



## PROCEDURA SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

VII.03.00/01

**POSTĘPOWANIE Z USŁUGĄ NIEZGODNĄ.  
DZIAŁANIA KORYGUJĄCE I ZAPOBIEGAWCZE**

	Data	Imię i nazwisko	Podpis
Opracował:	11.01.2010r.	Zespół wdrożeniowy w składzie: Marek Dzielski, Hanna Maciejewska, Ewa Rybacka, Ewa Siwek	<i>Dzielski Marek Hanna Maciejewska Ewa Rybacka Ewa Siwek</i>
Sprawdził:	14.01.2010r.	Janusz Wilczyński	<i>[Signature]</i>
Zatwierdził:	18.01.2010r.	Jerzy Czerwiński	<i>[Signature]</i>

*Dokument dostępny w sieci – kopia nadzorowana, wydruk – kopia informacyjna*



## I. Cel.

Celem procedury jest określenie mechanizmów identyfikowania niezgodności oraz ich nadzorowania, podejmowania działań celem usunięcia niezgodności i zapobieganie ponownemu ich wystąpieniu oraz zapewnienie istnienia i funkcjonowania mechanizmów skutecznego podejmowania działań zapobiegawczych i weryfikacji skuteczności podjętych działań.

## II. Zakres stosowania.

Procedura obejmuje wszystkich pracowników realizujących postępowanie opisane niniejszą procedurą, a w szczególności Pełnomocnika ds. SZJ, Kierownictwo, kierowników komórek organizacyjnych, 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 jakości. Podejmowane działania korygujące mogą być następstwem przeprowadzanych auditów, analiz, zdefiniowanych niezgodności i innych.

## III. 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

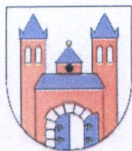
## IV. Postępowanie.

*Dokument dostępny w sieci – kopia nadzorowana, wydruk – kopia informacyjna*



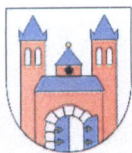
1. Postępowanie z dokumentami i usługami realizowanymi przez Urząd na rzecz klienta, uznanymi za niezgodne z wymogami regulują przepisy prawne oraz niniejsza procedura.
2. Nadzór nad niezgodnościami dotyczy:
  - usług wykonywanych przez Urząd dla klientów,
  - niezgodności systemu zarządzania jakością.
3. Niezgodności identyfikowane są w wyniku:
  - auditów SZJ,
  - analizy skarg i wniosków,
  - analizy uchylonych decyzji,
  - kontroli wewnętrznej,
  - kontroli zewnętrznej,
  - bieżących zgłoszeń pracowników.
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 lub Pełnomocnikiem ds. systemu zarządzania jakością. W razie zidentyfikowania niezgodności systemowej, pracownik zgłasza ją w każdym przypadku bezpośredniemu przełożonemu.
5. Niezgodności wewnętrzne związane z przebiegiem poszczególnych udokumentowanych w Urzędzie procesów i procedur identyfikowane są przez każdego z pracowników i konsultowane z osobą odpowiedzialną za daną jednostkę organizacyjną. W razie zidentyfikowania niezgodności wewnętrznej, pracownik zgłasza ją w każdym przypadku kierownikowi komórki organizacyjnej lub Pełnomocnikowi ds. Systemu Zarządzania Jakością.
6. Niezgodności zewnętrzne zgłaszane przez klientów w formie skarg i wniosków (pisemnie, ustnie lub w formie elektronicznej) przyjmowane są zgodnie z KPA, rozporządzeniem Rady Ministrów w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków oraz Regulaminem Organizacyjnym.
7. Skargi i wnioski podlegają rejestracji w Rejestrze skarg i wniosków, prowadzonym przez Wydział Organizacyjny.
8. Po zarejestrowaniu skargi i wnioski podlegają przekazaniu do rozpatrzenia wydziałowi merytorycznemu.

*Dokument dostępny w sieci – kopia nadzorowana, wydruk – kopia informacyjna*



9. Propozycję odpowiedzi akceptuje Kierownik jednostki lub osoba upoważniona/wskazana przez kierownika jednostki. W przypadku niezgodności/skarg na Kierownika Jednostki postępowanie prowadzone jest zgodnie z KPA lub rozporządzeniem wymienionym w punkcie 6.
10. Każde uzasadnione zgłoszenie zapisywane jest przez osobę odpowiedzialną za dany obszar w karcie niezgodności (zał. nr VII.03.01/aw). Wypełniona karta niezgodności jest podstawą do podjęcia dalszych działań.
11. Rejestr kart niezgodności (zał. nr VII.03.02/aw). prowadzi Pełnomocnik ds. SZJ. rejestrując karty niezgodności w sposób ciągły.
12. W stosunku do zdefiniowanych niezgodności podejmowane są działania korygujące.
13. Postępowanie w przypadku działań korygujących/zapobiegawczych każdorazowo obejmuje:
  - identyfikację niezgodności/potencjalnej niezgodności
  - analizę przyczyn powstania niezgodności/ potencjalnej przyczyny niezgodności
  - zdefiniowanie działań korygujących/ ocenę konieczności podjęcia działań zapobiegawczych
  - zatwierdzenie działań korygujących/zapobiegawczych
  - wdrożenie działań korygujących/zapobiegawczych
  - ocenę skuteczności działań korygujących/zapobiegawczych
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.:
  - Regulamin Organizacyjny,
  - Wewnętrzne i zewnętrzne akty prawne,
  - Regulamin Pracy,
  - Procedury auditu wewnętrznego SZJ,
  - Regulamin wewnętrznej kontroli finansowej
15. Za zdefiniowanie działań korygujących odpowiada osoba odpowiedzialna za daną komórkę organizacyjną, w której niezgodność została wykryta.
16. Działania korygujące dokumentowane są na karcie niezgodności(zał. nr VII.03.01/aw).

