



## PROCEDURA SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

VI.03.00/02

## POSTĘPOWANIE Z USŁUGĄ NIEZGODNĄ. DZIAŁANIA KORYGUJĄCE/ ZAPOBIEGAWCZE

Lider procedury: **Jerzy Pawłowski**

	<b>Data</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Podpis</b>
<b>Opracował:</b>	24.02.2010r.	<i>Grażyna Szortyka, Grażyna Bakalarska, Andrzej Kolanowski, Wojciech Przybysz</i>	
<b>Sprawdził:</b>	24.02.2010r.	<i>Jerzy Pawłowski</i>	
<b>Zatwierdził:</b>	25.02.2010r.	<i>Krzysztof Wrzesiński</i>	



## 1. Cel.

Celem procedury jest zapewnienie, że istnieją i funkcjonują mechanizmy identyfikowania niezgodności oraz ich nadzorowania, podejmowania działań celem usunięcia niezgodności i zapobieżenia ponownemu ich wystąpieniu oraz zapewnienie, że w urzędzie istnieją i funkcjonują mechanizmy skutecznego podejmowania działań zapobiegawczych i weryfikacji skuteczności podjętych działań.

## 2. Zakres stosowania oraz dane wejściowe i wyjściowe.

Procedura obejmuje wszystkich pracowników realizujących postępowanie opisane niniejszą procedurą, a w szczególności Pełnomocnika ds. SZJ, kierownictwo, kierowników referatów, pracowników dokonujących weryfikacji.

Procedura znajduje zastosowanie przy identyfikacji, analizowaniu i usuwaniu rzeczywistych i potencjalnych przyczyn niezgodności, które łączą się z jakością usług na wszystkich etapach ich realizacji i we wszystkich obszarach objętych Systemem Zarządzania Jakością. Podejmowane działania korygujące mogą być następstwem przeprowadzanych auditów, analiz, zdefiniowanych niezgodności i innych.

## 3. 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.

**Usługa niezgodna** – usługa nie spełniająca wymagań [prawnych, klienta itp].

**SZJ** – System Zarządzania Jakością,

**KJ**- Kierownik jednostki,

**KR**- Kierownik referatu,

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

## 4. Postępowanie.

## Odpowiedzialności

4.1. Postępowanie z dokumentami i usługami realizowanymi przez urząd na rzecz klienta, uznanymi za niezgodne z wymogami regulującymi aktualne przepisy prawne oraz niniejsza procedura.

4.2. Nadzór nad niezgodnościami dotyczy:

- usług wykonywanych przez urząd dla klientów,
- niezgodności systemu zarządzania jakością.

4.3. Niezgodności identyfikowane są w wyniku:

- Auditów wewnętrznych SZJ,
- analizy skarg i wniosków,
- analizy uchylonych decyzji,
- kontroli wewnętrznej,
- kontroli zewnętrznej,
- auditów wewnętrznych,
- bieżących zgłoszeń pracowników.

4.4. Niezgodności systemowe związane z przebiegiem poszczególnych realizowanych w urzędzie procesów i procedur oraz ich odniesienia do normy PN-EN ISO 9001:2009 identyfikowane są przez każdego z pracowników, konsultowane z bezpośrednim przełożonym, liderem procesu lub Pełnomocnikiem ds. SZJ.

4.4.1. W razie zidentyfikowania niezgodności systemowej, pracownik zgłasza ją w każdym przypadku bezpośredniemu przełożonemu.

