

Załącznik Nr 10 do Zarządzenia Nr ⁴⁵.../2014
Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego
z dnia ... września 2014 roku



PROCEDURA SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

WYDANIE IV

VII.03.00/04 POSTĘPOWANIE Z USŁUGĄ NIEZGODNĄ.
DZIAŁANIA KORYGUJĄCE I ZAPOBIEGAWCZE.

	Data	Imię i nazwisko	Podpis	Symbol stan.
Opracował:	20.10.2009 r.	Bartłomiej Dahm	<i>Dahm</i>	P
Sprawdził:	29.01.2010 r.	Marek Smoczyk	<i>Smoczyk</i>	PSZJ
Zatwierdził:	1.02.2010 r.	Piotr Całbecki	<i>Całbecki</i>	MW

Wprowadziła zmiany	27.08.2012 r. 10.12.2013 r. 01.09.2014 r.	Renata Margalska	<i>Margalska</i>	P
Zaakceptował	27.08.2012 r. 10.12.2013 r. 01.09.2014 r.	Marek Smoczyk	<i>Smoczyk</i>	PSZJ

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



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY





1. Cel działania.

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, a także, iż w Urzędzie istnieją i funkcjonują mechanizmy skutecznego podejmowania działań zapobiegawczych i weryfikacji skuteczności podjętych działań.

2. Przyjęte nazewnictwo – definicje i skróty.

- 1) **BP** – bezpośredni przełożony,
- 2) **DD** – dyrektor departamentu,
- 3) **Decyzja** – akt administracyjny zewnętrzny wydany w trybie określonym w przepisach Kodeksu postępowania administracyjnego lub innych aktów prawnych.
- 4) **Działania korekcyjne** – działania mające na celu usunięcie zidentyfikowanej niezgodności.
- 5) **Działania korygujące** – działania podejmowane w celu wyeliminowania przyczyny zidentyfikowanej niezgodności.
- 6) **Działania zapobiegawcze** – działania podejmowane w celu wyeliminowania przyczyny potencjalnych niezgodności.
- 7) **MW - Marszałek** – Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego,
- 8) **P** – pracownik,
- 9) **PSZJ** – Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością,
- 10) **SZJ** – System Zarządzania Jakością,
- 11) **Produkt niezgodny** – akt administracyjny (uchwała, umowa, decyzja, postanowienie, itp.) wydany z naruszeniem obowiązującego prawa.
- 12) **usługa niezgodna** – usługa, dla której w trakcie prowadzonego w Urzędzie postępowania stwierdzono niezgodności z obowiązującymi aktami prawa zewnętrznego, aktami prawa miejscowego, aktami normatywnymi własnymi, zasadami świadczenia usług w Urzędzie bądź stanem faktycznym.
- 13) **niezgodność** – wada w świadczeniu usług, która wystąpiła lub potencjalnie może wystąpić w przyszłości.

3. Zakres podmiotowy stosowania procedury.

Procedura obejmuje wszystkich pracowników realizujących postępowanie opisane niniejszą procedurą, a w szczególności Pełnomocnika ds. SZJ, dyrektorów departamentów oraz pracowników dokonujących weryfikacji.

4. Zakres przedmiotowy procedury.

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.

5. Zasady odpowiedzialności i uprawnień.

Działania korygujące i zapobiegawcze prowadzone są przez wyznaczonych pracowników Urzędu pod nadzorem dyrektorów departamentów i Pełnomocnika ds. SZJ.

