

Załącznik Nr 9 do Zarządzenia Nr <sup>45</sup> 45/2014  
Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego  
z dnia 17 września 2014 roku



## PROCEDURA SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

## WYDANIE V

## VII.02.00/05 AUDITY WEWNĘTRZNE

	Data	Imię i nazwisko	Podpis	Symbol stan.
Opracował:	20.10.2009 r.	Krzysztof Ryszewski	<i>K. Ryszewski</i>	P
Sprawdził:	29.01.2010 r.	Marek Smoczyk	<i>M. Smoczyk</i>	PSZJ
Zatwierdził:	1.02.2010 r.	Piotr Calbecki	<i>P. Calbecki</i>	MW

Wprowadziła zmiany	13.07.2010 r.	Renata Margalska	<i>R. Margalska</i>	P
	27.08.2012 r.			
	10.12.2013 r.			
	01.09.2014 r.			
Zaakceptował	13.07.2010 r.	Marek Smoczyk	<i>M. Smoczyk</i>	PSZJ
	27.08.2012 r.			
	10.12.2013 r.			
	01.09.2014 r.			

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



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



## 1. Cel działania.

Nadrzędnym celem Urzędu Marszałkowskiego zgodnie z przyjętą polityką jakości jest zapewnienie sprawnej i profesjonalnej obsługi administracyjnej klientów. W związku z powyższym głównym warunkiem realizacji tego celu jest systematyczne i obiektywne badanie zgodności i skuteczności przyjętych procesów oraz innych założeń i celów w ramach ustanowionego systemu zarządzania jakością poprzez przeprowadzanie auditów wewnętrznych.

## 2. Przyjęte nazewnictwo – definicje i skróty.

- 1) **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);
- 2) **A - Auditor** – pracownik dokonujący oceny auditowej, posiadający odpowiednie kompetencje;
- 3) **AW** – auditor wiodący;
- 4) **Auditowany** – pracownik reprezentujący auditowany obszar;
- 5) **Dowód z auditu** – zapisy, stwierdzenia faktu lub inne informacje, które są istotne dla kryteriów auditu i możliwe do zweryfikowania;
- 6) **Kryteria auditu** – zestaw polityk, procedur lub wymagań stosowanych jako odniesienie;
- 7) **MW - Marszałek** – Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego;
- 8) **Plan auditu** – opis działań prowadzonych w miejscu ich występowania oraz ustaleń związanych z auditem;
- 9) **Program auditu** – zestaw auditów, jednego lub więcej, zaplanowanych w określonych ramach czasowych i mających określony cel;
- 10) **PSZJ** – Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością;
- 11) **AWK** – auditor wiodący/koordynator;
- 12) **SZJ** – System Zarządzania Jakością.

## 3. Zakres podmiotowy stosowania procedury.

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

## 4. Zakres przedmiotowy procedury.

Procedurę tą stosuję się do przeprowadzenia auditów wewnętrznych procesów objętych systemem zarządzania jakością realizowanych w Urzędzie Marszałkowskim i wprowadzenia ewentualnych działań korygujących w celu usunięcia stwierdzonych niezgodności systemu z normą.

## 5. Zasady odpowiedzialności i uprawnień.

Działania określone w procedurze audyty wewnętrzne realizowane są przez wyznaczonych pracowników Urzędu pod bezpośrednim nadzorem Pełnomocnika ds. SZJ.





