

ZARZĄDZENIE NR 6/2010/K
PREZYDENTA MIASTA PABIANIC
KIEROWNIKA URZĘDU MIEJSKIEGO

z dnia 22 lutego 2010 r.

**w sprawie wprowadzenia procedury działań korygujących i zapobiegawczych w ramach
Systemu Zarządzania Jakością zgodnego z wymaganiami PN-EN ISO 9001:2009**

Na podstawie art. 33 ust. 3 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2001 r. Nr 142 poz. 1591, z 2002 r. Nr 23 poz. 220, Nr 62 poz. 558, Nr 113 poz. 984, Nr 153 poz. 1271, Nr 214 poz. 1806, z 2003 r. Nr 80 poz. 717, Nr 162 poz. 1568, z 2004 r. Nr 102 poz. 1055, Nr 116 poz. 1203, Nr 167 poz. 1759, z 2005 r. Nr 172 poz. 1441, Nr 175 poz. 1457, z 2006 r. Nr 17 poz. 128, Nr 181 poz. 1337, z 2007 r. Nr 48 poz. 327, Nr 138 poz. 974, Nr 173 poz. 1218, z 2008 r. Nr 180 poz. 1111, Nr 223 poz. 1458, z 2009 r. Nr 52 poz. 420, Nr 157 poz. 1241) zarządzam, co następuje:

§1. Wprowadza się procedurę działań korygujących i zapobiegawczych – NS-02, stanowiącą załącznik do niniejszego Zarządzenia.

§2. 1. Nadzór nad wykonaniem Zarządzenia powierza się Pełnomocnikowi ds. SZJ.
2. Wykonanie niniejszego Zarządzenia powierza się Koordynatorowi ds. SZJ oraz kierownikom komórek organizacyjnych Urzędu.

§3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 marca 2010 r.

w/z PREZYDENTA MIASTA

/ – / **dr inż. Jarosław Cichosz**
Zastępca Prezydenta

NS-02. Procedura działań korygujących i zapobiegawczych

§1. Cel procedury

Celem Procedury jest zapewnienie, w przypadku wykrycia niezgodności lub spostrzeżenia (potencjalnej niezgodności) co do jakości usług publicznych dla procesów realizowanych w ramach Systemu Zarządzania Jakością podjęcia, adekwatnych do skutków działania trwale eliminujących przyczyny zaistniałych sytuacji.

§2. Zakres zastosowania

1. Przedmiotem niniejszej procedury są zasady podejmowania działań realizowanych w następstwie zidentyfikowania niezgodności lub spostrzeżeń (potencjalnych niezgodności) podczas bieżącej działalności Urzędu Miejskiego w Pabianicach, w czasie wewnętrznych auditów jakości lub przeglądu systemu zarządzania jakością. Procedura nie obejmuje działań podejmowanych w następstwie kontroli wewnętrznej lub zewnętrznej.
2. Procedura obejmuje swoim zakresem wszystkie komórki organizacyjne Urzędu Miejskiego w Pabianicach.

§3. Zastosowane terminy i skróty

Ilekróć w procedurze jest mowa o:

- 1) SZJ – należy przez to rozumieć System Zarządzania Jakością;
- 2) Pełnomocniku ds. SZJ – należy przez to rozumieć Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością;
- 3) Koordynatorze ds. SZJ – należy przez to rozumieć Koordynatora ds. Systemu Zarządzania Jakością;
- 4) działaniach poauditowych – należy przez to rozumieć działania korekcyjne, działania korygujące lub działania zapobiegawcze;
- 5) działaniach korekcyjnych – należy przez to rozumieć działania podejmowane w celu wyeliminowania skutków niezgodności;
- 6) działaniach korygujących – należy przez to rozumieć działania podejmowane w celu wyeliminowania przyczyn zidentyfikowanych niezgodności;
- 7) działaniach zapobiegawczych – należy przez to rozumieć działania podejmowane w celu wyeliminowania przyczyn potencjalnych niezgodności;
- 8) niezgodnościach – należy przez to rozumieć niespełnienie wymagania;
- 9) spostrzeżeniach – należy przez to rozumieć sytuację, która w ocenie obserwatora (audytora lub innego pracownika Urzędu) może, z dużym prawdopodobieństwem, doprowadzić do niezgodności w przyszłości;
- 10) najwyższym kierownictwie – należy przez to rozumieć Prezydenta Miasta, Zastępców Prezydenta, Sekretarza i Skarbnika.