*Dokument dostępny w sieci – kopia nadzorowana, wydruk – kopia informacyjny*



17. Za zatwierdzenie działań korygujących odpowiada Pełnomocnik ds. systemu zarządzania jakością lub Kierownik Jednostki.
18. Za przeprowadzenie działań korygujących odpowiada kierownik właściwej komórki organizacyjnej lub wyznaczona przez niego osoba.
19. Działania zapobiegawcze podejmowane są przede wszystkim w wyniku:
- w wyniku wniosków z przeprowadzonych przeglądów zarządzania – identyfikowane jako obszary możliwe do doskonalenia, udokumentowane w raporcie z przeglądu systemu zarządzania.
  - na podstawie analizy ryzyka, udokumentowane w wynikach analizy ryzyka
  - na podstawie zgłoszeń pracowników urzędu– identyfikowane jako obszary do doskonalenia – udokumentowane na Karcie niezgodności.
20. Weryfikacja wdrożenia i skuteczności podjętych działań korygujących / zapobiegawczych dokonywana jest każdorazowo przez Pełnomocnika ds. systemu zarządzania jakością.
- 1) W przypadku nieskutecznych działań korygujących / zapobiegawczych Pełnomocnik ds. systemu zarządzania jakością może podjąć decyzję o powtórnym zrealizowaniu działań korygujących / zapobiegawczych.
  - 2) Dowodem dokonania oceny skuteczności podjętych działań jest adnotacja na karcie niezgodności.
21. Analiza realizacji działań korygujących / zapobiegawczych stanowi dane wejściowe do przeglądów systemu zarządzania jakością.

## V. Forma dokumentowania procesu – zapisy.

### 1. Rejestr niezgodności

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

### 2. Karta niezgodności

Opracowywana przez kierownika komórki organizacyjnej / (opis niezgodności)(działania naprawcze), przechowywana u kierownika komórki do zakończenia realizacji działań naprawczych, następnie przechowywana u Pełnomocnika razem z dokumentacją auditową.

## VI. Załączniki.

NR FORMULARZA	NAZWA
---------------	-------

*Dokument dostępny w sieci – kopia nadzorowana, wydruk – kopia informacyjna*



VII.03.01/aw	Karta niezgodności
VII.03.02/aw	Rejestr kart niezgodności

## VII. Dokumenty związane.

1. Księga Jakości.
2. VII.00.00/aw Karta procesu „System Zarządzania Jakością”
3. KPA

## VIII. Zmiany.

LP.	OPIS ZMIANY
1.	

**KARTA NIEZGODNOŚCI****I. Dane podstawowe.**

Numer karty:			
Data wystawienia karty:			
Dotyczy:		Działań korygujących (niezgodność)	Działań zapobiegawczych (potencjalna niezgodność)
Przyczyna wystawienia karty:			
	Audit wewnętrzny nr ..... z dnia ..... obszar .....		
	Audit zewnętrzny z dnia ..... przeprowadzony przez .....		
	Wniosek klienta ..... z dnia .....		
	Skarga klienta ..... z dnia .....		
	Przegląd systemu zarządzania jakością nr ..... z dnia .....		
	Niezgodność wewnętrzna		
	Analiza ryzyka		
	Innej .....		

**II. Opis zdarzenia.**

--

Data:	Podpis:
	Pełnomocnik ds. SZJ

**III. Przyczyny zdarzenia.**

--

**IV. Zaplanowane działania korygujące/zapobiegawcze.**

	Termin realizacji

**Sporządził:**

Data:	Podpis:
	Imię i nazwisko:

*Dokument dostępny w sieci – kopia nadzorowana, wydruk – kopia informacyjny*



Zatwierdził:

Data:	Podpis:
	Pełnomocnik ds. SZJ

**V. Wykonane działania korygujące/zapobiegawcze.**

--

Sporządził:

Data:	Podpis:
	Imię i nazwisko:

**VI. Ocena podjętych działań korygujących/zapobiegawczych.**

	Rozmowa z pracownikiem i zaakceptowanie przeprowadzonych działań
	Wizja lokalna
	Decyzja o dokonaniu re-audytu
	Inna .....

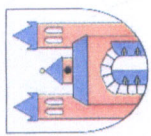
**VII. Uwagi.**

--

Zatwierdził:

Data:	Podpis:
	Pełnomocnik ds. SZJ





## Rejestr kart niezgodności

Numer karty niezgodności	Opis niezgodności	Realizacja działań korygujących	Komentarz

*Dokument dostępny w sieci – kopia nadzorowana, wydruk – kopia informacyjna*