## 6. Postępowanie.

## Odpowiedzialności

### 6.1. Planowanie auditów wewnętrznych.

- |  |                |
|--|----------------|
| 6.1.1. Każdy obszar systemu zarządzania jakością podlega auditowi wewnętrznemu, co najmniej raz w roku.  | <b>AW</b>      |
| 6.1.2. Pełnomocnik ds. SZJ lub wyznaczeni przez niego pracownicy sporządzają do końca bieżącego roku Program auditów na rok następnny (załącznik nr VII.02.01/aw).   | <b>PSZJ, P</b> |
| 6.1.3. Przed rozpoczęciem następnego roku kalendarzowego Program auditów zatwierdza Marszałek.   | <b>MW</b>      |
| 6.1.4. W przypadku konieczności dokonania zmian w Programie auditów Pełnomocnik ds. SZJ wprowadza stosowne zmiany po wcześniejszym ich uzgodnieniu z Marszałkiem.  | <b>PSZJ</b>    |
| 6.1.5. Przed auditem Pełnomocnik ds. SZJ wyznacza auditora wiodącego/koordynatora wraz z zespołem i/lub zespołami i ustala z nim/i zakres działania.   | <b>PSZJ</b>    |
| 6.1.6. Audyty wewnętrzne prowadzone są przez zespół lub zespoły auditorów. Na czele każdego zespołu stoi auditor wiodący. Gdy audit wewnętrzny wykonywany jest przez jednego auditora pełni on funkcję auditora wiodącego. | <b>PSZJ</b>    |
| 6.1.7. Każdy auditor wewnętrzny Urzędu musi być przeszkolony i niezależny od auditowanego obszaru.   |                |
| 6.1.8. Auditor wiodący jest odpowiedzialny za opracowanie Planu auditu (załącznik VII.02.02/aw).   | <b>AW</b>      |
| 6.1.9. Plan auditu jest zatwierdzany przez Pełnomocnika ds. SZJ.   | <b>PSZJ</b>    |
| 6.1.10. Pełnomocnik ds. SZJ lub upoważniona przez niego osoba informuje o dacie auditu oraz o czasie jego trwania – nie później niż 3 dni przed rozpoczęciem auditu.   | <b>PSZJ</b>    |

### 6.2. Prowadzenie auditów wewnętrznych.

- |  |                |
|--|----------------|
| 6.2.1. Audyty wewnętrzne obejmują wszystkie wymagania normy. W planie auditu określa się punkty normy będące przedmiotem auditu z jednoczesnym wskazaniem obszaru tematycznego prowadzenia auditu.   | <b>AWK, AW</b> |
| 6.2.2. Tworzy się listę pytań kontrolnych, jako narzędzie dla auditorów wykorzystywane podczas auditów do sporządzania zapisów z prowadzonego auditu. Lista pytań jest każdorazowo przeglądana przed mającym się odbyć auditem i w razie potrzeby uzupełniana. | <b>AWK, AW</b> |





- 6.2.3. Badanie systemu zarządzania jakością wg normy ISO 9001 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 ISO 9001 (w tym badanie zapisów potwierdzających realizację określonych działań w ramach systemu zarządzania). **AW**
- 6.2.4. Zgodnie z normą PN-EN ISO 19011:2012; audit w Urzędzie może być prowadzony zdalnie i na miejscu, z zastosowaniem interakcji osobowej i braku interakcji osobowej. Preferuje się prowadzenie auditu „na miejscu” w komórce organizacyjnej, na stanowisku pracy z zastosowaniem zarówno „interakcji osobowej”, jak i „braku interakcji osobowej”. **PSZJ,AWK,AW**
- 6.2.5. Dopuszcza się zdalne prowadzenie auditu przez interaktywne środki komunikacji, tylko tam, gdzie prowadzenie auditu „na miejscu” jest utrudnione z uwagi na odległość lub inne czynniki. Podczas auditu zdalnego stosuje się zarówno „interakcję osobową”, jak i „brak interakcji osobowej”. **PSZJ,AWK,AW**
- 6.2.6. W trakcie auditu, auditor posługuje się dokumentami SZJ odnoszącymi się do badanego obszaru. **AW, A**
- 6.2.7. Odpowiednio wcześniej auditor przygotowuje się do auditu, m.in. poprzez zapoznanie się z dokumentacją auditowanego obszaru oraz raportami z wcześniejszych auditów. **AW, A**
- 6.2.8. Przychodząc na audit Auditor wiodący przedstawia auditowanemu przede wszystkim:
- cel i zakres auditu,
  - kryteria auditu,
  - rozkład czasowy.
- AW**
- 6.2.9. System zarządzania jakością badany jest poprzez pobieranie próbek. O liczbie pobieranych próbek decyduje auditor wiodący po uprzednim uzgodnieniu z auditorem wiodącym koordynatorem i/lub z Pełnomocnikiem SZJ. **PSZJ,AWK,AW**
- 6.2.10. Pobieranie próbek, zgodnie z obowiązującą normą PN-EN ISO 19011:2012:
- a) Oparte jest na osądzie;
  - b) Statystycznym pobieraniu próbek.
- Na etapie przygotowania do auditu dokonuje się ustalenia na podstawie jakiej metody w badanym obszarze dokonuje się pobierania próbek. **AWK,AW,A**
- 6.2.11. Na zakończenie auditu wewnętrznego odbywa się spotkanie zamykające. W trakcie tego spotkania Auditor wiodący przedstawia auditowanemu wyniki auditu, tj. omawia istniejące niezgodności, obserwacje oraz wyjaśnia sposób opracowania i przekazania raportu z auditu wewnętrznego. **AW**

