

# **SPIS TREŚCI WYDANIA NR 8 DOKUMENTACJI OPISUJĄCEJ SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ STAROSTWA POWIATOWEGO W BRZEGU WG NORMY PN-EN ISO 9001:2015-10**

*(w wersji elektronicznej kliknięcie pozycji poniżej przenosi do odpowiedniej części dokumentu)*

## **I. NINIEJSZY SPIS TREŚCI**

## **II. TABELA WYDAŃ DOKUMENTACJI**

*(numery i daty zarządzeń i załączników wydań poprzedniego+nowego)*

## **III. ZARZĄDZENIE NR 24/2018**

Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 10 kwietnia 2018 r.  
w sprawie aktualizacji Systemu Zarządzania Jakością *(ostatnia zmiana/nowelizacja)*

## **IV. ZARZĄDZENIE NR 46/2012** Starosty Powiatu Brzeskiego

z dnia 18 grudnia 2012 r. w sprawie Systemu Zarządzania Jakością *(aktualny tekst jednolity)*

## **V. FUNKCJE / ROLE / STANOWISKA** *(m.in. audytorzy)*

## **VI. POLITYKA JAKOŚCI**

## **VII. KSIĘGA JAKOŚCI**

<b>1. Prezentacja Starostwa Powiatowego w Brzegu</b> .....	<b>s. 1</b>
1.1. Charakterystyka ogólna .....	s. 1
1.2. Organizacja Urzędu .....	s. 3
<b>2. Zakres Systemu Zarządzania Jakością</b> .....	<b>s. 3</b>
2.1 Wyłączenia z zakresu stosowania wymagań normy w SZJ Urzędu .....	s. 4
<b>3. Mapa procesów (wersja graficzna)</b> .....	<b>s. 5</b>
<b>4. System Zarządzania Jakością w Urzędzie</b> .....	<b>s. 6</b>
4.1 Wymagania ogólne .....	s. 6
4.2 Wymagania dotyczące dokumentacji .....	s. 9
4.2.1. Postanowienia ogólne .....	s. 9
4.2.2. Księga jakości .....	s. 10
4.2.3. Nadzór nad dokumentami .....	s. 11
4.2.4. Nadzór nad zapisami .....	s. 13
<b>5. Odpowiedzialność kierownictwa</b> .....	<b>s. 14</b>
5.1. Zaangażowanie kierownictwa .....	s. 14
5.2. Orientacja na klienta (Ukierunkowanie na interesanta) .....	s. 14
5.3. Polityka jakości .....	s. 15
5.4. Planowanie .....	s. 16

5.4.1. Cele dotyczące jakości .....	s. 16
5.4.2. Planowanie systemu zarządzania .....	s. 17
5.5. Odpowiedzialność, uprawnienia i komunikacja .....	s. 18
5.5.1 Odpowiedzialność i uprawnienia .....	s. 18
5.5.2 Przedstawiciel kierownictwa .....	s. 19
5.5.3 Komunikacja wewnętrzna .....	s. 21
5.6 Przegląd zarządzania .....	s. 22
<b>6. Zarządzanie zasobami .....</b>	<b>s. 24</b>
6.1. Zapewnienie zasobów .....	s. 24
6.2. Zasoby ludzkie .....	s. 25
6.2.1 Postanowienia ogólne .....	s. 25
6.2.2 Kompetencje, szkolenie i świadomość .....	s. 26
6.3 Infrastruktura .....	s. 27
6.4 Środowisko pracy .....	s. 29
<b>7. Realizacja usługi .....</b>	<b>s. 29</b>
7.1 Planowanie realizacji usługi .....	s. 29
7.2 Procesy związane z klientem .....	s. 31
7.2.1 Określenie wymagań dotyczących usługi .....	s. 31
7.2.2 Przegląd wymagań dotyczących usługi .....	s. 32
7.2.3 Komunikacja z klientem .....	s. 33
7.4 Zakupy .....	s. 34
7.5 Produkcja i dostarczanie usługi .....	s. 35
7.5.1 Nadzorowanie produkcji i dostarczania usługi .....	s. 35
7.5.3 Identyfikacja i identyfikowalność .....	s. 36
7.5.4 Własność klienta .....	s. 37
7.5.5 Zabezpieczanie usługi .....	s. 37
7.6 Nadzorowanie wyposażenia do monitorowania i pomiarów .....	s. 38
<b>8. Pomiary, analiza i doskonalenie .....</b>	<b>s. 39</b>
8.1 Postanowienia ogólne .....	s. 39
8.2 Monitorowanie i pomiary .....	s. 40
8.2.1 Zadowolenie klienta .....	s. 40
8.2.2 Audyt wewnętrzny .....	s. 40
8.2.3 Monitorowanie i pomiary procesów .....	s. 41
8.2.4 Monitorowanie i pomiary usługi .....	s. 42
8.3 Nadzór nad usługą niezgodną .....	s. 42
8.4 Analiza danych .....	s. 43
8.5 Doskonalenie .....	s. 44
8.5.1. Ciągłe doskonalenie .....	s. 44
8.5.2. Działania korygujące .....	s. 44
8.5.3. Działania zapobiegawcze .....	s. 45



**9. Lista procedur w ramach procesów ..... s. 46**

- 9.1. Proces: Przygotowywanie i wydawanie aktów prawnych
  - 9.1.1 Procedura: Zarządzanie dokumentacją i zapisami
- 9.2. Proces: Nadzór nad efektywnością i skutecznością wykonywania celów i zadań
  - 9.2.1 Procedura: Ocena systemu zarządzania
  - 9.2.2 Procedura: Postępowanie z niezgodnością, działania korygujące i zapobiegawcze
- 9.3 Proces: Sprawozdawczość z wykonywania zadań publicznych
- 9.4 Proces: Zarządzanie majątkiem
- 9.5 Proces: Zarządzanie zasobami ludzkimi
- 9.6 Proces: Zarządzanie komunikacją
- 9.7 Proces: Zarządzanie ryzykiem

## **VIII. STANDARDY DOKUMENTACJI URZĘDU**

**TABELA WYDAŃ DOKUMENTACJI SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ STAROSTWA POWIATOWEGO W BRZEGU**

lp.	nazwa dokumentu	poprzednie wydanie				nowe wydanie			
		nr zarządzenia	data zatwierdzenia	nr załącznika	nr wydania	nr zarządzenia	data zatwierdzenia	nr załącznika	nr wydania
1.	<b>ZARZĄDZENIE NR 46/2012</b> Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 18 grudnia 2012 r. w sprawie Systemu Zarządzania Jakością	46/2012	2017-04-14	—	7 <i>(tekst jednolity)</i>	46/2012	2018-04-10	—	<b>8</b> <i>(tekst jednolity)</i>
2.	<b>Polityka Jakości</b> Starostwa Powiatowego w Brzegu	38/2016	2016-09-29	1	2	24/2018	2018-04-10	<b>1</b>	<b>3</b>
3.	<b>Księga Jakości</b> Starostwa Powiatowego w Brzegu	23/2016	2016-04-14	1	4	24/2018	2018-04-10	<b>2</b>	<b>5</b>
4.	tabela opisu 1. procesu <b>„Przygotowywanie i wydawanie aktów prawnych”</b>	22/2017	2017-03-30	1	6	24/2018	2018-04-10	<b>3</b>	<b>7</b>
5.	tabela opisu 2. procesu <b>„Nadzór nad efektywnością i skutecznością wykonywania celów i zadań”</b>	22/2017	2017-03-30	2	6	24/2018	2018-04-10	<b>4</b>	<b>7</b>
6.	tabela opisu 3. procesu <b>„Sprawozdawczość z wykonywania zadań publicznych”</b>	22/2017	2017-03-30	3	6	24/2018	2018-04-10	<b>5</b>	<b>7</b>
7.	tabela opisu 4. procesu <b>„Zarządzanie majątkiem”</b>	22/2017	2017-03-30	4	6	24/2018	2018-04-10	<b>6</b>	<b>7</b>
8.	tabela opisu 5. procesu <b>„Zarządzanie zasobami ludzkimi”</b>	22/2017	2017-03-30	5	6	24/2018	2018-04-10	<b>7</b>	<b>7</b>

**TABELA WYDAŃ DOKUMENTACJI SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ STAROSTWA POWIATOWEGO W BRZEGU**

lp.	nazwa dokumentu	poprzednie wydanie				nowe wydanie			
		nr zarządzenia	data zatwierdzenia	nr załącznika	nr wydania	nr zarządzenia	data zatwierdzenia	nr załącznika	nr wydania
9.	tabela opisu 6. procesu „Zarządzanie komunikacją”	22/2017	2017-03-30	6	6	24/2018	2018-04-10	<b>8</b>	<b>7</b>
10.	tabela opisu 7. procesu „Zarządzanie ryzykiem”	22/2017	2017-03-30	7	6	24/2018	2018-04-10	<b>9</b>	<b>7</b>
11.	tabela opisu procedury do 1. procesu „Zarządzanie dokumentacją i zapisami”	8/2014	2014-03-10	9	3	24/2018	2018-04-10	<b>10</b>	<b>4</b>
12.	tabela opisu procedury do 2. procesu „Ocena systemu zarządzania”	38/2016	2016-09-29	9	3	24/2018	2018-04-10	<b>11</b>	<b>4</b>
13.	tabela opisu procedury do 2. procesu „Postępowanie z niezgodnością, działania korygujące i zapobiegawcze”	38/2016	2016-09-29	10	3	24/2018	2018-04-10	<b>12</b>	<b>4</b>
14.	Standardy dokumentacji Starostwa Powiatowego w Brzegu	8/2014	2014-03-10	12	3	24/2018	2018-04-10	<b>13</b>	<b>4</b>

**ZARZĄDZENIE NR 24/2018**  
**STAROSTY POWIATU BRZESKIEGO**

z dnia 10 kwietnia 2018 r.

**w sprawie aktualizacji Systemu Zarządzania Jakością**

Na podstawie art. 34 ust. 1 i art. 35 ust. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1868 oraz z 2018 r. poz. 130) w związku z art. 68 ust. 2 pkt 1, 2 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2077 oraz z 2018 r. poz. 62) zarządza się, co następuje:

**§ 1.**

W dokumentacji Systemu Zarządzania Jakością Starostwa Powiatowego w Brzegu wg normy ISO 9001 (SZJ)<sup>1)</sup> wprowadza się następujące zmiany<sup>2)</sup>:

- 1) w związku z końcem trwałości projektu „*Sprawny Samorząd. Wdrażanie usprawnień w zarządzaniu jednostką samorządu terytorialnego w 10 urzędach gmin i 2 starostwach powiatowych z terenu województwa opolskiego i śląskiego*” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków *Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki Priorytetu V „Dobre rządzenie” Działania 5.2. „Wzmocnienie potencjału administracji samorządowej” Poddziałania 5.2.1. „Modernizacja zarządzania w administracji samorządowej”*:
  - a) uchyla się logotypy,
  - b) znosi (wyłącza) się system informatyczny – portal DGA BPM i DGA Process BPM;
- 2) dostosowuje się ją, dotąd wg wcześniejszej wersji normy PN-EN ISO 9001:2009, do wymagań aktualnie obowiązującego wydania normy **PN-EN ISO 9001:2015-10**<sup>3)</sup>;
- 3) w zarządzeniu 46/2012<sup>1)</sup>:
  - a) użyte w § 1 wyrazy „PN-EN ISO 9001:2009” zastępuje się wyrazami „PN-EN ISO 9001:2015-10”,
  - b) § 3 otrzymuje brzmienie:

„§ 3. Do **elektronicznego** wspomaganie SZJ można stosować w szczególności intranet<sup>4)</sup>, elektroniczny obieg dokumentacji lub pocztę elektroniczną.”,
  - c) w § 5 uchyla się wyrazy „oraz korzystania z portalu DGA BPM”,
  - d) uchyla się § 7,

---

1) Wdrożone zarządzeniem Nr 46/2012 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 18 grudnia 2012 r. w sprawie Systemu Zarządzania Jakością, zmienionym przez zarządzenia Starosty Powiatu Brzeskiego w sprawie (jeżeli nie zaznaczono inaczej) aktualizacji Systemu Zarządzania Jakością: Nr 10/2013 z dnia 27 lutego 2013 r., Nr 14/2013 z dnia 13 marca 2013 r. w sprawie wyznaczenia audytora systemu zarządzania jakością, Nr 8/2014 z dnia 10 marca 2014 r., Nr 23/2016 z dnia 14 kwietnia 2016 r., Nr 38/2016 z dnia 29 września 2016 r. i Nr 18/2017 z dnia 22 marca 2017 r.

2) Wniosek o aktualizację OR.0140.1.2017 z 05.04.2018.

3) OR.0140.1.2017 (SIDAS ID 560492); poprzednia wersja: OR.0140.6.2013 (SIDAS ID 64732).

4) W dniu podpisywania niniejszego zarządzenia obowiązuje zarządzenie Nr 30/2012 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 18 września 2012 r. w sprawie elektronicznej komunikacji wewnętrznej (z późn. zm.).

- e) § 8 otrzymuje następujące brzmienie, przy czym uchylenie dotychczasowego brzmienia nie powoduje odwołania audytorów:  
„§ 8. Audytorów SZJ określa odrębna ewidencja upoważnień<sup>5)</sup>.”,
- f) w § 10 użyte wyrazy „dla pełnomocnika, administratora i audytorów” zastępuje się wyrazami „dla pełnomocnika i audytorów”;
- 4) w miejsce dotychczasowego wydania **Polityki Jakości** wprowadza się nowe jej wydanie nr 3 w załączniku nr 1;
  - 5) w miejsce dotychczasowego wydania **Księgi Jakości** wprowadza się nowe jej wydanie nr 5 w załączniku nr 2;
  - 6) w miejsce dotychczasowego wydania tabeli opisu 1. procesu pn. „**Organizacja przygotowania oraz wydawania aktów prawnych przez organy powiatu i starostę**” wprowadza się nowe jej wydanie nr 7 w załączniku nr 3, zmieniając nieznacznie jego nazwę na „**Przygotowywanie i wydawanie aktów prawnych**” (dotychczasowy zakres procesu mieści się w nowej nazwie i nie uległ przez to pomniejszeniu);
  - 7) w miejsce dotychczasowego wydania tabeli opisu 2. procesu pn. „**Nadzór efektywności i skuteczności wykonywania zadań publicznych**” wprowadza się nowe jej wydanie nr 7 w załączniku nr 4, zmieniając nieznacznie jego nazwę na „**Nadzór nad efektywnością i skutecznością wykonywania celów i zadań**” (dotychczasowy zakres procesu mieści się w nowej nazwie i nie uległ przez to pomniejszeniu);
  - 8) w miejsce dotychczasowego wydania tabeli opisu 3. procesu pn. „**Sprawozdawczość z wykonywania zadań publicznych**” wprowadza się nowe jej wydanie nr 7 w załączniku nr 5;
  - 9) w miejsce dotychczasowego wydania tabeli opisu 4. procesu pn. „**Zarządzanie zasobami materialnymi i wartościami niematerialnymi**” wprowadza się nowe jej wydanie nr 7 w załączniku nr 6, zmieniając nieznacznie jego nazwę na „**Zarządzanie majątkiem**” (dotychczasowy zakres procesu mieści się w nowej nazwie i nie uległ przez to pomniejszeniu);
  - 10) w miejsce dotychczasowego wydania tabeli opisu 5. procesu pn. „**Zarządzanie zasobami ludzkimi oraz nadzór przestrzegania zasad etycznego postępowania**” wprowadza się nowe jej wydanie nr 7 w załączniku nr 7, zmieniając nieznacznie jego nazwę na „**Zarządzanie zasobami ludzkimi**” (dotychczasowy zakres procesu mieści się w nowej nazwie i nie uległ przez to pomniejszeniu);
  - 11) w miejsce dotychczasowego wydania tabeli opisu 6. procesu pn. „**Zarządzanie komunikacją**” wprowadza się nowe jej wydanie nr 7 w załączniku nr 8;
  - 12) w miejsce dotychczasowego wydania tabeli opisu 7. procesu pn. „**Zarządzanie ryzykiem**” wprowadza się nowe jej wydanie nr 7 w załączniku nr 9;
  - 13) w miejsce dotychczasowego wydania tabeli opisu procedury pn. „**Zarządzanie dokumentacją i zapisami**” wprowadza się nowe jej wydanie nr 4 w załączniku nr 10;

---

5) Por. zarządzenie Nr 17/2018 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 28 marca 2018 r. w sprawie zarządzania uprawnieniami.