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





6. Postępowanie.	Odpowiedzialności
6.1. Postępowanie z dokumentami i usługami realizowanymi przez Urząd na rzecz klienta, uznanymi za niezgodne z wymogami regulują przepisy prawne oraz niniejsza procedura.	
6.2. Nadzór nad niezgodnościami dotyczy: <ul style="list-style-type: none">– usług wykonywanych przez Urząd dla klientów,– produktem niezgodnym,– niezgodności systemu zarządzania jakością,	PSZJ, DD, P
6.3. Niezgodności identyfikowane są w wyniku: <ul style="list-style-type: none">– auditów SZJ,– analizy skarg i wniosków,– analizy uchylonych decyzji,– kontroli zewnętrznej,– bieżących zgłoszeń pracowników,– nadzoru dyrektorów departamentów.	DD, P, PSZJ
6.4. Niezgodności wynikające ze świadczonych przez Urząd usług dla klientów oraz produktów niezgodnych identyfikowane są przez pracowników i w wyniku nadzoru bezpośredniego przełożonego i dyrektora departamentu.	DD, P
6.5. Postępowanie z produktem niezgodnym jak i z usługą niezgodną jest tożsame, polega na podejmowaniu działań służących ich wyeliminowaniu z obrotu prawnego.	DD, P
6.5.1. W przypadku powstania niezgodności dotyczącej świadczonych usług i/lub produktów niezgodnych postępowanie polega na wyeliminowaniu usługi i/lub produktu niezgodnego. Dyrektor komórki organizacyjnej odpowiada za nadzór nad postępowaniem z produktem niezgodnym i/lub usługą niezgodną.	DD
6.5.2. W przypadku decyzji administracyjnych i postanowień stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, polegające m.in. na sprostowaniu omyłki, zmianie lub stwierdzeniu nieważności decyzji, itp. Odpowiedzialność ponosi lider procesu dyrektor departamentu.	DD
6.5.3. W odniesieniu do innych dokumentów, o których mowa w ust. 2 pkt 11 i 12 określających produkt niezgodny i/lub usługę niezgodną stosuje się szczególne przepisy prawa, regulujące te obszar. Odpowiedzialność ponosi lider procesu dyrektor departamentu.	DD
6.6. 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, dyrektorem departamentu będącym Liderem Procesu lub Pełnomocnikiem ds. SZJ.	DD, P, PSZJ
6.6.1. W razie zidentyfikowania niezgodności systemowej, pracownik zgłasza ją w każdym przypadku bezpośrednio przełożonemu lub Pełnomocnikowi ds. SZJ.	BP, PSZJ

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





- 6.7. Niezgodności wewnętrzne związane z przebiegiem poszczególnych udokumentowanych w Urzędzie procesów i procedur, identyfikowane są przez każdego z pracowników i konsultowane z dyrektorem departamentu. **P**
- 6.7.1. W razie zidentyfikowania niezgodności wewnętrznej, pracownik zgłasza ją w każdym przypadku bezpośrednio przełożonemu lub Pełnomocnikowi ds. SZJ. **BP, PSZJ**
- 6.8. Niezgodności zewnętrzne zgłaszane przez klientów w formie skarg i wniosków (pisemnie, ustnie lub w formie elektronicznej) przyjmowane są zgodnie z aktami prawa zewnętrznego i regulacjami wewnętrznymi. **P**
- 6.9. Skargi i wnioski podlegają rejestracji w rejestrze skarg i wniosków, prowadzonym przez Departament Organizacyjny. **P**
- 6.10 Po zarejestrowaniu, skargi i wnioski podlegają przekazaniu do rozpatrzenia komórkom merytorycznym, pracownikom zgodnie z ustalonymi dla nich zakresami czynności, bądź zgodnie z właściwością. **DD**
- 6.11 Odpowiedzi w sprawie skarg i wniosków udziela Marszałek, Wicemarszałek lub dyrektor departamentu, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami. **DD**
- 6.12. Propozycję odpowiedzi akceptuje Marszałek lub pracownik upoważniony/wskazany przez Marszałka. W przypadku niezgodności /skarg na Kierownika Jednostki postępowanie zgodnie z KPA, Statutem lub regulaminem. **MW**
- 6.13. Każde uzasadnione zgłoszenie zapisywane jest przez osobę odpowiedzialną za dany obszar w karcie niezgodności (załącznik nr VI.03.01/aw). Wypełniona karta niezgodności jest podstawą do podjęcia dalszych działań. **DD, P**
- 6.14. Rejestr kart niezgodności prowadzi pracownik wyznaczony/ upoważniony przez Pełnomocnika ds. SZJ. rejestrując karty niezgodności w sposób ciągły. **PSZJ**
- 6.15. W stosunku do zdefiniowanych niezgodności podejmowane są działania korygujące, a wobec niezgodności potencjalnych – działania zapobiegawcze. **P**
- 6.16. Postępowanie w przypadku działań korygujących i zapobiegawczych każdorazowo obejmuje:
- identyfikację niezgodności rzeczywistej lub potencjalnej,
 - analizę przyczyn powstania niezgodności lub analizę ryzyka,
 - zdefiniowanie działań korygujących/zapobiegawczych,
 - zatwierdzenie działań korygujących/zapobiegawczych,
 - wdrożenie działań korygujących/zapobiegawczych,
 - ocenę skuteczności działań korygujących/zapobiegawczych.
- DD, P, PSZJ**
- 6.17. Niezgodności zidentyfikowane są za pomocą narzędzi takich jak audit wewnętrzny SZJ i bieżących zgłoszeń pracowników, a następnie są weryfikowane pod kątem ich zgodności z przepisami prawa oraz z dokumentami regulującymi działalność Urzędu, tj.:
- akty prawa zewnętrznego (m.in. ustawa o samorządzie województwa, Instrukcja kancelaryjna dla organów samorządu województwa, Kpa),
 - akty normatywne własne (Statut, Regulamin, Regulamin Pracy UM),
 - procedury auditu wewnętrznego SZJ,
- P**