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





- 6.2.12. Auditor wiodący stojący na czele zespołu auditorów sporządza przy udziale członków zespołu raport z auditowanego obszaru (załącznik VII.02.03/aw) i w terminie czterech dni roboczych przekazuje go do auditora wiodącego/koordynatora. **AW**

6.3. Raportowanie auditów wewnętrznych.

- 6.3.1. Wyznaczony auditor wiodący/koordynator niezwłocznie, nie później jednak, niż w terminie 14 dni roboczych od daty zakończenia auditu sporządza raport z auditu, który przekazuje Pełnomocnikowi ds. SZJ. **AW**

- 6.3.2. Pełnomocnik ds. SZJ odpowiada za zatwierdzenie raportu i przekazanie jego treści do wiadomości dyrektorów komórek organizacyjnych Urzędu. Raport z auditu przechowywany jest przez Pełnomocnika ds. SZJ lub wyznaczonego pracownika zgodnie z zasadami przechowywania dokumentacji. **PSZJ**

6.4. Działania poauditowe.

- 6.4.1. Działania poauditowe realizowane są zgodnie z postępowaniem opisanym w procedurze VII.03.00/aw Postępowanie z usługą niezgodną. Działania korygujące/zapobiegawcze.

**7. Forma dokumentowania procesu – zapisy.**

7.1. Program auditów.

Forma papierowa przechowywana jest przez Pełnomocnika ds. SZJ lub pracownika przez niego wyznaczonego, natomiast jej wersja elektroniczna na serwerze wewnętrznym przez okres obowiązywania. Po zrealizowaniu program auditów przechowywany jest przez 2 lata.

7.2. Plan auditu.

Opracowywany jest przez auditora wiodącego oraz zatwierdzony przez Pełnomocnika ds. SZJ Plan auditu, przekazywany jest do kierowników auditowanych komórek. Po zrealizowaniu auditu przechowywany jest przez Pełnomocnika lub pracownika przez niego wyznaczonego wraz z właściwym programem auditu.

7.3. Raport z (re)auditów.

Raport z auditu przechowywany jest wraz z dokumentacją auditową przez Pełnomocnika lub pracownika przez niego wyznaczonego, natomiast kopie raportu znajdują się u kierowników auditowanych obszarów.

**8. Załączniki.**

NR FORMULARZA	NAZWA
VII.02.01/aw	Program auditu
VII.02.02/aw	Plan auditu

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





VII.02.03/aw

Raport z (re)auditu

## 9. Dokumenty związane.

- 9.1. VII.00.00/aw – Karta Procesu - System Zarządzania jakością.
- 9.2. VII.01.00/aw – Procedura - Nadzór nad dokumentacją i zapisami.
- 9.3. VII.03.00/aw – Procedura - Postępowanie z usługą niezgodną.  
Działania korygujące i zapobiegawcze.

## 10. Zmiany.

Lp.	OPIS ZMIANY
1.	W dniu 13.07.2010 r. dokonano zmiany pkt 6.1.1.
2.	W dniu 27.08.2012 r. dokonano zmiany brzmienia punktów: 6.1.5, 6.1.6, 6.2.8, 6.3.1, 6.3.2.
3.	W dniu 10.12.2013 r. dokonano zmiany brzmienia punktu 6.2.1.
4.	W dniu 01.09.2014 r. dokonano zmiany brzmienia punktu 6.2.1, 6.2.2 – numeracja uległa zmianie. Ponadto dodano punkty o nowej treści 6.2.4, 6.2.5 oraz 6.2.9, 6.2.10 – numeracja uległa zmianie.

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