- 14) w miejsce dotychczasowego wydania tabeli opisu procedury pn. „**Ocena systemu zarządzania**” wprowadza się nowe jej wydanie nr 4 w załączniku nr 11;
- 15) w miejsce dotychczasowego wydania tabeli opisu procedury pn. „**Postępowanie z niezgodnością, działania korygujące i zapobiegawcze**” wprowadza się nowe jej wydanie nr 4 w załączniku nr 12;
- 16) w miejsce dotychczasowego wydania „**Standardów dokumentacji Starostwa Powiatowego w Brzegu**” wprowadza się nowe ich wydanie nr 4 w załączniku nr 13.

## § 2.

Wydział Organizacyjno-Prawny Starostwa Powiatowego w Brzegu sporządzi w formie dokumentu elektronicznego tekst jednolity zarządzenia 46/2012 określonego w § 1 (wraz z załącznikami) oraz udostępni go wraz z niniejszym zarządzeniem pracownikom Starostwa Powiatowego w Brzegu w intranecie<sup>6)</sup>.

## § 3.

Zarządzenie wchodzi w **życie** z dniem podpisania.

STAROSTA  
(—)  
Maciej Stefański

opracowanie 2018-03-30 Maciej Róg  
sprawdzenie i wstępna akceptacja 2018-04-04 Genowefa Prorok

6) W dniu podpisywania niniejszego zarządzenia obowiązuje zarządzenie Nr 30/2012 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 18 września 2012 r. w sprawie elektronicznej komunikacji wewnętrznej (z późn. zm.).



**ZARZĄDZENIE NR 46/2012**  
**STAROSTY POWIATU BRZESKIEGO**  
z dnia 18 grudnia 2012 r.

**w sprawie Systemu Zarządzania Jakością**

(TEKST JEDNOLITY<sup>1)</sup>)

Na podstawie art. 34 ust. 1 i art. 35 ust. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (*Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1592, z późn. zm.*<sup>2)</sup>) w związku z art. 68 ust. 2 pkt 1, 2 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (*Dz. U. Nr 157, poz. 1240 z późn. zm.*<sup>3)</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1.**<sup>4)</sup>

Wprowadza się **System** Zarządzania Jakością Starostwa Powiatowego w Brzegu zgodny z normą PN-EN ISO 9001:2015-10, zwany dalej „SZJ”, w zakresie realizacji zadań publicznych Powiatu Brzeskiego określonych przepisami (wymaganiami) prawa a realizowanych w Starostwie Powiatowym w Brzegu, zwanego dalej „Urzędem”.

**§ 2.**

**Wprowadza** się Politykę Jakości Urzędu, Księgę Jakości Urzędu, tabele opisów procesów i procedur SZJ oraz standardy dokumentacji Urzędu.

- 
- 1) Wydanie nr 8: tekst jednolity sporządzony w dniu 10 kwietnia 2018 r. przez Wydział Organizacyjno-Prawny Starostwa Powiatowego w Brzegu, na podstawie § 2 zarządzenia Nr 24/2018 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 10 kwietnia 2018 r. w sprawie aktualizacji Systemu Zarządzania Jakością — uwzględnia zmiany wprowadzone przez zarządzenia Starosty Powiatu Brzeskiego (jeżeli nie zaznaczono inaczej) w sprawie aktualizacji Systemu Zarządzania Jakością: Nr 10/2013 z dnia 27 lutego 2013 r., Nr 14/2013 z dnia 13 marca 2013 r. w sprawie wyznaczenia audytora Systemu Zarządzania Jakością, Nr 8/2014 z dnia 10 marca 2014 r., Nr 23/2016 z dnia 14 kwietnia 2016 r., Nr 38/2016 z dnia 29 września 2016 r., Nr 22/2017 z dnia 30 marca 2017 r. i Nr 24/2018 z dnia 10 kwietnia 2018 r..
  - 2) Aktualnie Dz. U. z 2017 r. poz. 1868 oraz z 2018 r. poz. 130.
  - 3) Aktualnie Dz. U. z 2017 r. poz. 2077 oraz z 2018 r. poz. 62.
  - 4) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 lit. a zarządzenia Nr 24/2018 Starosty Powiatu Brzeskiego z 9 kwietnia 2018 r. w sprawie aktualizacji Systemu Zarządzania Jakością, które weszło w życie z dniem 9 kwietnia 2018 r. Norma 2015-10: OR.0140.1.2017 (SIDAS ID 560492); poprzednia 2009 (2008): OR.0140.6.2013 (SIDAS ID 64732).

### § 3.<sup>5)</sup>

Do **elektronicznego** wspomagania SZJ można stosować w szczególności intranet<sup>6)</sup>, elektroniczny obieg dokumentacji lub pocztę elektroniczną.

### § 4.

Ilekroć w niniejszym zarządzeniu lub dokumentach rodzajowo określonych w § 2 bez bliższego **określenia** jest mowa o:

- 1) Urzędzie, Powiecie albo Staroście — należy przez to rozumieć odpowiednio Starostwo Powiatowe w Brzegu, Powiat Brzeski jako jednostkę samorządu terytorialnego albo Starostę Powiatu Brzeskiego;
- 2) Systemie Zarządzania Jakością lub SZJ — należy przez to rozumieć System Zarządzania Jakością Starostwa Powiatowego w Brzegu;
- 3) Pełnomocniku SZJ — należy przez to rozumieć Pełnomocnika Starosty Powiatu Brzeskiego ds. Systemu Zarządzania Jakością Starostwa Powiatowego w Brzegu;
- 4) audytorze SZJ — należy przez to rozumieć audytora wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością;
- 5) audycie wewnętrznym SZJ lub audycie wewnętrznym — należy przez to rozumieć audyt (audit) wewnętrzny Systemu Zarządzania Jakością, który nie jest audytem wewnętrznym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych<sup>3)</sup>;
- 6) procesie — należy przez to rozumieć proces objęty Systemem Zarządzania Jakością;
- 7) intranecie — należy przez to rozumieć wewnętrzną sieć teleinformatyczną Urzędu.

### § 5.<sup>7)</sup>

Zobowiązuje się wszystkich **pracowników** Urzędu do przestrzegania wszystkich postanowień dokumentów określonych rodzajowo w § 2.

5) W brzmieniu nadanym przez § 1 pkt 3 lit. b zarządzenia określonego w odnośniku nr 4).

6) Por. zarządzenie Nr 30/2012 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 18 września 2012 r. w sprawie elektronicznej komunikacji wewnętrznej (z późn. zm.).

7) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 lit. c zarządzenia określonego w odnośniku nr 4).

## § 6.

**Pełnomocnikiem** Starosty Powiatu Brzeskiego ds. Systemu Zarządzania Jakością Starostwa Powiatowego w Brzegu, zwanym „Pełnomocnikiem SZJ”, jest Sekretarz Powiatu Brzeskiego<sup>8)</sup>.

§ 7. (uchylony)<sup>9)</sup>

## § 8.<sup>10)</sup>

**Audytorów** SZJ określa odrębna ewidencja upoważnień.

## § 9.

1. **Właściciele** procesów i procedur SZJ oraz ich celów określają odpowiednie tabele ich opisów.
- 2.<sup>11)</sup> Właściciele są odpowiedzialni w szczególności za nadzorowanie odpowiednio procesów i procedur SZJ oraz ich celów, w tym ich monitorowanie i wyznaczanie osób odpowiedzialnych za pomiary oraz inicjowanie i opiniowanie zmian w tabelach opisów procesów i procedur.

## § 10.<sup>12)</sup>

**Zadania**, szczegółowe zasady działania, odpowiedzialność i uprawnienia — dla pełnomocnika i audytorów SZJ, właścicieli procesów i procedur SZJ oraz ich celów, jak również osób odpowiedzialnych za pomiary — określają dokumenty rodzajowo określone w § 2, zakresy czynności lub odrębne pisma w aktach osobowych.

## § 11.

**Nadzór** nad realizacją postanowień niniejszego zarządzenia, w tym dokumentów określonych

---

8) Rolę Pełnomocnika Starosty Powiatu Brzeskiego do spraw Systemu Zarządzania Jakością Starostwa Powiatowego w Brzegu na stanowisku Sekretarza Powiatu Brzeskiego pełni Pan(i) Genowefa Prorok.

9) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 zarządzenia Nr 22/2017 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 30 marca 2017 r. w sprawie aktualizacji Systemu Zarządzania Jakością, które weszło w życie z dniem 30 marca 2017 r.; następnie uchylony przez § 1 pkt 3 lit. d zarządzenia określonego w odnośniku nr 4).

10) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 lit. e zarządzenia określonego w odnośniku nr 4). Por. zarządzenie Nr 17/2018 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 28 marca 2018 r. w sprawie zarządzania uprawnieniami.

11) W brzmieniu nadanym przez § 1 pkt 1 lit. c zarządzenia Nr 22/2017 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 30 marca 2017 r. w sprawie aktualizacji Systemu Zarządzania Jakością, które weszło w życie z dniem podpisania.

12) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 lit. f zarządzenia określonego w odnośniku nr 4).

rodzajowo w § 2, powierza się Pełnomocnikowi SZJ.

### § 12.

Zatwierdza się **pierwsze** wydania dokumentów określonych w § 2, stanowiące załączniki odpowiednio nr 1-13.

### § 13.

**Zmiany** dokumentów określonych w § 2 albo stanowisk lub osób określonych w § 6 — § 8 lub § 11, następują w drodze zarządzenia Starosty.

### § 14.

Informację o zarządzeniu podaje się do **wiadomości** pracowników w intranecie, systemem SIDAS EZD lub pocztą elektroniczną.

### § 15.

Zarządzenie wchodzi w **życie** z dniem podpisania.

STAROSTA  
(—)  
Maciej Stefański

<b>nr wydania</b>	8 (tekst jednolity)
<b>sporządził</b> <sup>13)</sup>	Maciej Róg (na podstawie § 2 zarządzenia Nr 24/2018)
<b>data</b>	10 kwietnia 2018 r.

13)Zgodnie z § 18 Standardów dokumentacji Starostwa Powiatowego w Brzegu, których wydanie nr 4 wprowadzono załącznikiem nr 13 do zarządzenia Nr 8/2014 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 10 marca 2014 r. w sprawie aktualizacji Systemu Zarządzania Jakością.

# **FUNKCJE / ROLE / STANOWISKA**

## **W SYSTEMIE ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ STAROSTWA POWIATOWEGO W BRZEGU WG NORMY PN-EN ISO 9001:2015-10 na dzień 10 kwietnia 2018 r.**

funkcja / rola / stanowisko	podstawa*	imię i nazwisko
najwyższe <b>kierownictwo</b> = osoby nadzorujące = starosta, wicestarosta, sekretarz, skarbnik	pkt 5.1 Księgi Jakości § 10 ust. 3 regulaminu organizacyjnego starostwa (UZPB 139/2016 z 01.03.2016), zarządzenie 12/2016	starosta Maciej Stefański wicestarosta Jan GOLONKA sekretarz Genowefa Prorok skarbnik Barbara Bednarz
<b>Pełnomocnik SZJ</b> = Pełnomocnik Starosty Powiatu Brzeskiego ds. Systemu Zarządzania Jakością Starostwa Powiatowego w Brzegu = Sekretarz Powiatu Brzeskiego	§ 4 pkt 3 i § 6 zarządzenia 46/2012 pkt 5.5.2 Księgi Jakości	<b>Genowefa Prorok</b>
<b>audytorzy</b> wewnętrzni SZJ	ustandaryzowana imienna ewidencja upoważnień wg zarządzenia 17/2018	Katarzyna <b>Gruntowska</b> <sup>1)</sup> Maciej <b>Róg</b> <sup>2)</sup>
<b>właściciele</b> procesów SZJ = niektórzy kierownicy komórek organizacyjnych starostwa (naczelnicy, kierownicy lub przewodniczący odpowiednio wydziałów, referatów, biur i zespołów, w tym stanowiska samodzielne)	§ 9 zarządzenia 46/2012 tabele opisów procesów SZJ	patrz np. strona internetowa lub wewnętrzny wykaz teleadresowy starostwa www.brzeg-powiat.pl
<b>pracownicy</b>	pkt 6 Księgi Jakości	— " —

*\*(z późn. zm.)*

- 1) Od 29.09.2016; pierwotnie wyznaczona przez § 8 pkt 5 zarządzenia Nr 46/2012 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 18 grudnia 2012 r. w sprawie Systemu Zarządzania Jakością w brzmieniu nadanym przez § 1 pkt 4 lit. b zarządzenia Nr 38/2016 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 29 września 2016 r. w sprawie aktualizacji Systemu Zarządzania Jakością, które weszło w życie z dniem 29 września 2016 r.; pismo OR.2003.47.2016.MR z 29.09.2016.
- 2) Od 18.12.2012; pierwotnie wyznaczony przez § 8 pkt 3 zarządzenia Nr 46/2012 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 18 grudnia 2012 r. w sprawie Systemu Zarządzania Jakością (z późn. zm.), które weszło w życie z dniem 18 grudnia 2012 r.; pismo OR.2003.55.2012.KM z 18.12.2012.