§4. Odpowiedzialności i uprawnienia

1. Pełnomocnik ds. SZJ odpowiada za:
 - 1) analizę występujących niezgodności lub spostrzeżeń,
 - 2) zatwierdzenie działań proponowanych przez kierowników komórek organizacyjnych,
 - 3) nadzór nad działaniami realizowanymi przez kierowników komórek organizacyjnych,

- 4) zatwierdzanie działań, wymagających zaangażowania pracowników więcej niż jednej komórki organizacyjnej, dotyczących tej samej niezgodności lub spostrzeżenia,
 - 5) sprawdzanie i ocenianie skuteczności wykonanych działań.
2. Koordynator ds. SZJ odpowiada za:
 - 1) analizę występujących niezgodności lub spostrzeżeń,
 - 2) nadzór nad działaniami realizowanymi przez kierowników komórek organizacyjnych,
 - 3) prowadzenie rejestru niezgodności i działań korygujących lub zapobiegawczych,
 - 4) sprawdzanie i ocenianie skuteczności wykonanych działań.
 3. Kierujący komórką organizacyjną odpowiada za:
 - 1) przestrzeganie przez podległych pracowników niniejszej procedury,
 - 2) analizę przyczyn występujących niezgodności i spostrzeżeń w procesach (usługach) realizowanych przez podległą komórkę organizacyjną,
 - 3) proponowanie działań korekcyjnych, korygujących lub zapobiegawczych i ich wykonanie po zatwierdzeniu przez Pełnomocnika ds. SZJ.
 4. Pracownicy komórek organizacyjnych odpowiadają za:
 - 1) realizację działań przypisanych przez kierownika komórki organizacyjnej,
 - 2) przestrzeganie niniejszej procedury,
 - 3) zgłaszanie Pełnomocnikowi ds. SZJ lub Koordynatorowi ds. SZJ występujących niezgodności i spostrzeżeń w celu podjęcia odpowiednich działań.

§5. Zasady postępowania

1. Zidentyfikowanie niezgodności lub potencjalnej niezgodności:
 - 1) Działania podejmowane są po stwierdzeniu niezgodności lub spostrzeżeń w bieżącej działalności Urzędu, w trakcie i na podstawie wyników auditów wewnętrznych i zewnętrznych, analizy uzasadnionych skarg i wniosków Klientów, analizy zapisów dotyczących jakości oraz wniosków z przeglądów zarządzania.
 - 2) Po zidentyfikowaniu niezgodności lub spostrzeżeń w odniesieniu do wymagań SZJ, wymagań prawnych lub innych wymagań obowiązujących w Urzędzie, każdy pracownik jest zobowiązany niezwłocznie zgłosić ten fakt Pełnomocnikowi ds. SZJ lub Koordynatorowi ds. SZJ.
 - 3) Zgłoszenia dokonuje się wypełniając pierwszą część karty działań, której wzór stanowi załącznik do niniejszej procedury. Nr karty nadaje Koordynator ds. SZJ.
 - 4) Dla niezgodności stwierdzonych w trakcie auditów wewnętrznych kartę działań wystawia auditor.
2. Analiza przyczyn niezgodności i proponowanie działań korygujących i zapobiegawczych:
 - 1) Na podstawie analizy przyczyn kierujący komórką organizacyjną określa propozycję działań korygujących i/lub zapobiegawczych (określa działania, osobę odpowiedzialną za ich wykonanie oraz termin wykonania). Dodatkowo w przypadku wykrycia niezgodności, określa on niezbędne działania korekcyjne, które mają na celu usunięcie skutków niezgodności – o ile wcześniej nie zostały ustalone. Wszystkie ustalenia odnotowuje na karcie działań – część 2, którą przekazuje do Koordynatora ds. SZJ.
 - 2) Koordynator ds. SZJ przekazuje kartę do zatwierdzenia Pełnomocnikowi ds. SZJ.
 - 3) Działania korygujące lub zapobiegawcze muszą odnosić się do przyczyn

