



PROCEDURA SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

VI.02.00/01 AUDITY WEWNĘTRZNE

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 Wrześciński</i>	



1. Cel.

Celem procedury jest zapewnienie planowanego, systematycznego i obiektywnego badania zgodności i skuteczności procesów realizowanych w ramach ustanowionego Systemu Zarządzania Jakością w zakresie spełnienia wymagań normy PN-EN ISO 9001:2009 oraz innych założeń i celów systemu.

2. Zakres stosowania oraz dane wejściowe i wyjściowe.

Procedura obowiązuje wszystkich pracowników realizujących działania ujęte w niniejszej procedurze, a w szczególności: Pełnomocnika ds. SZJ, auditorów wewnętrznych, kierowników auditowanych obszarów.

Niniejszą procedurę stosuje się do przeprowadzania auditów wewnętrznych procesów/elementów procesów objętych systemem zarządzania jakością realizowanych w urzędzie.

3. Definicje.

Audit – systematyczny, niezależny i udokumentowany proces uzyskiwania dowodu z auditu (zapis, stwierdzenie faktu lub inne informacje) oraz jego obiektywnej oceny w celu określenia stopnia spełnienia kryteriów auditu (zestaw polityk, procedur lub wymagań stosowanych jako odniesienie).

Auditor – pracownik dokonujący oceny auditowej, posiadający odpowiednie kompetencje.

Auditowany – pracownik reprezentujący auditowany obszar.

Program auditu - zestaw auditów, jednego lub więcej, zaplanowanych w określonych ramach czasowych i mających określony cel.

Plan auditu - opis działań prowadzonych w miejscu ich występowania oraz ustaleń związanych z auditem.

Kryteria auditu - zestaw polityk, procedur lub wymagań stosowanych jako odniesienie.

Dowód z auditu - zapisy, stwierdzenia faktu lub inne informacje, które są istotne dla kryteriów auditu i możliwe do zweryfikowania.

SZJ – System Zarządzania Jakością

PJ- Pełnomocnik jakości

KJ- Kierownik jednostki

AW- Auditor wiodący

A- Auditor wewnętrzny

4. Postępowanie.

Odpowiedzialności

4.1. Planowanie auditów wewnętrznych

- | | |
|--|-----------|
| 4.1.1. Każdy obszar systemu zarządzania jakością podlega auditowi wewnętrznemu, co najmniej raz w roku. | |
| 4.1.2. Pełnomocnik ds. SZJ do końca roku bieżącego sporządza Program auditów na rok następny (załącznik VI.02.01-aw). | PJ |
| 4.1.3. Przed rozpoczęciem następnego roku kalendarzowego Program auditów zatwierdza kierownik jednostki lub osoba upoważniona przez kierownika jednostki. | KJ |
| 4.1.4. W przypadku dokonania zmian w Programie auditów Pełnomocnik ds. SZJ jakością dokonuje jego aktualizacji poprzez parafowanie swoim podpisem. | PJ |
| 4.1.5. Przed auditem Pełnomocnik ds. SZJ wyznacza auditora wiodącego wraz z zespołem i ustala z nim zakres działania. Gdy audit wewnętrzny wykonywany jest przez jednego auditora pełni on funkcję auditora wiodącego. | PJ |
| 4.1.5.1. Każdy auditor wewnętrzny urzędu musi być przeszkolony i niezależny od auditowanego obszaru. | |
| 4.1.6. Auditor wiodący jest odpowiedzialny za opracowanie Planu auditu | AW |
| 4.1.7. (załącznik VI-02.02-aw). | |



4.1.8.	Plan auditu jest zatwierdzany przez Pełnomocnika ds. SZJ	PJ
4.1.9.	Auditor wiodący kontaktuje się z osobą odpowiedzialną za auditowany obszar w celu ustalenia/potwierdzenia daty auditu oraz poinformowania o czasie jego trwania – nie później niż 7 dni przed rozpoczęciem auditu.	AW
4.1.	Prowadzenie auditów wewnętrznych	
4.2.1.	Badanie systemu zarządzania jakością wg normy PN-EN ISO 9001:2009 polega na prowadzeniu wywiadu z auditowanym, badaniu dokumentacji i sprawdzaniu czy praktyka pracy jest zgodna z opisami zawartymi w dokumentach systemu zarządzania jakością oraz wymaganiami normy PN-EN ISO 9001:2009 (w tym badanie zapisów potwierdzających realizację określonych działań w ramach systemu zarządzania jakością).	
4.2.2.	W trakcie auditu, auditor posługuje się dokumentami systemu zarządzania jakością odnoszącymi się do badanego obszaru.	AW, A
4.2.3.	Odpowiednio wcześniej auditor przygotowuje się do auditu, m.in. poprzez zapoznanie się z dokumentacją auditowanego obszaru oraz raportami z wcześniejszych auditów.	AW, A
4.2.4.	Przychodząc na audit, auditor wiodący przedstawia auditowanemu przede wszystkim: <ul style="list-style-type: none">▪ cel i zakres auditu,▪ kryteria auditu,▪ rozkład czasowy.	AW
4.2.5.	System zarządzania jakością badany jest metodą próbkowania. Każdy auditor wybiera wystarczającą liczbę przykładów, aby na ich podstawie ocenić funkcjonowanie systemu w danym obszarze.	AW, A
4.2.6.	Na zakończenie auditu wewnętrznego odbywa się spotkanie zamykające. W trakcie tego spotkania auditor wiodący przedstawia auditowanemu wyniki auditu, tj. omawia istniejące niezgodności, obserwacje.	AW
4.2.7.	Auditor wiodący odpowiada za sporządzenie raportu z auditu wewnętrznego (załącznik VI.02.03-aw).	AW
4.2.	Raportowanie auditu	
4.2.2.	W ciągu dwóch tygodni po audicie, auditor wiodący sporządza raport i przekazuje Pełnomocnikowi ds. SZJ.	AW
4.2.3.	Pełnomocnik odpowiada za zatwierdzenie raportu. Nadzorowana wersja papierowa przechowywana jest u Pełnomocnika w segregatorze „Audyty wewnętrzne”.	PJ
4.3.	Działania poauditowe	
4.3.2.	Działania poauditowe realizowane są zgodnie z postępowaniem opisanym w procedurze VI.03.00/aw Postępowania z usługą niezgodną. Działania korygujące/ zapobiegawcze.	

5. Forma dokumentowania procesu – zapisy

5.1. Program auditów

Forma papierowa przechowywana jest u Pełnomocnika ds. SZJ. Po zrealizowaniu plan przechowywany jest przez 2 lata u Pełnomocnika ds. SZJ.

5.2. Plan auditu

Opracowywany przez auditora wiodącego, udostępniony kierownikom auditowanych komórek. Po zrealizowaniu auditu przechowywany u Pełnomocnika ds. SZJ razem z właściwym programem auditów.



5.3. Raport z (re)auditu

Raport z auditu przechowywany jest z dokumentacją auditową u Pełnomocnika ds. SZJ, kopie raportu znajdują się u kierowników auditowanych obszarów.

6. Załączniki.

NR FORMULARZA	NAZWA
VI.02.01/aw	Program auditu
VI.02.02/aw	Plan auditu
VI.02.03/aw	Raport z (re)auditu

7. Dokumenty związane.

- VI.00.00/aw System Zarządzania jakością
- VI.03.00/aw Postępowania z usługą niezgodną. Działania korygujące/ zapobiegawcze

8. Zmiany.

LP.	OPIS ZMIANY
1.	