# POLITYKA JAKOŚCI

## STAROSTWA POWIATOWEGO W BRZEGU

wydanie nr 3

**Nadrzędnym celem (misją) Starostwa Powiatowego w Brzegu jest zapewnienie:**

- a) wykonywania zadań i kompetencji publicznych zgodnie z obowiązującym prawem;
- b) realizacji zbiorowych potrzeb mieszkańców Powiatu Brzeskiego i klientów Starostwa;
- c) tworzenie możliwości dla trwałego rozwoju Powiatu;
- d) profesjonalnej obsługi klientów (interesantów) Starostwa;
- e) efektywnej, oszczędnej i terminowej realizacji celów i zadań Starostwa;

**co jest osiąganę poprzez następujące cele strategiczne:**

- I. profesjonalizm i wysoki standard jakości usług;
- II. wysoki poziom satysfakcji klientów i pracowników;
- III. zapewnienie infrastruktury i środków do doskonalenia jakości usług Starostwa;

**w następujących obszarach:**

- 1) przygotowanie i wydawanie aktów prawnych zgodnie z obowiązującym prawem;
- 2) nadzór nad efektywnością i skutecznością wykonywania celów i zadań, ukierunkowanych na poprawę jakości świadczonych usług i na rozwój Powiatu;
- 3) wiarygodność sporządzanych sprawozdań z wykonywania zadań publicznych;
- 4) efektywne i transparentne zarządzanie majątkiem;
- 5) zarządzanie zasobami ludzkimi ukierunkowanymi na profesjonalizm i etyczne postępowanie;
- 6) skuteczność zarządzania komunikacją wewnątrz struktury organizacyjnej Starostwa i Powiatu oraz z klientami Starostwa;
- 7) zarządzanie ryzykiem realizacji celów ustanowionych dla Starostwa oraz procesów realizowanych w Starostwie.

Jako narzędzie do realizacji ww. celów **deklaruję stosowanie i doskonalenie systemu zarządzania jakością zgodnego z normą PN-EN ISO 9001:2015-10**, jak również zapewnienie właściwych zasobów oraz własne zaangażowanie i wsparcie dla realizacji celów wynikających z niniejszej Polityki Jakości.

STAROSTA  
(—)  
Maciej Stefański

opracowanie 2018-03-30 Maciej Róg  
sprawdzenie i wstępna akceptacja 2018-04-04 Genowefa Prorok

# KSIĘGA JAKOŚCI

## STAROSTWA POWIATOWEGO W BRZEGU

wydanie nr 5

### 1. PREZENTACJA STAROSTWA POWIATOWEGO W BRZEGU

#### 1.1. Charakterystyka ogólna

Starostwo Powiatowe w Brzegu, zwane dalej „Starostwem” lub „Urzędem”, jest utworzoną z mocy prawa jednostką organizacyjną, przy pomocy której Starosta Powiatu Brzeskiego, zwany dalej „Starostą”, wykonuje zadania Powiatu Brzeskiego, zwanego dalej „Powiatem”, z zakresu administracji publicznej:

- 1) własne, wynikające z ustaw, niezastrzeżone dla jednostek organizacyjnych Powiatu;
- 2) zlecone z mocy ustaw z zakresu administracji rządowej;
- 3) powierzone Powiatowi w drodze porozumień z innymi organami administracji publicznej.

Urząd działa na podstawie przepisów (wymagań) prawa, a w szczególności ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, statutu Powiatu uchwalonego przez Radę Powiatu oraz regulaminu organizacyjnego Urzędu uchwalonego przez Zarząd Powiatu.

**Kontekst** (otoczenie) Urzędu stanowią czynniki zewnętrzne i wewnętrzne, istotne dla osiągnięcia i zdolności realizacji celów i zadań Urzędu.

**Zewnętrzny** kontekst Urzędu stanowi po pierwsze ograniczona jakość **prawa** (*jego inflacja i niestabilność, częste i obszerne zmiany procedur, krótkie okresy na wdrażanie zmian, wątpliwości interpretacyjne, skomplikowane relacje między prawem na szczeblu krajowym i Unii Europejskiej*). Po drugie, zewnętrzna **polityka** oddziałuje dużymi reformami prawnymi również na zwierzchnictwo i zasoby **kadrowe** (*ograniczona atrakcyjność-konkurencyjność stanowisk pracy w Urzędzie dla wysoko i specjalistycznie wykwalifikowanych kadr na wolnym rynku pracy*) oraz na **ustrój** (strukturę, organizację), tj. zakres zadań i kompetencji oraz formy

ich realizacji przez Urząd (*zmiany w finansowaniu służby zdrowia i działalności leczniczej, w procedurze administracyjnej, egzekucji cywilnej, oświacie, zasadach przedsiębiorczości, zarządzaniu wodami, pomocy prawnej i poradnictwie obywatelskim, jawności życia publicznego, wyborach, udziale obywateli w sprawach publicznych, ochronie danych, usługach zaufania i identyfikacji elektronicznej, postępującej informatyzacji, modernizacji i integracji systemów informatycznych – rejestrów publicznych np. ePUAP, CEPiK; itd.*). Na taki zewnętrzny kontekst Urząd ma znikomy wpływ, z kolei ów kontekst wpływa na osiągnięcie wcześniej wyznaczonych celów i zadań.

**Wewnętrzny** kontekst Urzędu stanowią przede wszystkim zasoby **ludzkie** własne i współpracujących jednostek organizacyjnych Powiatu, wymagające podnoszenia kwalifikacji i świadomości oraz zmiany przyzwyczajeń, w tym odejścia od „papieru” i znoszenia barier cyfrowych. Po drugie, zasoby i zdolności Urzędu są pożytkowane do obsługi nie tylko samego Starostwa, ale również **całego Powiatu**, zwłaszcza tam gdzie kadry jednostek powiatowych same nie dałyby radę w modernizacji np. nieruchomości (*służba zdrowia, sprawność energetyczna budynków*). Po trzecie, Urząd konsoliduje liczbę swoich **lokalizacji**, co wpływa na zarządzanie Urzędem oraz obieg dokumentacji i jej archiwizację. Wreszcie, możliwości Urzędu wyznaczają progi (bliskość) wskaźników **budżetowych** przy ograniczonym pozyskiwaniu własnych środków.

**Stronami zainteresowanymi** istotnymi dla Systemu Zarządzania Jakością są przede wszystkim **klienci** (interesanci) Urzędu korzystający z jego usług publicznych, inni **mieszkańcy** Powiatu oraz stanowiący ich przedstawicielstwo **radni** Rady Powiatu Brzeskiego z mandatem (legitymacją) pochodzącą z wyborów powszechnych. Wśród stron zainteresowanych należy również uwzględnić przedstawicieli **mediów** (*prasa, telewizja, radio, internet*) oraz innych **władz** publicznych poza Starostwem, aktywnych w przestrzeni medialnej (*organów wykonawczych i stanowiących gmin z terenu powiatu, gmin i powiatów sąsiadujących, samorządu naszego województwa oraz wojewody*). Szczególną kategorią stron zainteresowanych jest sama **załoga** Urzędu oraz jednostek podległych lub nadzorowanych.

Stawiane przez strony zainteresowane **wymagania** (potrzeby i oczekiwania) od Urzędu uwzględnia aktualne wydanie Polityki Jakości. Klientom zależy, by Urząd i jego przedstawiciele przystawali do najlepszych **wzorców** w kraju i zagranicy oraz by realizacja **usług** w Urzędzie była szybka, łatwa, bezproblemowa i zgodna z ich prywatnymi interesami. Radnym – by podobnie załatwiano ich **interpelacje** i wnioski. Redakcjom mediów – by podobnie dostępne i przejrzyste były wszelkie **materiały** o działalności Urzędu i jego przedstawicieli. Sąsiadom samorządowym



i innym władzom – by podobnie przebiegała i rozwijała się ich **współpraca**, a realizacja bieżących zadań i kompetencji naszego Urzędu nie budziła zastrzeżeń. Załozde – by zapewniono godziwe **warunki** pracy, w tym wynagrodzenie zapewniające oczekiwany standard życia. Należy tu uwzględniać również **ciągłość i elastyczność** infrastruktury niezależnie od wyników wyborów samorządowych, zmian prawnych i ustrojowych. Patrz też pkt 7.2.1 niniejszej Księgi Jakości.

## **1.2. Organizacja Urzędu**

Kompetencje kierownictwa Urzędu (osób nadzorujących — Starosty, Wicestarosty, Sekretarza Powiatu i Skarbnika Powiatu) oraz wewnętrzny podział zadań z zakresu nadzoru nad komórkami organizacyjnymi Urzędu i jednostkami organizacyjnymi Powiatu określają: **regulamin** organizacyjny Urzędu uchwalony przez Zarząd Powiatu, zarządzenie Starosty w sprawie **podziału nadzoru** (zawierające schemat organizacyjny Urzędu) oraz zarządzenie Starosty w sprawie **wewnętrznej organizacji** komórek organizacyjnych Urzędu.

## **2. ZAKRES SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ**

System Zarządzania Jakością Urzędu obejmuje *realizację zadań publicznych określonych przepisami prawa*. Obejmuje wszystkie **lokalizacje** Urzędu, tj. w Brzegu przy ul. Robotniczej 20, ul. Robotniczej 12 i ul. Kard. Wyszyńskiego 23, w Grodkowie przy ul. Warszawskiej 29 oraz w Lewinie Brzeskim przy ul. Rynek 26.

SZJ obejmuje wszystkie **komórki** organizacyjne Urzędu (w tym wydziały, referaty, biura, zespoły, samodzielne stanowiska pracy) wyszczególnione w regulaminie organizacyjnym Urzędu. Zaznaczenia wymaga, że Urząd według odrębnych przepisów powierza prowadzenie połowy punktów nieodpłatnej pomocy prawnej (**NPP**) organizacjom pozarządowym, a świadczenie NPP w pozostałych punktach – adwokatom i radcom prawnym wyznaczonym przez ich samorzady. Urząd organizacyjno-technicznie obsługuje punkty NPP, ale nie stanowią one części Urzędu, w związku z czym sama pomoc nie stanowi części zadań i kompetencji Urzędu – SZJ nie obejmuje (punktów) NPP.

W celu zgodnej z prawem, terminowej, oszczędnej, skutecznej i efektywnej realizacji zadań publicznych, zakresem SZJ zostały objęte działania realizowane w ramach 7 zidentyfikowanych **procesów**, do których należą:

- 1) przygotowywanie i wydawanie aktów prawnych;

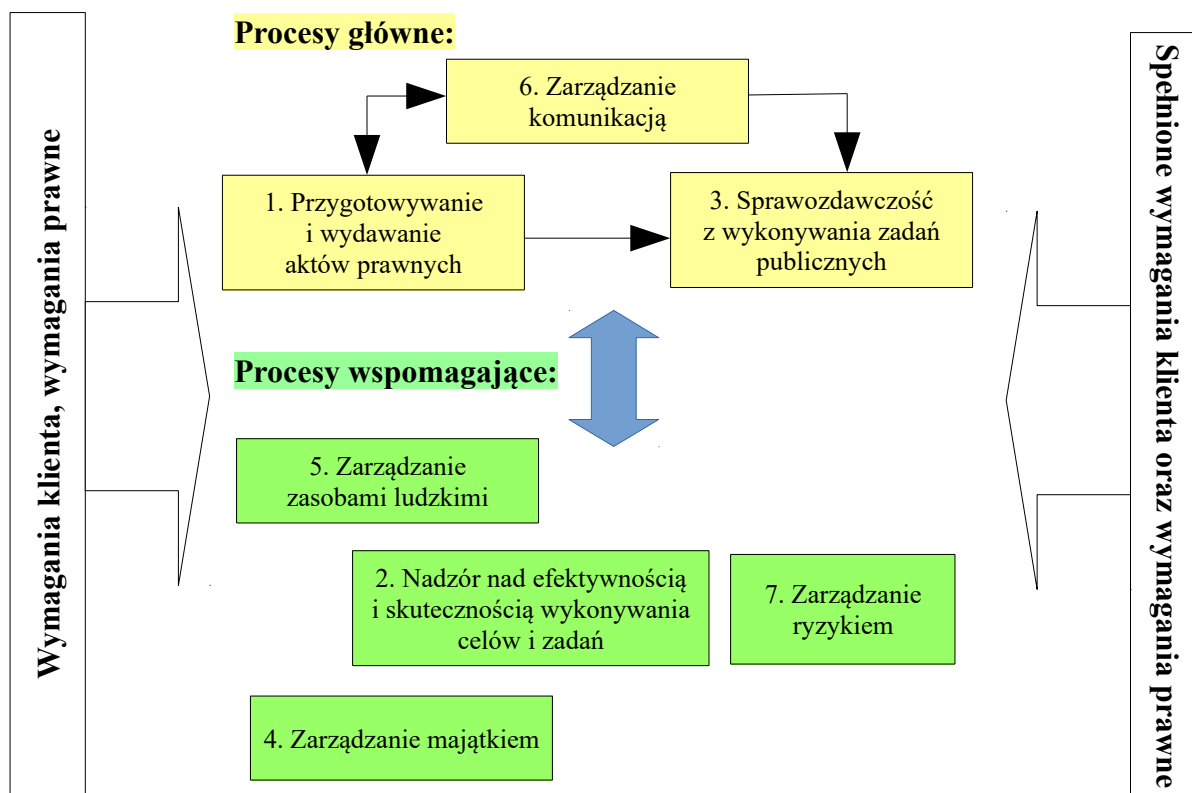
- 2) nadzór nad efektywnością i skutecznością wykonywania celów i zadań;
- 3) sprawozdawczość z wykonywania zadań publicznych;
- 4) zarządzanie majątkiem;
- 5) zarządzanie zasobami ludzkimi;
- 6) zarządzanie komunikacją;
- 7) zarządzanie ryzykiem.

## **2.1 Wyłączenia z zakresu stosowania wymagań normy w SZJ Urzędu**

Ze względu na charakter działalności Urzędu, **nie stosuje** się wymagań określonych w punktach normy PN-EN ISO 9001:2015-10 oznaczonych jako:

- 1) **8.3** dotyczącym projektowania i rozwoju wyrobów i usług; Urząd nie prowadzi prac związanych z projektowaniem nowych wyrobów / usług lub prac rozwojowych związanych z wyrobami / usługami, ponieważ realizuje zadania w oparciu o obowiązujące przepisy prawa, które określają także rodzaje oraz sposób świadczenia usług oraz wymagania z nimi związane;
- 2) **8.5.1.F** (tylko w zakresie litery F) dotyczącym walidacji zdolności osiągnięcia zaplanowanych wyników procesów produkcji i dostarczania usług, ponieważ procesy realizowane w Urzędzie nie mają charakteru specjalnych, zaś ich wyniki są możliwe do zweryfikowania pod względem poprawności przebiegu procesów w każdym momencie ich realizacji; przebieg poszczególnych procesów jest uregulowany przepisami prawa lub aktami kierownictwa wewnętrznego Urzędu; każdy proces ma określony cel oraz sposób monitorowania; jeżeli wystąpi w trakcie realizacji procesu odchylenie od zaplanowanych wyników, możliwa jest bieżąca weryfikacja zaistniałej sytuacji zgodnie z ustalonym trybem oraz podjęcie odpowiednich działań naprawczych (zapobiegawczych, korekcyjnych lub korygujących); sposób realizacji procesów oraz prawidłowość sporządzania zapisów są monitorowane poprzez wykorzystanie narzędzia audytów wewnętrznych SZJ, zaś ich wyniki podlegają bieżącej analizie kierowników komórek organizacyjnych i są podstawą do realizacji zadań w ramach kontroli zarządczej w Urzędzie; w związku z powyższym, nie identyfikuje się podstaw do prowadzenia dodatkowych czynności w ramach walidacji ani okresowej ponownej walidacji zdolności osiągnięcia zaplanowanych wyników procesów i dostarczania usług.