- stwierdzonych niezgodności lub spostrzeżeń.
- 4) Jeżeli niezgodność lub spostrzeżenie zostało wcześniej zgłoszone, Pełnomocnik ds. SZJ może zrezygnować z dalszego postępowania, o ile działania dla wcześniejszego przypadku zostały już podjęte i doprowadzą do wyeliminowania niezgodności także w obszarze, z którego pochodzi zgłoszenie.
3. Zatwierdzanie działań korygujących i zapobiegawczych:
 - 1) Pełnomocnik ds. SZJ zatwierdza zaproponowane przez kierownika komórki organizacyjnej działania (także gdy realizacja działań dotyczy kilku komórek organizacyjnych). Pełnomocnik ds. SZJ określa datę przeprowadzenia oceny skuteczności działań, wypełniając część 3 karty.
 - 2) Po zatwierdzeniu działań, Pełnomocnik ds. SZJ przekazuje kartę do Koordynatora ds. SZJ celem zarejestrowania w Rejestrze niezgodności i spostrzeżeń. Po zarejestrowaniu, kartę przekazuje się kierownikowi właściwej komórki organizacyjnej.
 4. Wykonanie i nadzorowanie realizacji działań korygujących i/lub zapobiegawczych:
 - 1) Kierownik komórki organizacyjnej nadzoruje realizację działań w podległej komórce organizacyjnej.
 - 2) W przypadku, gdy niezgodności stwierdzone zostały w trakcie wewnętrznego audytu jakości, ich skutki oraz przyczyny powinny zostać usunięte bez zbędnej zwłoki.
 - 3) Kierujący komórką organizacyjną wyznacza pracownika odpowiedzialnego za realizację poszczególnych działań.
 - 4) Po wykonaniu określonych działań pracownik zgłasza ten fakt kierującemu komórką organizacyjną, który wpisuje datę realizacji i parafuje się na karcie przy danym działaniu – w części 2 karty.
 - 5) Po realizacji działań kartę należy przekazać do Koordynatora ds. SZJ.
 5. Ocena skuteczności działań korygujących i/lub zapobiegawczych:
 - 1) W terminie określonym w karcie działań należy ocenić czy podjęte działania przyniosły oczekiwany efekt tzn. czy wyeliminowano przyczynę niezgodności lub spostrzeżenia. Ocenę skuteczności przeprowadza Koordynator ds. SZJ, Pełnomocnik ds. SZJ lub w przypadku, gdy działania zostały określone w wyniku audytu wewnętrznego – Auditor.
 - 2) Wynik przeprowadzonej oceny należy udokumentować w karcie działań – część 4.
 - 3) W przypadku stwierdzenia braku skuteczności działań korygujących i/lub zapobiegawczych należy ponownie określić działania i przedstawić do zatwierdzenia Prezydentowi Miasta.
 6. Przygotowanie analizy działań korygujących i zapobiegawczych:

Pełnomocnik ds. SZJ wraz z Koordynatorem ds. SZJ są zobowiązani opracować analizy podejmowanych działań korygujących i zapobiegawczych, uwzględniając ich status (np. zrealizowane, ocenione skutecznie/ nieskuteczne, w trakcie realizacji) na każdy przegląd systemu zarządzania jakością przeprowadzany przez najwyższe kierownictwo.

§6. Dokumenty związane i zapisy

1. Podczas stosowania niniejszej procedury mają zastosowanie wymagania określone w normie PN-EN ISO 9001:2009 oraz w normie PN-EN ISO 9000:2006.
2. Procedura NS-01 – Audyty wewnętrzne jakości, wprowadzona Zarządzeniem Nr 5/2010/K Prezydenta Miasta Pabianic z dnia 22 lutego 2010 r. wymaga realizacji niniejszej procedury w zakresie określania, dokumentowania, realizacji i oceny działań

- korygujących i zapobiegawczych.
3. Wszystkie zapisy powstające przy realizacji niniejszej procedury tzn. Karty działań, Analizy podejmowanych działań korygujących i zapobiegawczych są przechowywane przez Koordynatora ds. SZJ. Rejestr niezgodności / potencjalnych niezgodności prowadzony jest przez Koordynatora ds. SZJ.

§7. Wzory formularzy

- 1) Karta działań – stanowiąca załącznik nr 1 do procedury;
- 2) Rejestr niezgodności / potencjalnych niezgodności – stanowiący załącznik nr 2 do procedury.