- | | |
|--|-----------------|
| 6.18. Za zdefiniowanie działań korygujących odpowiada dyrektor departamentu, w którym niezgodność została wykryta. | DD |
| 6.19. Działania korygujące dokumentowane są na Karcie niezgodności. | DD |
| 6.20. Za zatwierdzenie działań korygujących odpowiada Marszałek lub Pełnomocnik ds. SZJ. | MW, PSZJ |
| 6.21. Za przeprowadzenie działań korygujących odpowiada dyrektor departamentu lub pracownik przez niego wyznaczony. | DD, P |
| 6.22. Działania zapobiegawcze podejmowane są przede wszystkim w wyniku:
- wniosków z przeprowadzonych przeglądów zarządzania – identyfikowane jako obszary możliwe do doskonalenia, udokumentowane w raporcie z przeglądu systemu zarządzania,
- analizy ryzyka, udokumentowane w wynikach analizy ryzyka,
- zgłoszeń pracowników urzędu – identyfikowane jako obszary do doskonalenia – udokumentowane na Karcie niezgodności. | PSZJ |
| 6.23. Weryfikacja wdrożenia i skuteczności podjętych działań korygujących i zapobiegawczych dokonywana jest każdorazowo przez Pełnomocnika ds. SZJ. | PSZJ |
| 6.23.1. W przypadku nieskutecznych działań korygujących i zapobiegawczych Pełnomocnik ds. SZJ może podjąć decyzję o powtórnym ich zrealizowaniu. | PSZJ |
| 6.23.2. Dowodem dokonania oceny skuteczności podjętych działań jest adnotacja na karcie niezgodności. | PSZJ |
| 6.24. Analiza realizacji działań korygujących i zapobiegawczych stanowi dane wejściowe do przeglądu systemu zarządzania jakością. | PSZJ, P |

7. Forma dokumentowania procesu – zapisy.

7.1. Rejestr niezgodności.

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

7.2. Karta niezgodności.

Opracowywana jest przez dyrektora departamentu będącego liderem procesu (opis niezgodności, działania naprawcze) oraz przechowywana przez niego do zakończenia realizacji działań naprawczych. Następnie przechowywana przez Pełnomocnika ds. SZJ razem z dokumentacją auditową.

8. Załączniki.

NR FORMULARZA	NAZWA
VII.03.01/aw	Karta niezgodności
VII.03.02/aw	Rejestr kart niezgodności





9. Dokumenty związane.

- 9.1. VII.00.00/aw – Karta Procesu - System Zarządzania Jakością.
- 9.2. VII.01.00/aw – Procedura - Audyty wewnętrzne.
- 9.3. VII.02.00/aw – Procedura - Nadzór nad dokumentacją i zapisami.

10. Zmiany.

Lp.	OPIS ZMIANY
1.	W dniu 27.08.2012 r. w punkcie 2 ppkt 11 dodano definicję produktu niezgodnego.
2.	W dniu 10.12.2013 r. w pkt. 6.2. dodano nowy odnośnik: pn. „produktem niezgodnym”
	W dniu 10.12.2013 r. w pkt. 6.3. dodano nowy odnośnik: pn. „nadzoru dyrektorów departamentów”.
	W dniu 10.12.2013 r. dodano pkt. 6.4, 6.4.1., 6.4.2 w związku z czym uległa zmianie numeracja.
3.	W dniu 01.09.2014 r. dodano pkt. 6.5. – zmieniła się numeracja.