### 3. Mapa procesów (wersja graficzna)



#### Legenda:

1÷7 = procesy zidentyfikowane w Urzędzie

**linie łączące procesy** = oznaczają wzajemne oddziaływania między zidentyfikowanymi procesami; strzałka oznacza kierunek tego oddziaływania; wzajemne oddziaływania oznaczane są w ramach grupy procesów (wspomagające, pomocnicze), tam gdzie te oddziaływania występują

**strzałki między grupami procesów** (główne↔wspomagające) = oznaczają wzajemne oddziaływania między nimi we wskazanym kierunku; sprzężenie zwrotne oznacza, że każdy z grupy procesów wspomagających wywiera wpływ na każdy z procesów głównych i odwrotnie

## **4. System Zarządzania Jakością w Urzędzie**

### **4.1 Wymagania ogólne**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie skuteczności i efektywności działania.*

Wprowadzając w Urzędzie System Zarządzania Jakością, zwany dalej „SZJ”, w oparciu o wymagania normy PN-EN ISO 9001:2015-10, przyjęto zasadę, iż założenia zbudowanego systemu powinny integrować się z wymaganiami dla jednostek sektora finansów publicznych wynikających z art. 68 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych umożliwiając osiągnięcie celów kontroli zarządczej.

Zatem celem systemu zarządzania jakością w Urzędzie jest zapewnienie wykonywania zadań publicznych w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy z jednoczesnym zapewnieniem sprawnej i profesjonalnej obsługi interesantów.

Ustanowiony, wdrożony i udokumentowany w Urzędzie System Zarządzania Jakością powinien ponadto zagwarantować jego ciągłość, niezależnie od zmian organizacyjnych jak i zmian Polityki Jakości Urzędu.

SZJ określa:

- politykę zaspakajania potrzeb i wymagań klienta oraz skutecznej działalności Urzędu,
- procesy przebiegające w ramach działalności oraz prowadzące do uzyskania i utrzymania wysokiej jakości świadczenia usług,
- dokumenty umożliwiające jednoznaczną i skuteczną realizację procesów.

System podlega systematycznym okresowym przeglądom i audytom wewnętrznym SZJ, które służą stałemu jego doskonaleniu. System ukierunkowany jest na zwiększenie zadowolenia klientów zarówno zewnętrznych, jak i wewnętrznych.

Ponieważ jakość wykonywanych przez Urząd zadań publicznych jest obowiązkiem wszystkich pracowników Urzędu, kierownictwo Urzędu ustanawiając Politykę Jakości ustaliło, iż w tworzeniu i realizacji postanowień SZJ uczestniczą wszyscy pracownicy Urzędu.

Podczas budowy SZJ w Urzędzie zastosowano podejście procesowe, co oznacza, że działania realizowane w Urzędzie zostały pogrupowane i przydzielone do 7 grup merytorycznych nazywanych procesami. Wspomniane procesy zidentyfikowane zostały zgodnie z celami kontroli zarządczej określonymi w art. 68 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

Każdy ze zidentyfikowanych w Urzędzie procesów został opisany w postaci tabeli opisu procesu, zawierającej informacje dotyczące celu procesu, jego przedmiotu oraz zakresu działania, dokumentów opisujących przebieg procesu, wejść i wyjść procesu oraz sposobu jego monitorowania. Każdy z wymienionych procesów posiada również swojego właściciela (lidera), który merytorycznie zarządza jego przebiegiem, ustanawiając ramy dla jego realizacji oraz wymagania dotyczące monitorowania. Ponadto przyjęto, że identyfikacja ryzyk w Urzędzie również ma układ procesowy, co oznacza, że wyniki analizy ryzyka określają, które ryzyka przyporządkowane są do poszczególnych procesów.

Wzajemne powiązania pomiędzy procesami (relacje) zilustrowano w postaci *Mapy procesów Urzędu* określonej w punkcie 3 niniejszej Księgi Jakości.

Procesy zidentyfikowane w Urzędzie zostały podzielone na 2 grupy procesów: główne i wspomagające. W ramach każdej z grup wskazano procesy, które w nich występują.

Procesy główne to procesy związane z bezpośrednim świadczeniem usług dla klienta, zaś wspomagające to te, bez których świadczenie usługi nie byłoby możliwe, jednakże nie związane z bezpośrednią obsługą klientów Urzędu.

Lista procesów oraz procedur zidentyfikowanych w ramach procesów została zamieszczona w punkcie 9 niniejszej Księgi Jakości.

Wyodrębnione w ramach wymienionych grup procesy, obejmują swoim zakresem poszczególne procedury opisane w tabelach opisów procedur realizowanych w Urzędzie. Ponadto w ramach każdej tabeli opisu procesu zostały wskazane dokumenty inne niż tabele opisów procedur, które zostały przyporządkowane do określonego procesu i tym samym grupy procesów.

W ramach realizacji procesów, w których uczestniczy klient, tam gdzie uznano to za zasadne, opracowane zostały standardy usługi (w postaci tabeli opisu procedury lub kart usługi w Biuletynie Informacji Publicznej, zwanym dalej „BIP”, albo na elektronicznej platformie usług administracji publicznej, zwanej dalej „ePUAP”).

Analiza osiągniętych wyników przeprowadzana jest na bieżąco w trakcie realizacji procesów zgodnie z określonymi w tabelach opisów procesów zasadami monitorowania oraz zbiorczo w trakcie przeglądów zarządzania w Urzędzie. Wnioski z przeprowadzanych przeglądów stanowią jedną z podstaw do doskonalenia procesów oraz oceny systemu kontroli zarządczej w Urzędzie.

Zidentyfikowane w Urzędzie procesy, zilustrowane w postaci mapy procesów realizowane są przez pracowników Urzędu. W ramach realizacji działań ukierunkowanych na świadczenie usług dla klientów Urzędu nie zleca się wykonania tych działań podmiotom zewnętrznym. W przypadku zaistnienia sytuacji zlecenia na zewnątrz jakiegokolwiek procesu, który ma wpływ na zgodność usługi z wymaganiami, zapewnia się nadzór nad takimi procesami. Każda część procesów zidentyfikowanych w Urzędzie zlecana na zewnątrz podlega nadzorowi ze strony właściciela procesu lub właściwego kierownika komórki organizacyjnej Urzędu. Nadzór ten szczegółowo omawiany jest z wykonawcą i zostaje zapisany w umowie. Ponadto wykonawcy przedstawiane są wymagania dotyczące realizacji prac i każdorazowo następuje weryfikacja poprawności ich wykonania w postaci udokumentowanej informacji.

## **4.2 Wymagania dotyczące dokumentacji**

### **4.2.1. Postanowienia ogólne**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie skuteczności i efektywności działania.*

Wprowadzając w Urzędzie SZJ w oparciu o wymagania normy PN-EN ISO 9001:2015-10, przyjęto zasadę, iż założenia zbudowanego systemu powinny integrować się z wymaganiami dla jednostek sektora finansów publicznych wynikających z art. 68 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, umożliwiając osiągnięcie celów kontroli zarządczej.

Zatem celem systemu zarządzania jakością w Urzędzie jest zapewnienie wykonywania zadań publicznych w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy z jednoczesnym zapewnieniem sprawnej i profesjonalnej obsługi interesantów.

Dokumentacja Systemu Zarządzania Jakością obejmuje następujące rodzaje dokumentów:

- 1) Politykę Jakości;
- 2) niniejszą Księgę Jakości;
- 3) tabele opisów procesów zidentyfikowanych w Urzędzie określające zasady nadzorowania procesów;
- 4) **dokumenty** obowiązującą w procesach w postaci: tabel opisów procedur, uchwał, zarządzeń, uchwał, regulaminów, instrukcji, procedur i formularzy, określonych i obowiązujących w Urzędzie;
- 5) **zapisy** tworzone w procesach wynikające z obowiązujących dokumentów wewnętrznych oraz mających zastosowanie wymagań prawnych.

Na potrzeby dokumentacji SZJ przyjęto, że **udokumentowane informacje** w rozumieniu aktualnego wydania normy PN-EN ISO 9001:2015-10 stanowią odpowiednio: dokumenty i zapisy w rozumieniu dotychczasowego wydania normy PN-EN ISO 9001:2009.

Nadrzędnymi dokumentami określającymi wymagania dla konstrukcji SZJ, jak również przebiegu działań realizowanych w zidentyfikowanych procesach są powszechnie obowiązujące akty normatywne oraz norma PN-EN ISO 9001:2015-10 Systemy zarządzania jakością – Wymagania.

System Zarządzania Jakością w Urzędzie został wdrożony w dniu 1 stycznia 2013 r. poprzez wydanie zarządzenia Nr 46/2012 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 18 grudnia 2012 r. w sprawie Systemu Zarządzania Jakością i jest doskonalony m.in. w drodze późniejszych zarządzeń w sprawie jego aktualizacji.

Niniejszym kierownictwo Urzędu zapewniło dostępność zasobów niezbędnych do funkcjonowania wdrożonego systemu zarządzania oraz do jego ciągłego doskonalenia.

Dokumentacja SZJ obowiązuje w Urzędzie, a nadzór nad nią jest dokumentowany, w formie tradycyjnej (papierowej, drukowanej), tj. takiej jak podstawowy system kancelaryjny wskazany odrębnym zarządzeniem Starosty, natomiast jej przygotowanie, nadzorowanie i dystrybucja pośród pracowników Urzędu wspierane są elektronicznie m.in. za pomocą intranetu. Dokumentacja zamieszczana elektronicznie w intranecie jest w pełni zgodna co do treści z dokumentacją tradycyjną. Wiarygodność zgodności odwzorowania jest systematycznie powiększana za pomocą kwalifikowanego podpisu elektronicznego, którym opatruje się dokumentację.

Jednocześnie stosuje się zasadę, że opracowuje się dokumenty w postaci zarządzeń, uchwał, regulaminów, instrukcji, procedur lub tabel opisów itp. — tam gdzie ich brak mógłby spowodować niewłaściwe funkcjonowanie lub zrozumienie obowiązujących pracowników Urzędu wymagań. Dokumentacja obowiązująca w procesach wskazywana jest każdorazowo w tabelach opisów procesów.

#### **4.2.2. Księga jakości**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie skuteczności i efektywności działania.*

Księga jakości jest podstawowym dokumentem Systemu Zarządzania Jakością w Urzędzie opisującym zaprojektowany i wdrożony system. Pełni rolę przewodnika po SZJ.

Zastosowany układ redakcyjny Księgi ma zapewnić czytelnikowi możliwość powiązania z celami kontroli zarządczej określonymi w art. 68 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych. Ze względów praktycznych, zasadniczo nie zmieniano numeracji i układu przy dostosowaniu do wydania normy PN-EN ISO 9001:2015-10, w porównaniu z poprzednim PN-EN ISO 9001:2009. Istnienie podręcznych matryc korelacji (tablic ekwiwalencyjnych) ułatwia odnalezienie punktu obowiązującego wydania normy PN-EN ISO 9001:2015-10.



Księga adresowana jest do wszystkich pracowników Urzędu, w tym do audytorów SZJ, w celu usprawnienia pracy oraz udokumentowania zdolności Urzędu do dostarczania usług spełniających zdefiniowane dla nich wymagania w dokumentach określających standard wykonania tych usług (kartach usług dostępnych w BIP lub ePUAP, tabelach opisów procedur tam gdzie stwierdzono konieczność ich opracowania).

Oryginalny, zatwierdzony i podpisany egzemplarz niniejszej Księgi Jakości w wersji tradycyjnej (wydrukowanej na papierze i zgodnej co do treści z wersją umieszczoną w intranecie) przechowywany jest w Wydziale Organizacyjno-Prawnym (lub w Archiwum Zakładowym po upływie okresów określonych w instrukcji archiwalnej) Urzędu w zbiorze dokumentacji systemu zarządzania jakością (symbol i hasło klasyfikacyjne jednolitego rzeczowego wykazu akt JRWA: OR.0141 Polityka jakości i Księga jakości oraz ich zmiany) oraz jednobrzmiąco w zbiorze zarządzeń Starosty (symbol i hasło klasyfikacyjne JRWA: OR.120 Zbiory aktów normatywnych własnych kierownictwa starostwa – wydzielona grupa spraw „Zarządzenia starosty”).

Udostępnienie Księgi Jakości pracownikom Urzędu następuje poprzez jej opublikowanie w intranecie.

Za opracowanie Księgi Jakości, udostępnianie, ewidencję oraz proponowanie zmian odpowiedzialny jest Pełnomocnik SZJ.

Księga Jakości oraz wprowadzane do niej zmiany (kolejno z numerowane wersje) wchodzi w życie w terminie w nich podanym, po ich udostępnieniu pracownikom w intranecie, dzięki czemu pracownicy mogą być pewni, że udostępniana tam wersja jest zawsze aktualna i obowiązująca.

### **4.2.3. Nadzór nad dokumentami**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi.*

Sposób prowadzenia nadzoru nad dokumentami został zapewniony przez ustanowienie udokumentowanej tabeli opisu procedury „Zarządzanie dokumentacją i zapisami”. Celem procedury jest zapewnienie, że dokumenty obowiązujące w Systemie Zarządzania

Jakością są zatwierdzone, aktualne, zgodne z obowiązującymi wymaganiami prawa oraz dostępne w wyznaczonych dla nich obszarach funkcjonowania.

Dokumentacja SZJ podlega nadzorowaniu poprzez:

- a) bieżącą analizę aktualności dokumentacji dokonywaną na danym stanowisku pracy,
- b) przeprowadzanie kontroli wewnętrznej,
- c) przeprowadzanie audytów wewnętrznych SZJ,
- d) przeprowadzanie czynności kontrolno-sprawdzających na poszczególnych stanowiskach pracy przez kierowników komórek organizacyjnych,
- e) bieżącą pomoc prawną świadczoną przez merytorycznego pracownika Wydziału Organizacyjno-Prawnego oraz działalność Kancelarii Prawnej,
- f) czynności weryfikacyjne wykonywane przez Pełnomocnika SZJ oraz właścicieli procesów lub właścicieli poszczególnych dokumentów, jeżeli zostali wyznaczeni,
- g) okresowy przegląd aktualności dokumentacji względem obowiązujących wymagań, zgodnie z ustalonymi wskaźnikami w procesach SZJ i przypisaną w tym zakresie odpowiedzialnością.

Dokumenty i zapisy powstające w Urzędzie przygotowywane są oraz nadzorowane (oznaczane, identyfikowane oraz przechowywane) zgodnie z rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych, zwanym „rozporządzeniem **kancelaryjnym**”.