Pracownicy

Pracownicy



4.5. Niezgodności wewnętrzne związane z przebiegiem poszczególnych udokumentowanych w urzędzie procesów i procedur identyfikowane są przez każdego z pracowników i konsultowane z bezpośrednim przełożonym	<b>Pracownicy</b>
4.5.1 W razie zidentyfikowania niezgodności wewnętrznej, pracownik zgłasza ją w każdym przypadku bezpośredniemu przełożonemu lub liderowi procesu.	<b>Pracownicy/PJ/Lider procesu</b>
4.6. Niezgodności zewnętrzne zgłaszane przez klientów w formie skarg i wniosków (pisemnie, ustnie lub w formie elektronicznej) przyjmowane są zgodnie z KPA, aktualnym rozporządzeniem Rady Ministrów ws. organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków oraz Regulaminem Organizacyjnym Urzędu Gminy i Miasta.	<b>Sekretarz</b>
4.7. Skargi i wnioski podlegają rejestracji w Rejestrze Skarg i Wniosków, prowadzonym przez sekretarza urzędu.	<b>Sekretarz</b>
4.8. Po zarejestrowaniu, skargi i wnioski podlegają przekazaniu do rozpatrzenia pracownikowi merytorycznemu przez kierownika jednostki.	<b>KJ</b>
4.9. Propozycję odpowiedzi akceptuje kierownik jednostki lub osoba upoważniona przez kierownika jednostki. W przypadku niezgodności/skarg na kierownika jednostki postępuje się zgodnie z KPA, Statutem Gminy i Miasta Lubraniec lub Regulaminem Organizacyjnym.	<b>KJ</b>
4.10. Każde uzasadnione zgłoszenie zapisywane jest przez kierownika referatu lub pracownika merytorycznego w karcie działań doskonalących (załącznik nr VI.03.01/aw). Wypełniona karta działań doskonalących jest podstawą do podjęcia dalszych działań.	<b>KR/ Pracownik merytoryczny</b>
4.11. Rejestr kart działań doskonalących prowadzi Pełnomocnik ds. SZJ, rejestrując karty w sposób ciągły.	<b>PJ</b>
4.12. W stosunku do zdefiniowanych niezgodności podejmowane są działania korygujące.	<b>Wyznaczony pracownik</b>
4.13. Postępowanie w przypadku działań korygujących każdorazowo obejmuje: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ identyfikację niezgodności,</li><li>▪ analizę przyczyn powstania niezgodności,</li><li>▪ zdefiniowanie działań korygujących,</li><li>▪ zatwierdzenie działań korygujących,</li><li>▪ wdrożenie działań korygujących,</li><li>▪ ocenę skuteczności działań korygujących.</li></ul>	
4.14. Niezgodności zidentyfikowane są za pomocą narzędzi takich jak kontrola wewnętrzna, audit wewnętrzny SZJ, samokontrola na każdym stanowisku pracy oraz weryfikowane pod kątem ich zgodności z przepisami prawa oraz z dokumentami regulującymi działalność urzędu, tj.: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Regulamin Organizacyjny,</li><li>▪ Wewnętrzne i zewnętrzne akty prawne,</li><li>▪ Regulamin Pracy,</li><li>▪ Procedury auditu wewnętrznego SZJ,</li><li>▪ Procedura wewnętrznej kontroli finansowej</li></ul>	
4.15. Za zdefiniowanie działań korygujących odpowiada kierownik referatu lub pracownik merytoryczny, odpowiedzialni za obszar w którym niezgodność została wykryta.	<b>KR/ Pracownik merytoryczny</b>
4.16. Działania korygujące dokumentowane są na karcie działań doskonalących (załącznik nr VI.03.01/aw)..	
4.17. Za zatwierdzenie działań korygujących odpowiada Pełnomocnik ds. SZJ.	<b>PJ</b>
4.18. Za przeprowadzenie działań korygujących odpowiada kierownik referatu lub pracownik merytoryczny, odpowiedzialni za obszar, w którym działania korygujące są realizowane	<b>KR</b>
4.19. Weryfikacja wdrożenia i skuteczności podjętych działań korygujących dokonywana jest każdorazowo przez Pełnomocnika ds. SZJ.	<b>PJ</b>
4.19.1. W przypadku nieskutecznych działań korygujących Pełnomocnik ds. systemu zarządzania jakością może podjąć decyzję o powtórnym zrealizowaniu działań korygujących / zapobiegawczych.	<b>PJ</b>



- 4.19.2. Dowodem dokonania oceny skuteczności podjętych działań jest adnotacja na karcie działań doskonalących **PJ**
- 4.20. Działania zapobiegawcze podejmuje się analogicznie do ścieżki wskazanej dla działań korygujących.
- 4.21. Decyzję o podjęciu działań podejmuje kierownik referatu. **KR**

## 5. Forma dokumentowania procesu - zapisy

### 5.5 Rejestr działań doskonalących

Prowadzony i utrzymywany przez Pełnomocnika ds. SZJ, aktualizowany na bieżąco.

### 5.6 Karta działań doskonalących

Opracowywana przez kierownika referatu/ pracownika merytorycznego lub lidera procesu przechowywana u kierownika referatu/ pracownika merytorycznego do zakończenia realizacji działań naprawczych, następnie przechowywana u Pełnomocnika ds. SZJ razem z dokumentacją auditową.

## 6. Załączniki.

NR FORMULARZA	NAZWA
VI.03.01/aw	Karta działań doskonalących
VI.03.02/aw	Rejestr działań doskonalących

## 7. Dokumenty związane.

- VI.00.00/aw KP Zarządzanie jakością
- VI.02.00/aw Audyty wewnętrzne SZJ

## 8. Zmiany.

LP.	OPIS ZMIANY
1.	Dodano w pkt. 3 definicję usługi niezgodnej.
2.	Usunięto pkt. 4.18
3.	Dodano pkt. 4.20
4.	Dodano pkt. 4.21