Z PROCESEM/ KRYTERIA ZGODNOŚCI	DOTYCZY ZAKRESU

MIERNIK

Zatwierdził:	
Data:	Podpis:
	Kierownik jednostki



Wzór



PROCEDURA SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

XX.YY.ZZ/AW

Lider procedury:

	Data	Imię i nazwisko	Podpis
Opracował:			
Sprawdził:			
Zatwierdził:			



- **Cel.**

- **Zakres stosowania oraz dane wejściowe i wyjściowe.**

- **Definicje.**

Działania korekcyjne – działania mające na celu usunięcie zidentyfikowanej niezgodności.

Działania korygujące – działania podejmowane w celu wyeliminowania przyczyny zidentyfikowanej niezgodności.

Działania zapobiegawcze - działania podejmowane w celu wyeliminowania przyczyny potencjalnych niezgodności.

SZJ – System Zarządzania Jakością,

KJ- Kierownik jednostki,

KR- Kierownik referatu,

Lider procesu- osoba odpowiedzialna za realizację działań w ramach danego procesu

- **Postępowanie.** **Odpowiedzialności**

4. Forma dokumentowania procesu - zapisy

9.

5. Załączniki.

NR FORMULARZA	NAZWA
XX.YY.ZZ/AW	
XX.YY.ZZ/AW	

6. Dokumenty związane.

7. Zmiany.

10.

LP.	OPIS ZMIANY
1.	



WZÓR

Wniosek o wprowadzenie nowego dokumentu / zmiany do dokumentu

Od
(imię i nazwisko)

.....
(stanowisko)

DANE DOTYCZĄCE NOWEGO/ ZMIENIANEGO DOKUMENTU

Nazwa dokumentu:		
Numer dokumentu:*	Numer strony/stron, których zmiana dotyczy:*	Numer punktu, którego zmiana dotyczy:

ZAKRES NOWEGO DOKUMENTU/ CHARAKTER ZMIANY:

.....
.....
.....

UZASADNIENIE:

.....
.....
.....

Podpis wnioskodawcy

.....

Akceptuję propozycję nowego/ zmiany w w/w dokumencie:

Pełnomocnik ds. SZJ

Lider procedury

.....

.....

KOMENTARZ:

.....
.....
.....

* / Niepotrzebne skreślić

1 – wypełnić tylko w przypadku zmiany dokumentu