Polityka Jakości przechowywana i udostępniona jest na zasadach określonych w pkt 5.3 niniejszej Księgi. Księga Jakości, w tym załączone w pkt 9 tabele opisów procesów i procedur, przechowywane i udostępnione są na zasadach określonych w pkt 4.2.2 niniejszej Księgi.

Dokumentacja SZJ określona w poszczególnych tabelach opisów procesów udostępniana jest pracownikom Urzędu w formie tradycyjnej (papierowej) lub elektronicznej w **intranecie** lub systemie SIDAS. Wydruki dokumentów stanowią egzemplarze nienadzorowane (nadzorowi podlegają zatwierdzone oryginały dokumentów). Pracownicy korzystający z **wydruków** dokumentów (stanowiących wersje nienadzorowane ważne w dniu wydruku) zobowiązani są **potwierdzić** ich **aktualność** z nadzorowaną wersją dokumentu.

Dokumenty systemu zarządzania jakością przed ich wydaniem i opublikowaniem wymagają ich formalnego zatwierdzenia zgodnie z uprawnieniami ustalonymi lub delegowanymi przez kierownika Urzędu zgodnie z wymaganiami prawa.

Pracownicy korzystający z elektronicznych lub wydrukowanych wersji nienadzorowanych **powszechnie** obowiązujących aktów normatywnych (m.in. Konstytucja RP, ustawy, rozporządzenia, akty prawa miejscowego, akty prawne Unii Europejskiej) zobowiązani są **potwierdzić** ich **aktualność** z **autentycznym** źródłem w postaci dzienników urzędowych (m.in. Dziennik Ustaw, dzienniki resortowe ministerstw, Dziennik Urzędowy Województwa Opolskiego, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej). Pomocniczo mogą stosować systemy informacji prawnej (sejmowy ISAP [prawo.sejm.gov.pl](http://prawo.sejm.gov.pl), zakupiony SIP jednej z firm komercyjnych).

#### **4.2.4. Nadzór nad zapisami**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi.*

Sposób prowadzenia nadzoru nad zapisami został zapewniony poprzez ustanowienie udokumentowanej tabeli opisu procedury „Zarządzanie dokumentacją i zapisami”. Celem procedury jest zapewnienie, że zapisy tworzone w bieżącej działalności Urzędu, a mające zastosowanie w systemie zarządzania jakością, są czytelne, łatwe do zidentyfikowania i odszukania.

Zgromadzone lub wytworzone w trakcie realizacji poszczególnych procesów i czynności dokumenty, zapisy (akta sprawy) podlegają nadzorowi ze względu na ich kategorię archiwalną. Realizowane jest to poprzez ich właściwe rejestrowanie, znakowanie, kontrolę obiegu, przechowywanie przez ustalony okres i archiwizowanie w trybie i na zasadach określonych w rozporządzeniu kancelaryjnym.

Dokumenty i zapisy podlegają również szczególnemu nadzorowi z uwagi na ochronę informacji niejawnych, poprzez ich klasyfikowanie i nadawanie im określonej klauzuli niejawności, rejestrowanie, znakowanie, kontrolę obiegu, przechowywanie przez ustalony okres oraz archiwizowanie w trybie i na zasadach określonych w ustawie z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych oraz rozporządzeniach wykonawczych.

## **5. Odpowiedzialność kierownictwa**

### **5.1. Zaangażowanie kierownictwa**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie skuteczności i efektywności działania.*

Kierownictwo Urzędu określiło oraz nadzoruje aktualność misji oraz Polityki Jakości Urzędu, jak również wyznacza cele jakości do osiągnięcia w ramach procesów. Ponadto gwarantuje dostępność zasobów zadeklarowanych w Polityce Jakości Urzędu do realizacji określonych w niej zadań. W Urzędzie wyznaczono przedstawiciela kierownictwa w sprawach dotyczących systemu zarządzania jakością poprzez powołanie funkcji Pełnomocnika SZJ.

Kierownictwo Urzędu dając dowód swojego zaangażowania w funkcjonowanie oraz doskonalenie SZJ w Urzędzie przeprowadza okresowe narady, których przedmiotem jest omówienie efektywności i skuteczności funkcjonowania systemu zarządzania Urzędem. Wynikiem przeprowadzonych narad w tym zakresie jest zainicjowanie strategicznych działań korygujących i zapobiegawczych, jak również działań doskonalących działalność Urzędu w odniesieniu do realizowanych usług, działalności Urzędu oraz zapewnienia odpowiednich zasobów.

Ponadto kierownictwo Urzędu jest zaangażowane w doskonalenie działalności Urzędu a przez to i Systemu Zarządzania Jakością poprzez promowanie wśród pracowników Urzędu zasad etycznego postępowania w oparciu o przejrzyste zasady działania i współpracy Urzędu z jego klientami, co zapewnia odpowiedni standard obsługi.

### **5.2. Orientacja na klienta (Ukierunkowanie na interesanta)**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania.*

Kierownictwo Urzędu w ramach realizacji ustawowych zadań publicznych dąży do zagwarantowania należytego spełnienia wymagań stron zainteresowanych, w tym zwłaszcza klientów, wynikających z przepisów prawa i określonych na podstawie tych przepisów. Istotne znaczenie ma budowanie wśród pracowników świadomości, że ocena realizacji przez Urząd zadań publicznych budowana jest poprzez codzienny kontakt pracownika Urzędu z klientem.

Orientacja na klienta w Urzędzie znajduje w szczególności odzwierciedlenie w obszarach:

- a) organizacji pracy Urzędu,
- b) komunikacji z klientem w tym przekazywaniu mu informacji o usługach Urzędu – omówionej w punkcie 7.2.3,
- c) określania wymagań dotyczących usług Urzędu, w tym wymagań klienta – omówionych w punkcie 7.2.1,
- d) badania spełnienia określonych wymagań – omówionych w punkcie 8.2,
- e) opracowywania strategii i programów realizacji zadań publicznych, mających na celu zaspokojenie zbiorowych potrzeb społeczności lokalnej, uwzględniających potrzeby mieszkańców.

Wymagania klientów zostały określone i spełniane są na podstawie przepisów prawnych. Zgodnie z ustawą o dostępie do informacji publicznej w urzędowym publikatorze teleinformatycznym – Biuletynie Informacji Publicznej zawarte są podstawowe informacje o działalności Urzędu.

Ponadto klienci Urzędu mają możliwość bezpośredniego uzyskiwania informacji oraz przekazywania skarg i wniosków w dniach i godzinach przeznaczonych na przyjmowanie stron.

Mając na uwadze jak najlepszą realizację zasady samorządności, ukierunkowaną na świadczenie coraz wyższej jakości usług administracyjnych, Kierownictwo Urzędu wprowadziło tabele opisów procedur, określające standardy postępowania, których powinni przestrzegać pracownicy Urzędu podczas wypełniania obowiązków służbowych.

### **5.3. Polityka jakości**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie skuteczności i efektywności działania.*

Podstawowe założenia określone w Polityce Jakości Urzędu zostały ściśle powiązane z zadaniami Urzędu określonymi w ustawie o samorządzie powiatowym, obowiązkami pracowników Urzędu określonymi w ustawie o pracownikach samorządowych oraz celami kontroli zarządczej określonymi w art. 68 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

Polityka Jakości Urzędu jest:

- a) odpowiednia do celu istnienia organizacji,
- b) zawiera zobowiązanie do spełniania wymagań i oczekiwań Klientów oraz stałego doskonalenia systemu zarządzania jakością,
- c) tworzy ramy do ustanawiania i przeglądu celów jakości dla poszczególnych procesów,
- d) jest zakomunikowana i zrozumiała w Urzędzie oraz jest przeglądana i aktualizowana w razie potrzeby.

Do przechowywania, udostępniania pracownikom, nadzorowania i nowelizowania Polityki Jakości stosuje się odpowiednio zasady określone w pkt 4.2.2 niniejszej Księgi jakości.

Dodatkowo, Polityka Jakości jest również prezentowana w budynkach Urzędu celem zakomunikowania klientom Urzędu.

Każdy z pracowników, swoim działaniem na stanowisku pracy, przyczynia się do realizacji założeń Polityki Jakości.

## **5.4. Planowanie**

### **5.4.1. Cele dotyczące jakości**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie skuteczności i efektywności działania.*

Kierownictwo Urzędu ustanawiając Politykę Jakości, wyznaczyło cele strategiczne dotyczące jakości. Cele strategiczne są podstawą do ustanawiania przez kierownictwo celów priorytetowych na dany rok oraz szczegółowych celów operacyjnych poszczególnych komórek organizacyjnych Urzędu, dotyczących jakości na poziomie procesów zidentyfikowanych w Systemie Zarządzania Jakością. Cele procesów są podstawą do wyznaczania mierzalnych wyników do ich osiągnięcia poprzez określanie mierzalnych zadań oraz wskaźników określających ich wykonanie. Wskaźniki są wyznaczane przez właścicieli procesów i przypisywane do konkretnych stanowisk odpowiedzialnych za ich monitorowanie. Właściciele procesów

otrzymują w określonych przez siebie interwałach czasowych informacje odnośnie poziomu realizacji wyznaczonych zadań w ramach procesów.

Cele jakości na poziomie misji oraz strategicznym są komunikowane stronom zainteresowanym poprzez Politykę Jakości dostępną we wszystkich lokalizacjach Urzędu oraz w Biuletynie Informacji Publicznej. Ponadto załódze Urzędu cele priorytetowe komunikowane są w intranecie, pocztą elektroniczną i na naradach, a cele operacyjne – przez przełożonych w odniesieniu do bieżącej pracy.

Wyniki te omawiane są podczas narad kierownictwa jak również zbiorczo podczas przeglądu zarządzania oceniającego skuteczność SZJ, jak i funkcjonowanie kontroli zarządczej w Urzędzie. Monitoring realizacji wyznaczanych celów może być wspomagany w intranecie. W razie potrzeby cele w każdej chwili powinny i mogą być zaktualizowane, w takim samym trybie, w jakim są ustanawiane (*odpowiednio: nadrzędna misja i cele strategiczne – zmieniającym zarządzeniem starosty, priorytetowe – nowym pismem starosty, operacyjne – nowym wydaniem planu pracy komórki*).

Cele procesów (jakości) wyznaczane są w taki sposób, aby były zgodne z celami wynikającymi z Polityki Jakości, ponadto zapewniając ich zgodność z celami kontroli zarządczej określonymi w art. 68 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

Zasady i tryb planowania i rozliczania celów jakościowych określają przepisy regulaminu organizacyjnego Urzędu dotyczące planowania pracy oraz odrębne zarządzenie Starosty wiążące zarządzanie ryzykiem z planowaniem pracy.

#### **5.4.2. Planowanie systemu zarządzania**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie skuteczności i efektywności działania.*

Kierownictwo Urzędu zapewnia, że prowadzi się planowanie Systemu Zarządzania Jakością w celu spełnienia wymagań dotyczących Systemu m.in. w obszarze identyfikacji działań związanych z realizacją procesów, nadzoru procesów, zapewnienia odpowiednich środków na realizację procesów, określenia pomiarów i monitorowania, jak również utrzymywania integralności SZJ podczas planowania i wdrażania wszelkich zmian w Systemie oraz działalności Urzędu.

W przypadku konieczności wprowadzenia zmian do dokumentacji SZJ bądź do sposobu funkcjonowania procesu, przeprowadzana jest weryfikacja przez właściciela procesu oraz Pełnomocnika SZJ dotycząca zakresu oddziaływania tej zmiany oraz wpływu na inne procesy. Ponadto podczas wprowadzania nowych uregulowań wewnętrznych przeprowadzana jest ocena dotycząca przynależności danego dokumentu do właściwego procesu i na tej podstawie wprowadzana jest zmiana do właściwego procesu SZJ.

Działania doskonalące SZJ w Urzędzie są planowane, konsultowane z kierownikami komórek organizacyjnych oraz są integralne z misją i Polityką Jakości oraz spójne ze specyfiką działania Urzędu.

Planując SZJ, Urząd **uwzględnia** swój kontekst oraz strony zainteresowane i ich wymagania (por. pkt 1.1 niniejszej Księgi Jakości), aktualizowane w trakcie przeglądów zarządzania jakością lub innych narad kierownictwa. Ponadto w Urzędzie określa się **ryzyka i szanse** w procesie zarządzania ryzykiem powiązanim z planowaniem pracy (celów jakości) zgodnie z odrębnym zarządzeniem. Określone w ten sposób ryzyka i szanse stanowią podstawę jednoczesnego planowania działań odnoszących się do ryzyk i szans, w powiązaniu z procesami SZJ. Skuteczność tych działań podlega monitoringowi razem z ryzykami i szansami.

## **5.5. Odpowiedzialność, uprawnienia i komunikacja**

### **5.5.1 Odpowiedzialność i uprawnienia**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania.*

W celu wspierania działalności Urzędu zostały określone i udokumentowane odpowiedzialności i uprawnienia wszystkich pracowników. Wynikają one z obowiązujących przepisów prawa, w tym regulaminu organizacyjnego Urzędu.

Jakość świadczonych usług zależy w głównej mierze od posiadanych zasobów ludzkich, ich kwalifikacji, umiejętności, wykształcenia, doświadczenia oraz pełnego wykorzystania potencjału w realizowanych procesach.

Podstawy odpowiedzialności i uprawnień pracowników regulują następujące dokumenty: ustawa z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych, wydane na jej podstawie



rozporządzenie w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych, statut Powiatu, regulamin organizacyjny Urzędu, regulamin pracy Urzędu, zarządzenie Starosty w sprawie zarządzania uprawnieniami, zakresy czynności pracowników oraz upoważnienia i pełnomocnictwa (w tym ustandaryzowane w ewidencjach).

Regulamin organizacyjny Urzędu określa stanowiska wchodzące w skład kierownictwa Urzędu (osoby nadzorujące), liczbę, rodzaj i zakres działania (zadań, kompetencji) komórek organizacyjnych, w tym samodzielnych stanowisk wydzielonych w strukturze Urzędu. Wydane na podstawie regulaminu organizacyjnego zarządzenie w sprawie podziału nadzoru określa powiązania organizacyjne komórek Urzędu, ich podległość służbową oraz podział zadań w zakresie wykonywania zadań w zakresie koordynacji i nadzoru oraz kontroli funkcjonalnej pracy podporządkowanych komórek organizacyjnych Urzędu.

Na podstawie rozporządzenia w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych określającego minimalny poziom wykształcenia i stażu pracy na danym stanowisku oraz w oparciu o analizę potrzeb w zakresie profilu wykształcenia, umiejętności i doświadczenia zawodowego, ustalane są wymagania wobec pracowników zatrudnianych w Urzędzie.

### **5.5.2 Przedstawiciel kierownictwa**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie skuteczności i efektywności działania.*

W związku z podjętymi działaniami w zakresie wdrożenia Systemu Zarządzania Jakością w Urzędzie, zarządzeniem w sprawie Systemu Zarządzania Jakością, Starosta powierzył Sekretarzowi Powiatu Brzeskiego funkcję Pełnomocnika Starosty ds. Systemu Zarządzania Jakością.

Pełnomocnik SZJ w zakresie realizacji powierzonych zadań podlega bezpośrednio Staroście Powiatu Brzeskiego. Funkcja pełnomocnika pełniona jest niezależnie od innych obowiązków przypisanych temu stanowisku w regulaminie organizacyjnym Urzędu.

Pełnomocnik SZJ posiada niezbędne uprawnienia w zakresie działań związanych z utrzymaniem i doskonaleniem Systemu Zarządzania Jakością oraz odpowiedzialności właściwe do zapewnienia, że procesy potrzebne w Systemie zostały ustanowione, są wdrożone i utrzymywane, przedstawiania kierownictwu Urzędu sprawozdań dotyczących funkcjonowania

Systemu i wszelkich potrzeb związanych z doskonaleniem i upowszechnianiem w Urzędzie (w ramach zakresu SZJ) świadomości dotyczącej wymagań klientów.

Do odpowiedzialności Pełnomocnika SZJ w Urzędzie należy:

- a) rozpowszechnienie założeń Polityki Jakości wśród wszystkich pracowników Urzędu oraz nadzór nad realizacją postanowień tej polityki,
- b) nadzór nad dokumentacją SZJ na etapie jej opracowywania, weryfikacji, aktualizacji, udostępniania i przechowywania,
- c) zapewnienie, że procesy potrzebne w SZJ są ustanowione, wdrożone i utrzymywane,
- d) nadzorowanie aktualności Księgi Jakości,
- e) podejmowanie i koordynowanie inicjatyw związanych z doskonaleniem SZJ,
- f) planowanie prac dotyczących SZJ i nadzór nad ich realizacją,
- g) planowanie przeglądów zarządzania wspólnie z kierownictwem Urzędu oraz nadzór nad realizacją ustaleń wynikających z przeglądów,
- h) przedstawianie kierownictwu Urzędu sprawozdań dotyczących funkcjonowania SZJ i wszelkich potrzeb związanych z jego doskonaleniem,
- i) określenie rodzaju i zakresów materiałów opracowywanych na przegląd zarządzania oraz współpraca z właścicielami procesów,
- j) opiniowanie wniosków o zmianę w dokumentacji SZJ pod kątem zgodności z założeniami wdrożonego wydania normy ISO 9001,
- k) planowanie, nadzorowanie oraz prowadzenie szkoleń z zakresu SZJ,
- l) zarządzanie audytami wewnętrznymi SZJ w zakresie: planowania audytów i nadzoru nad ich realizacją oraz działaniami poaudytowymi oraz nadzorowania zespołu audytorów SZJ,
- m) zarządzanie oceną realizacji działań korygujących oraz zapobiegawczych w odniesieniu do skuteczności funkcjonowania SZJ,
- n) analizowanie raportów z działalności niezgodnej z obowiązującymi w Urzędzie zasadami,
- o) koordynowanie ustaleń dotyczących kontroli zarządczej celem jej integracji z SZJ,
- p) bieżąca współpraca z osobami odpowiedzialnymi za prowadzenie kontroli zarządczej celem integracji z działaniami w zakresie prowadzenia audytów wewnętrznych SZJ oraz oceną funkcjonowania kontroli zarządczej.

Pełnomocnik SZJ posiada uprawnienia do:

- a) wydawania poleceń wszystkim pracownikom Urzędu w zakresie związanym z wdrożeniem, utrzymaniem i doskonaleniem SZJ,
- b) rozstrzygania sporów dotyczących stosowania i interpretacji wymagań zawartych w dokumentacji SZJ,
- c) dostępu do wszystkich dokumentów występujących w Urzędzie, których treść może być istotna z punktu widzenia funkcjonowania SZJ,
- d) wyznaczania audytorów SZJ do przeprowadzenia audytów wewnętrznych SZJ,
- e) reprezentowania Urzędu na zewnątrz w sprawach dotyczących SZJ, w zakresie nie niosącym za sobą zobowiązań finansowych.

### **5.5.3 Komunikacja wewnętrzna**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie efektywności i skuteczności przepływu informacji.*

W Urzędzie funkcjonuje system komunikacji wewnętrznej obejmujący informacje i dane związane z funkcjonowaniem i efektywnością SZJ pomiędzy kierownictwem Urzędu a pracownikami. Do podstawowych zasad należą:

- a) przekazywanie pracownikom informacji adekwatnych do ich wpływu na funkcjonowanie procesów i ich skuteczności,
- b) przekazywanie przełożonym informacji dotyczących nieprawidłowości, zwłaszcza w przypadku braku możliwości samodzielnego ich rozwiązania.

Forma komunikacji wewnętrznej oparta jest na zasadach określonych w obowiązujących aktach normatywnych oraz uregulowaniach wewnętrznych i realizowana jest głównie poprzez:

- a) wykonywanie czynności kancelaryjnych,
- b) organizowane spotkania Starosty Powiatu Brzeskiego z kierownikami komórek organizacyjnych Urzędu,
- c) organizowane spotkań kierowników komórek organizacyjnych Urzędu z pracownikami tych komórek,
- d) funkcjonowanie wewnętrznej sieci (intranetu),

- e) pocztę elektroniczną,
- f) system SIDAS elektronicznie wspierający tradycyjny obieg dokumentacji.

Ponadto zasady komunikacji wewnętrznej określają procedury obowiązujące w Urzędzie, wskazujące na sposób przepływu informacji i danych, jak również tabele opisów procedur zdefiniowane w ramach procesów SZJ w Urzędzie.

W ramach komunikacji wewnętrznej istnieje również możliwość elektronicznego wnioskowania o zmianę w dokumentacji SZJ w systemie SIDAS, co umożliwia w sprawny i szybki sposób uzyskanie informacji zwrotnej w sprawach zgłoszonego wniosku o zmianę.

## **5.6 Przegląd zarządzania**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie skuteczności i efektywności działania.*

W celu zapewnienia stałej przydatności, adekwatności, efektywności i skuteczności funkcjonującego Systemu Zarządzania Jakością, kierownictwo Urzędu przynajmniej raz w roku, dokonuje jego oceny.

Przegląd zarządzania uwzględnia ocenę możliwości doskonalenia i potrzeby zmian w Systemie Zarządzania Jakością, w tym Polityki oraz celów jakościowych. Podczas przeglądu najwyższe kierownictwo zapoznaje się z informacjami przygotowanymi przez Pełnomocnika ds. SZJ oraz właścicieli procesów.

Celem przeglądu jest jego ocena pod kątem stałej zgodności z przyjętymi standardami, skuteczności w osiągnięciu celów oraz przeglądu wyników oceny funkcjonowania kontroli zarządczej w Urzędzie.

Dane na przegląd zarządzania przygotowywane są przez właściwych właścicieli procesów lub innych kierowników komórek organizacyjnych Urzędu, w postaci zestawień, zgodnie z programem przeglądu ustalonym przez Pełnomocnika SZJ oraz w terminach przez niego wyznaczonych.

Podczas przeglądu zarządzania omawiane są następujące informacje:

- a) wyniki audytów i kontroli,

- b) informacje zwrotne od klientów (w tym wyniki badania satysfakcji klientów, informacje wynikające z rozpatrzenia skarg i wniosków, odwołań i zażaleń, zażaleń na niezałatwienie sprawy w terminie lub przewlekłe prowadzenie postępowania, wniosków o wznowienie postępowania lub stwierdzenie nieważności, skarg do sądu administracyjnego),
- c) informacje dotyczące funkcjonowania procesów (zestawiane na podstawie wyników monitorowania procesów w oparciu o ustalone wskaźniki) i zgodności usług z wymaganiami dla nich określonymi,
- d) informacje dotyczące statusu działań korygujących i zapobiegawczych,
- e) wyniki realizacji działań podjętych w następstwie wcześniejszych przeglądów zarządzania,
- f) zmiany, które mogą wpływać na SZJ (w tym zmiany w wymaganiach prawnych, które będą wymagały uwzględnienia w bieżącej działalności, jak również wyniki analizy ryzyka),
- g) zalecenia dotyczące doskonalenia.

W wyniku przeprowadzonego przeglądu zarządzania ustalane są działania niezbędne do podjęcia, w następującym układzie:

- a) zalecenia związane z doskonaleniem skuteczności SZJ i jego procesów,
- b) zalecenia związane ze zidentyfikowanymi podczas przeglądu nieprawidłowościami, wymagającymi podjęcia działań naprawczych,
- c) zalecenia związane z doskonaleniem usług w powiązaniu z wymaganiami klienta (w oparciu o zebrane wyniki analiz informacji zwrotnych od klientów),
- d) wyniki przeglądu aktualności Polityki Jakości i Księgi Jakości oraz ewentualne zalecenia do wprowadzenia zmian w jej treści,
- e) wyniki oceny funkcjonowania kontroli zarządczej w Urzędzie,
- f) zasoby niezbędne do realizacji działań doskonalących ustalonych na przeglądzie.

Pełnomocnik SZJ opracowuje sprawozdanie z przeglądu zarządzania, które po zatwierdzeniu przez Starostę, przekazywane jest właściwym osobom do realizacji wraz z treścią odpowiednich zaleceń poprzeglądowych.

Zapisy z przeprowadzonych przeglądów zarządzania są przechowywane zgodnie z zapisami instrukcji kancelaryjnej.

## **6. Zarządzanie zasobami**

### **6.1. Zapewnienie zasobów**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie ochrony zasobów.*

W celu określenia i zapewnienia zasobów niezbędnych do doskonalenia skuteczności SZJ oraz spełniania oczekiwań lokalnej społeczności, kierownictwo Urzędu przykłada szczególną uwagę do pozyskiwania środków oraz racjonalnego gospodarowania nimi.

Zasoby niezbędne do wdrożenia, funkcjonowania i ciągłej poprawy skuteczności SZJ oraz zwiększenia zadowolenia klientów ze sposobu realizacji zadań publicznych zostały w Urzędzie określone i obejmują:

- a) zasoby ludzkie,
- b) zasoby finansowe,
- c) infrastrukturę, w tym wyposażenie stanowisk pracy,
- d) środowisko pracy.

Wyżej wymienione zasoby zapewnia kierownictwo Urzędu poprzez odpowiednie planowanie i dobór kadry pracowniczej, uwzględniając wymagane kompetencje na stanowiskach pracy, planowanie wydatkowania środków publicznych oraz zakupów materiałów, wyposażenia oraz usług niezbędnych do zapewnienia ciągłości działania Urzędu oraz świadczenia usług w sposób zgodny z wymaganiami prawnymi, efektywny, oszczędny i terminowy.

Dokonywanie wydatków na cele związane z zapewnieniem zasobów następuje w trybie określonym w obowiązujących przepisach prawa, a w szczególności w ustawie o finansach publicznych, prawie zamówień publicznych lub przepisach o organizacjach pożytku publicznego.

Ponadto planowanie zasobów finansowych w postaci budżetu prowadzone jest zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, ze szczególnym uwzględnieniem ustawy o finansach publicznych oraz rozporządzeń wykonawczych. Zatwierdzony budżet jest podstawą do dalszego finansowania działalności Urzędu.

## **6.2. Zasoby ludzkie**

### **6.2.1 Postanowienia ogólne**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania.*

Pracownicy Urzędu wykonujący pracę mającą wpływ na zgodność realizowanych zadań publicznych z wymaganiami dotyczącymi wykonania tych zadań powinni być kompetentni posiadając odpowiednie wykształcenie, umiejętności i doświadczenie.

Kierownictwo Urzędu zapewnia, że mając na uwadze zgodność realizacji zadań publicznych z obowiązującymi przepisami prawa podejmuje działania mające na celu dążenie do zagwarantowania odpowiedniego przygotowania pracowników do realizacji powierzonych im zadań.

Wymagania dotyczące zatrudniania pracowników o odpowiednich kwalifikacjach i przygotowaniu zawodowym zostały określone w ustawie z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych oraz rozporządzeniu w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych.

Dla każdego stanowiska pracy w Urzędzie w zakresie czynności określono zakres odpowiedzialności i uprawnień, przygotowany w oparciu o regulamin organizacyjny Urzędu oraz obowiązujące przepisy prawa. Ponadto przygotowane zostały opisy stanowisk pracy, które w sposób szczegółowy określają wymagane wykształcenie, przeszkolenie, umiejętności i doświadczenie, jakie pracownik na danym stanowisku pracy musi posiadać, aby sprawnie realizować powierzone zadania.

Każdy z pracowników został zapoznany z obowiązkami dotyczącymi jego stanowiska pracy.

## **6.2.2 Kompetencje, szkolenie i świadomość**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania.*

Dobór zawodowy pracowników Urzędu dokonywany jest według kryteriów wynikających z wymagań kwalifikacyjnych określonych w przepisach prawa oraz zakresu zadań, uprawnień i odpowiedzialności na danym stanowisku pracy, jak również opisów stanowisk pracy. Wewnętrzne zasady zatrudniania pracowników zostały uregulowane w odrębnych regulaminach: naboru urzędników oraz służby przygotowawczej, wprowadzonych dla Urzędu odpowiednimi zarządzeniami Starosty.

Wyniki prowadzenia naboru pracowników na stanowiska pracy są dokumentowane, zaś kandydaci do pracy przed rozpoczęciem realizacji powierzonych zadań zostają zapoznani z zakresem zadań uprawnień i odpowiedzialności na stanowiskach, których zostali zatrudnieni. Wprowadzenie do pracy obejmuje zaznajomienie pracownika z (co najmniej) następującymi zagadnieniami:

- a) przepisy prawa dotyczące pracy Urzędu oraz stanowisk urzędniczych,
- b) statut Powiatu,
- c) regulamin organizacyjny Urzędu,
- d) regulamin pracy Urzędu,
- e) Polityka Jakości i Księga Jakości,
- f) zakres odpowiedzialności i uprawnień,
- g) przepisy bezpieczeństwa pracy dotyczące stanowiska pracy (w tym oceną ryzyka zawodowego).

Udokumentowaną informację z rozpoczęcia pracy i zaznajomienia nowego pracownika z zasadami, stanowi karta obiegowa, wdrożona razem z informacją na rozpoczęcie zawierającą podstawowe przydatne informacje, w tym odwołanie do misji Urzędu i zarządzania jakością.

Poziom przygotowania zawodowego oraz kwalifikacji pracowniczych podlega weryfikacji przez bezpośredniego przełożonego pracownika w wyniku służby przygotowawczej oraz okresowej oceny pracowniczej, o których mowa w ustawie o pracownikach samorządowych.



Dokumenty potwierdzające posiadane kompetencje przechowywane są w aktach osobowych pracowników (w tym kopie dokumentów potwierdzających przebyte szkolenia).

Ponadto kierownictwo Urzędu zapewnia swoim pracownikom możliwość rozwoju zawodowego oraz podnoszenia kwalifikacji poprzez system szkoleń, zarówno zewnętrznych jak i wewnętrznych, zapewnienie dostępu do wiedzy fachowej poprzez prenumerowaną prasę oraz elektroniczny dostęp do literatury i system informacji prawnej.

Wszystkie szkolenia przeprowadzane są w oparciu o analizę bieżących potrzeb oraz wnioskowane przez pracowników zakresy niezbędnych szkoleń. Priorytetem podczas kierowania pracownikami na szkolenia, są te, które dotyczą zmian w obowiązujących przepisach prawnych mających zastosowanie do działalności Urzędu.

Celem zapewnienia jak najszerszej dystrybucji wiedzy przez pracowników uczestniczących w szkoleniach, przełożony pracownika uczestniczącego w szkoleniu, jeżeli uzna to za potrzebne, może zobowiązać go do przeprowadzenia spotkania wewnętrznego ze wskazanymi współpracownikami, poświęconego informacjom zdobytym podczas szkolenia, w którym uczestniczył.

Pracownik uczestniczący w szkoleniu, który ocenia je jako niesatysfakcjonujące, jeżeli uzna to za potrzebne, może pozostawić w Wydziale Organizacyjno-Prawnym pisemną opinię o odbytym szkoleniu, która będzie przekazywana kolejnym osobom zgłaszającym zamiar uczestnictwa w szkoleniach prowadzonych przez te same osoby lub podmioty szkolące.

Zapisy (dowody) dotyczące wykształcenia, szkolenia, dyscypliny pracy, umiejętności i doświadczenia pracowników Urzędu przechowywane są w aktach osobowych pracowników lub innych aktach spraw kadrowych. Pieczę nad nimi sprawuje Wydział Organizacyjno-Prawny.

### **6.3 Infrastruktura**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie ochrony zasobów.*

Dla właściwej realizacji zadań publicznych zapewniona została odpowiednia infrastruktura, która podlega bieżącemu nadzorowaniu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i potrzebami w zakresie jej utrzymania, konserwacji i remontów.

Do infrastruktury zalicza się m.in.:

- 1) budynki w Brzegu przy ul. Robotniczej 20 (główna siedziba Urzędu); ul. Robotniczej 12 (część budynku) i ul. Wyszyńskiego 23 (większość budynku), budynek w Grodkowie przy ul. Warszawskiej 29 (część budynku) oraz budynek w Lewinie Brzeskim przy ul. Rynek 26 (część budynku), wraz z instalacjami oraz pomieszczeniami przeznaczonymi do pracy, nad którymi pieczę sprawuje Wydział Organizacyjno-Prawny;
- 2) stanowiska pracy wyposażone w sprzęt komputerowy (w tym drukarki, skanery i urządzenia wielofunkcyjne), dostęp do sieci informatycznej (internet i intranet) oraz z dostępem do oprogramowania komputerowego niezbędnego do sprawnej realizacji usług; pieczę nad wyposażeniem komputerowym, siecią informatyczną oraz oprogramowaniem sprawuje Wydział Organizacyjno-Prawny;
- 3) pozostałą infrastrukturą, którą dysponuje Urząd, a mianowicie:
  - a) siecią telefoniczną wraz z aparatami i centralami telefonicznymi, które umożliwiają bezpośrednie połączenie się z odpowiednimi komórkami organizacyjnymi i stanowiskami pracy oraz sprawny system komunikacji wewnętrznej pomiędzy komórkami organizacyjnymi Urzędu,
  - b) maszynami, urządzeniami, narzędziami niezbędnymi do realizacji usług, tj. sprzętem biurowym (kserokopiarki, faksy, niszczarki itp.) wyposażeniem technicznym, samochodami osobowymi,
  - c) wyposażeniem pomieszczeń biurowych niezbędnym do zapewnienia właściwej obsługi klienta,
  - d) systemem oznaczenia pomieszczeń Urzędu oraz tablicami informacyjnymi,
  - e) systemem zabezpieczeń technicznych obiektów (m.in. system alarmowy, system sygnalizacji pożarowej, drogi ewakuacyjne), które podlegają nadzorowaniu przez Wydział Organizacyjno-Prawny.

## **6.4 Środowisko pracy**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie ochrony zasobów.*

Kierownictwo Urzędu zapewnia odpowiednie środowisko pracy dla realizacji zadań publicznych oraz sprawnej obsługi klientów Urzędu.

Środowisko pracy jest nadzorowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, ze szczególnym uwzględnieniem działu X ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. — Kodeks pracy.

Wymagania dotyczące środowiska pracy określają wewnętrzne dokumenty, takie jak:

- a) regulamin organizacyjny Urzędu
- b) regulamin pracy,
- c) instrukcje stanowiskowe BHP,
- d) instrukcje obsługi urządzeń.

Nadzór nad poszczególnymi elementami środowiska pracy sprawują kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych Urzędu. Pracownicy zobowiązani są do przestrzegania zasad zawartych w opracowanych w tym zakresie dokumentach wewnętrznych.

## **7. Realizacja usługi**

### **7.1 Planowanie realizacji usługi**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie skuteczności i efektywności działania.*

Sposób realizacji usług Urzędu został określony w obowiązujących przepisach prawa oraz w przyjętych dobrych praktykach działania Urzędu jak również w regulaminie organizacyjnym Urzędu. Ponadto tam, gdzie stwierdzono konieczność dodatkowego opisanie sposobu realizacji usług (ze względu na ich specyfikę) w postaci procedur, instrukcji wewnętrznych, tabelach opisów procedur lub kartach usług ePUAP lub BIP — opracowano takie dokumenty.

W procesie planowania realizacji usług Urząd opiera się na powszechnie obowiązujących przepisach prawa, w tym aktach prawa miejscowego, jak również porozumieniach publicznoprawnych zawartych przez Powiat oraz aktach kierownictwa wewnętrznego, z uwzględnieniem udziału społeczności lokalnych w określaniu sposobu realizacji tych zadań.

Fundamentalne znaczenie dla realizacji zadań Urzędu mają:

- a) strategia rozwoju Powiatu,
- b) wieloletnie i roczne powiatowe plany, programy i strategie,
- c) budżet Powiatu, będący rocznym planem dochodów i wydatków Powiatu.

Dla sprawnego realizowania przedmiotowych zadań Urzędu, w ramach jego struktury zdefiniowano procesy, dla których kryterium definiowania były cele kontroli zarządczej określone w art. 68 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych. Każdy proces posiada wyznaczony cel swojego istnienia oraz wymagania dotyczącej jego realizacji w postaci wejść do procesu. W ramach procesów zidentyfikowano również te, które są związane z bezpośrednią realizacją usług przez Urząd (np. *Przygotowanie i wydawanie aktów prawnych*). Tam gdzie kierownictwo Urzędu uznało to za zasadne, określono szczegółowe wewnętrzne wymagania dotyczące sposobu realizacji usług np. w postaci tabel opisów procedur. Dla każdego procesu wyznaczono cele jakościowe przekładane na mierniki i wskaźniki, w przypadku realizowanych usług podstawowym celem jest zgodność z obowiązującymi przepisami prawa.

Jeżeli podczas bieżącej działalności stwierdzona zostanie potrzeba wprowadzenia zmian do procesów lub innych dokumentów określających sposób realizacji procesów, wprowadzono w Urzędzie system wnioskowania o właściwe zmiany w procesach.

Planowanie realizacji usług Urzędu polega na przygotowaniu planów lub projektów:

- a) aktów normatywnych (w tym uchwał i zarządzeń) lub czynności prawnych określających sposób realizacji zadań publicznych w celu zaspokojenia zbiorowych potrzeb społeczności lokalnej (umów, porozumień),
- b) usług publicznych oraz materialnych efektów tych usług,
- c) aktów administracyjnych (decyzji, postanowień, zaświadczeń) w celu załatwienia indywidualnych spraw z zakresu administracji publicznej,
- d) innych dokumentów, czynności prawnych lub czynności materialno-technicznych,
- e) informacji objętych zadaniami Urzędu.

Z przeprowadzanych działań w tym zakresie przechowywane są dowody w postaci zapisów potwierdzających przeprowadzane czynności planistyczne.

## **7.2 Procesy związane z klientem**

### **7.2.1 Określenie wymagań dotyczących usługi**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi.*

Wymagania w stosunku do przygotowywanych i realizowanych przez Urząd usług wynikają z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w tym aktów prawa miejscowego, jak również aktów kierownictwa wewnętrznego, porozumień publicznoprawnych oraz wymagań klientów zdefiniowanych podczas przystępowania do realizacji usługi. Wymagania te wynikają także ze standardów realizacji usługi określonych w postaci tabel opisów procedur lub kart usług ePUAP/BIP.

Oczekiwania klientów (por. pkt 1.1 niniejszej Księgi Jakości) identyfikuje się ponadto poprzez ciągły pomiar satysfakcji klientów. Pomiar prowadzony jest w postaci papierowych lub elektronicznych ankiet Urzędu, w których respondenci mogą określać swoje oczekiwania i wskazać rzeczywisty poziom ich spełnienia. Satysfakcja klientów mierzona jest również na podstawie petycji, wniosków i skarg dotyczących działalności i zadań Urzędu. Na podstawie otrzymanych ankiet, petycji, wniosków i skarg — wprowadzane są działania doskonalące pracę Urzędu, ze szczególnym uwzględnieniem zdefiniowanych oczekiwań.

Od nowej kadencji nowym źródłem identyfikacji wymagań stron zainteresowanych będą również budżety obywatelskie oraz debaty nad raportem o stanie powiatu.

Klienci Urzędu oczekują, że ich sprawy będą załatwiane w sposób rzetelny, terminowy, zgodny z obowiązującymi przepisami prawa a oni zostaną obsłużeni uprzejmie i życzliwie. Spełnienie tych oczekiwań zapewnia kompetentna kadra pracownicza oraz przestrzegane w Urzędzie zasady etyczne.

Kierownictwo Urzędu dąży do zapewnienia takich warunków organizacyjnych, kadrowych i technicznych, aby sposób realizacji zadań przez Urząd nie tylko odpowiadał standardom zaspokajania zbiorowych potrzeb wspólnoty lokalnej oraz formalnym wymogom załatwiania indywidualnych spraw z zakresu administracji publicznej określonym w przepisach prawa, ale również spełniał oczekiwania i wymagania interesantów, odzwierciedlone w indywidualnych wnioskach, opiniach i ocenach.

Wymagania dotyczące realizowanych usług zdefiniowane przez klientów identyfikowane są również poprzez analizę:

- wniosków, zarzutów i protestów składanych w szczególnych procedurach planowania przewidzianych prawem,
- opinii i ocen zebranych w drodze konsultacji społecznych dotyczących projektowanych działań, konsultacji z organizacjami pozarządowymi lub konsultacji z radą działalności pożytku publicznego,
- wniosków i ocen zawartych w podaniach oraz środkach zaskarżenia składanych w postępowaniu administracyjnym,
- skarg i wniosków przekazywanych w trybie określonym w rozdziale VIII Kodeksu postępowania administracyjnego,
- wniosków, opinii i ocen przekazywanych za pośrednictwem środków masowego przekazu,
- opinii i ocen przekazywanych w bezpośrednim kontakcie pracownika z klientem.

Zapoznanie pracowników z wymaganiami dotyczącymi realizowanych usług odbywa się poprzez system komunikacji wewnętrznej, informowanie pracowników o zmianach w dokumentacji Urzędu oraz o wymaganiach dotyczących standardów obsługi klienta.

### **7.2.2 Przegląd wymagań dotyczących usługi**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi.*

Przegląd wymagań dotyczących usługi ma zapewnić, że przed przystąpieniem do jej realizacji zostanie zweryfikowana możliwość zgodnego z przepisami prawa, skutecznego i terminowego zrealizowania usługi Urzędu.

Przegląd ten ma miejsce przed zobowiązaniem się do świadczenia wybranej usługi klientowi, a zwłaszcza na etapie przyjmowania wniosków o realizację usługi lub podczas bezpośredniego kontaktu z klientem, gdy zweryfikowana jest kompletność złożonej dokumentacji umożliwiająca skuteczne przystąpienie do wyświadczenia Usługi.

Wymagane wnioski, formularze, druki i wzory, niezbędne do dostarczenia na okoliczność zainicjowania świadczenia usługi, zostały umieszczone na stronach internetowych Urzędu, w BIP lub ePUAP.

Kierownicy komórek organizacyjnych odpowiedzialnych za realizację poszczególnych rodzajów usług są odpowiedzialni za okresowe (nie rzadziej niż raz w roku) weryfikowanie aktualności i zgodności z przepisami prawa udostępnionych informacji o sposobach świadczenia usługi oraz ich aktualizacji, ponadto w przypadku zmian w obowiązujących przepisach prawa na bieżąco prowadzona jest analiza zgodności tych dokumentów z podstawą prawną.

Wszystkie usługi realizowane w Urzędzie, na każdym etapie realizacji poddawane są weryfikacji, akceptacji, przeglądom, kontroli i ewentualnym działaniom korekcyjnym, korygującym lub zapobiegawczym.

### **7.2.3 Komunikacja z klientem**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie efektywności i skuteczności przepływu informacji.*

W celu zapewnienia skutecznej wymiany informacji pomiędzy Urzędem, a jego klientami wdrożono odpowiednie rozwiązania organizacyjne umożliwiające sprawne prowadzenie komunikacji w zakresie realizowanych zadań publicznych. Do rozwiązań tych należą:

- a) udzielanie informacji bezpośredniej przez pracowników,
- b) umieszczanie w budynkach tablic informujących o rozmieszczeniu komórek organizacyjnych,
- c) udostępnianie informacji na tablicach ogłoszeniowych Urzędu,
- d) udostępnianie informacji na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej zgodnie z zapisami ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej,
- e) stałe terminy przyjmowania interesantów przez Starostę Powiatu Brzeskiego oraz przez pracowników – w godzinach pracy Urzędu; ponadto Klienci mogą zgłaszać swoje uwagi i wnioski bezpośrednio w Urzędzie w godzinach pracy lub za pośrednictwem poczty tradycyjnej,
- f) organizacja systemu przyjmowania i rozpatrywania petycji, wniosków i skarg od klientów; o sposobie składania i przyjmowania skarg i wniosków informuje tablica w podstawowym punkcie kancelaryjnym,
- g) wydawanie i rozpowszechnianie materiałów promocyjnych i informacyjnych,
- h) system zbierania informacji zwrotnej o poziomie zadowolenia klientów (ankiety).

## **7.4 Zakupy**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie ochrony zasobów.*

Dokonywanie zakupów w Urzędzie przeprowadzane jest zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym przede wszystkim zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. — Prawo zamówień publicznych. Przepisom zawartym w ustawie podlegają wszystkie zakupy dostaw, usług i robót budowlanych realizowane przez Urząd. W celu jednolitego określenia zasad prowadzenia zakupów w Urzędzie wprowadzono wewnętrzne uregulowania określające sposób realizacji działań wynikających z postanowień ustawy, w tym i wzory dokumentów. Zgodnie z podziałem zastosowanym w tej ustawie, wewnętrzne uregulowania rozróżniają procedurę dla zamówień, których równowartość przekracza kwotę określoną w art. 4 pkt 8 tej ustawy, i na te, których równowartość nie przekracza tej kwoty

Realizacja procesu zakupów zarówno w trybie ustawowym, jak i regulaminowym, odbywa się w sposób zapewniający zachowanie zasad przejrzystości, uczciwej konkurencji, równego traktowania dostawców, bezstronności i obiektywności oraz zasad oszczędności i uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów.

Dostawcy, a także oferowane przez nich wyroby i usługi, muszą spełnić wymagania określone przez Urząd. Wymagania dotyczące zakupów oraz wykonawców lub dostawców każdorazowo formułowane są w sporządzanym opisie przedmiotu zamówienia, a także poprzez ustalanie warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia. Dostawcy składający oferty podlegają ocenie pod kątem spełnienia zdefiniowanych dla zamówienia wymagań. Realizacja zamówienia zostaje powierzona temu dostawcy/wykonawcy, który spełnia wymagania, a jego oferta zostaje uznana za najkorzystniejszą według wcześniej przyjętych kryteriów oceny. Wyniki oceny wykonawców i ich ofert są dokumentowane i przechowywane wraz z pozostałą dokumentacją prowadzonych postępowań.

Potwierdzanie prawidłowości wykonania dostawy lub usługi odbywa się w sposób protokolarny. Stwierdzone nieprawidłowości w dostawie lub usłudze są usuwane w oparciu o ustaloną z wykonawcą lub dostawcą procedurę reklamacyjną oraz przeprowadzone uzgodnienia pisemne dotyczące sposobu usunięcia nieprawidłowości.

Nadzór nad prawidłowością realizacji zamówień sprawują pracownicy Urzędu wyznaczeni w zawartej umowie do nadzoru nad realizacją zamówienia lub dostawy.



## **7.5 Produkcja i dostarczanie usługi**

### **7.5.1 Nadzorowanie produkcji i dostarczania usługi**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi.*

Zasady realizacji usług określone są powszechnie obowiązującymi przepisami prawa oraz aktami kierownictwa wewnętrznego. Przestrzeganie przez pracowników ww. zasad zapewnia właściwą realizację procesów oraz usług mających zastosowanie do zidentyfikowanych procesów.

Celem realizacji procesów zidentyfikowanych w SZJ jest uzyskanie ich powtarzalności. Sformułowanie to ma również odniesienie do powtarzalności świadczonych przez Urząd usług oraz nadzoru nad ich realizacją.

W Urzędzie realizacja usług odbywa się w sposób nadzorowany. Działania realizowane przez Urząd zostały pogrupowane na procesy, które zostały opomiarowane a ich przebieg jest monitorowany zgodnie z przyjętymi zasadami określania mierników i wskaźników dla procesów. Ponadto w ramach realizowanych procesów zdefiniowano mające zastosowanie wymagania prawne oraz dokumenty wewnętrzne określające wymagania do realizacji procesu, które przekładane są na usługi świadczone w ramach tych procesów. Odpowiedzialnymi za monitorowanie realizacji procesów są wyznaczeni właściciele procesów oraz kierownicy komórek organizacyjnych w ramach ustanowionych mierników i wskaźników przypisywanych do poszczególnych komórek organizacyjnych.

Właściwości usług Urzędu zostały określone w przepisach prawa. Pracownicy mają dostęp do dokumentów i informacji potrzebnych do realizacji usług. Są one rozpowszechniane zgodnie z wewnętrznymi uregulowaniami w zakresie publikacji wewnętrznych aktów prawnych w oparciu o postanowienia procesu „Przygotowanie i wydawanie aktów prawnych”.

W sposób szczegółowy nadzorowanie realizacji usług odbywa się poprzez:

- 1) samokontrolę prowadzoną przez pracowników oraz bieżącą weryfikację prac podległych pracownikom prowadzoną przez kierowników komórek organizacyjnych;

- 2) monitorowanie w ramach określonego w aktach kierownictwa wewnętrznego systemu nadzoru i kontroli wewnętrznej, obejmującego:
  - a) bieżący nadzór i kontrolę funkcjonalną, sprawowaną przez kierownictwo oraz kierowników komórek organizacyjnych Urzędu,
  - b) kontrolę następczą przeprowadzaną przez Zespół Kontroli, Audytora Wewnętrznego według ustawy o finansach publicznych;
- 3) pomiar i ocenę skuteczności procesów w ramach przeglądu zarządzania oraz w trybie określonym przez właścicieli procesów dla monitorowania wskaźników,
- 4) audyty wewnętrzne SZJ, w szczególności w ramach zatwierdzonego planu audytów;
- 5) kontrole zewnętrzne prowadzone przez uprawnione podmioty, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

### **7.5.3 Identyfikacja i identyfikowalność**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi.*

W Urzędzie prowadzona jest identyfikacja usługi m.in. poprzez wprowadzony system identyfikacji przyjmowanych dokumentów i ich rozpowszechniania w Urzędzie. Działania te realizowane są zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności opierając się o postanowienia rozporządzenia kancelaryjnego. Identyfikacja jest prowadzona w oparciu o nadawanie dokumentom znaków spraw zawierających oznaczenie komórki organizacyjnej i symbol kwalifikacyjny określony w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt (JRWA).

Status realizacji usług oraz dokumentów jest określany za pomocą wpisów, podpisów lub pieczęci w stosownych rejestrach, ewidencjach i spisach spraw.

Rozpoznawalności i identyfikacji Urzędu i jego pracowników służą imienne identyfikatory określone w regulaminie pracy Starostwa oraz tabliczki przydrzwiowe.

#### **7.5.4 Własność klienta**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie ochrony zasobów.*

W Urzędzie identyfikuje się własność klienta, którą mogą stanowić przede wszystkim dane osobowe klientów oraz dostarczone dokumenty, które są wymagane przepisami prawa (np. zdjęcia, dokumentacja projektowa dostarczana przez interesanta). Przyjmowanie własności klienta jest sformalizowane i obejmuje rejestrację, weryfikację, zabezpieczanie i ochronę zgodnie z postanowieniami rozporządzenia kancelaryjnego. Ponadto dla własności w postaci danych osobowych stosowane są wymagania określone od 25 maja 2018 r. — w unijnym ogólnym rozporządzeniu o ochronie danych (RODO) oraz w służących jego stosowaniu krajowym ustawie i rozporządzeniach, a wcześniej — określone w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych i rozporządzeniach wykonawczych,

Pracownicy, którzy pracują na stanowiskach, gdzie przetwarzane są dane osobowe, po przeszkoleniu i zobowiązaniu do poufności, otrzymują i podpisują upoważnienia do przetwarzania danych osobowych, na ustandaryzowanych imiennych ewidencjach.

Powierzona własność klienta podlega nadzorowaniu przez pracowników prowadzących sprawę i przechowywana jest w aktach sprawy oraz zabezpieczana przed nieuprawnionym dostępem osób postronnych.

W przypadku zniszczenia bądź zagubienia własności klienta wszczynane jest postępowanie wyjaśniające, o czym klient w miarę możliwości powinien być poinformowany. Zapisy w postaci notatek służbowych lub protokołów, dotyczące ustaleń stron w tym zakresie, przechowywane są w aktach sprawy.

#### **7.5.5 Zabezpieczanie usługi**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi.*

Urząd zapewnia, że usługa wraz z dokumentacją jej dotycząca jest zabezpieczana podczas całego procesu jej realizacji, od momentu przyjęcia wniosku od klienta, poprzez proces rozpatrywania sprawy do momentu jej zakończenia i archiwizacji.

Działania związane z zabezpieczaniem usługi są ściśle określone w obowiązujących przepisach prawa oraz zgodnie z nimi realizowane. Do niniejszego zagadnienia zastosowanie mają następujące akty normatywne:

- a) od 25 maja 2018 r. — unijne ogólne rozporządzenie o ochronie danych (osobowych) oraz służące jego stosowaniu krajowe ustawy i rozporządzenia, a wcześniej — ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych i rozporządzenia wykonawcze,
- b) ustawa z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych i rozporządzenia wykonawcze,
- c) rozporządzenie kancelaryjne (por. pkt 4.2.3 niniejszej Księgi Jakości na s. 12),
- d) ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne i rozporządzenia wykonawcze, w tym dotyczące Krajowych Ram Interoperacyjności (KRI),
- e) zarządzenia Starosty dotyczące bezpieczeństwa informacji (ochrony danych osobowych) i zarządzania uprawnieniami.

Zapewnia się, że dokumentacja sprawy jest zabezpieczona przed nieuprawnionym dostępem poprzez ograniczanie do niej dostępu osób nieuprawnionych, przechowywanie dokumentacji w szafach zamykanych na klucz, przechowywanie dokumentacji w wersji elektronicznej w systemach informatycznych zabezpieczonych hasłami dostępowymi. Korespondencja kierowana do klienta jest przekazywana, w tym w razie potrzeby pakowana, w sposób zapewniający jej zabezpieczenie i dostarczenie do klienta bez utraty jej jakości.

## **7.6 Nadzorowanie wyposażenia do monitorowania i pomiarów**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie ochrony zasobów.*

Wyposażenie pomiarowe używane w Urzędzie jest ewidencjonowane, nadzorowane oraz okresowo sprawdzane i legalizowane przez wyznaczonych pracowników Urzędu.

Nadzorowaniu w ramach SZJ podlega wyposażenie do monitorowania i pomiarów, które jest potrzebne do dostarczenia dowodu zgodności usługi z określonymi wymaganiami.

W Urzędzie zidentyfikowano wyposażenie (w tym urządzenia) do monitorowania i pomiarów oraz ustalono odpowiedzialność za ich nadzorowanie.

## **8. Pomiary, analiza i doskonalenie**

### **8.1 Postanowienia ogólne**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie skuteczności i efektywności działania.*

W Urzędzie zostały zaplanowane oraz wdrożone działania w zakresie prowadzenia monitorowania, pomiaru, analizy i doskonalenia potrzebne do:

- a) wykazania zgodności z wymaganiami dotyczącymi realizowanych usług publicznych,
- b) zapewnienia zgodności SZJ z wymaganiami wewnętrznymi, jak również wymaganiami normatywnymi,
- c) ciągłego doskonalenia skuteczności SZJ.

Zdefiniowane zostały następujące metody pomiaru i analizy działań Urzędu:

- a) kontrole wewnętrzne i zewnętrzne,
- b) audyty wewnętrzne SZJ, mające na celu wykazanie zgodności realizacji procesów z ustalonymi wymaganiami,
- c) przeglądy zarządzania,
- d) okresowe monitorowanie i analizowanie wyników mierników i wskaźników procesów,
- e) badanie satysfakcji klientów wewnętrznych i zewnętrznych,
- f) analiza skarg i wniosków.

## **8.2 Monitorowanie i pomiary**

### **8.2.1 Zadowanie klienta**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie efektywności i skuteczności przepływu informacji.*

W Urzędzie ustalone zostały metody pozyskiwania informacji zwrotnej od klientów, określające poziom spełnienia ich oczekiwań dotyczących realizowanych usług. Do metod pozyskiwania tych informacji należą:

- a) analiza satysfakcji klienta z poziomu świadczonych usług, prowadzona na podstawie wyników ankiet przeprowadzanych w narzędziu informatycznym udostępnianym na stronach Urzędu lub papierowo,
- b) analiza skarg i wniosków,
- c) wyniki spotkań kierownictwa Urzędu z mieszkańcami.

Zebrane w ten sposób informacje są poddawane kompleksowej analizie i na jej podstawie wprowadzane są działania doskonalące realizację usług w powiązaniu z uzyskanymi informacjami dotyczącymi tych usług. Kompleksowe zestawienie dotyczące informacji zwrotnej od klientów omawiane jest na przeglądzie zarządzania.

### **8.2.2 Audyt wewnętrzny**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie skuteczności i efektywności działania.*

W celu określenia odpowiedzialności i wymagań dotyczących planowania i przeprowadzania audytów wewnętrznych SZJ, sporządzania zapisów i przedstawiania wyników audytów oraz oceny skuteczności SZJ i jego procesów — wprowadzono w Urzędzie tabelę opisu procedury „Ocena systemu zarządzania”. Procedura określa zasady planowania i przeprowadzania audytów wewnętrznych SZJ.

Ponadto dla sprawnego funkcjonowania i realizacji audytów wewnętrznych SZJ określono wymagania dla osób pełniących funkcję audytora SZJ oraz zasady ich powoływania.

Przestrzeganie wspomnianych zasad ma zagwarantować profesjonalizm, obiektywizm i bezstronność przeprowadzanych audytów wewnętrznych SZJ. Zasady te zostały opisane w przedmiotowej tabeli opisu procedury. Starosta powołał audytorów SZJ, nadając im stosowne odpowiedzialności i uprawnienia.

Dokumentowanie wyników audytów wewnętrznych SZJ odbywa się za pomocą kart audytu wewnętrznego.

### **8.2.3 Monitorowanie i pomiary procesów**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie skuteczności i efektywności działania.*

Sposób monitorowania procesów zidentyfikowanych w SZJ został określony indywidualnie dla każdego z procesów w tabelach opisów procesów. Dla każdego z procesów zostały wyznaczone cele i sposoby pomiaru (mierniki), wraz ze wskazaniem celu szczegółowego do osiągnięcia przez miernik, jak również wartości oczekiwanych i dopuszczalnych. Ustalono również częstotliwość pomiaru potrzebną do skutecznej realizacji i nadzorowania procesów. Zapewniona została dostępność zasobów (kadrowych, technicznych i finansowych) oraz informacji, które są potrzebne do wspomagania, przebiegu i monitorowania procesów.

Analiza osiągniętych wyników przeprowadzana jest na bieżąco, w trakcie aktualizacji danych bazowych mierników oraz kompleksowo dla okresu sprawozdawczego w trakcie przeglądów zarządzania.

W przypadku stwierdzenia odstępstw od zaplanowanych wartości dla poszczególnych procesów i ich mierników, ustalane są ich przyczyny oraz podejmowane są odpowiednie działania korygujące dokumentowane w karcie miernika.

Monitorowanie mierników może być wspomagane w intranecie.

#### **8.2.4 Monitorowanie i pomiary usługi**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie zgodności z przepisami prawa i procedurami wewnętrznymi.*

W Urzędzie ustalony został sposób monitorowania realizowanych usług celem zapewnienia ich realizacji w warunkach nadzorowanych oraz osiągnięcia zaplanowanych wyników określonych w obowiązujących przepisach prawnych dotyczących ich wykonania, jak również wymaganiach klienta. Monitorowanie realizacji usług prowadzone jest poprzez:

- a) audyty wewnętrzne, w trybie i na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych,
- b) system nadzoru i kontroli wewnętrznej (funkcjonalnej i następczej),
- c) audyty wewnętrzne SZJ, w trybie i na zasadach określonych w tabeli opisu procedury „Ocena systemu zarządzania”,
- d) kontrole zewnętrzne,
- e) bieżący nadzór kierownika komórki organizacyjnej nad działalnością podległych mu pracowników oraz weryfikację i akceptację wydawanych dokumentów, jak również bieżącą analizę terminowości realizowanych zadań oraz ich zgodności z obowiązującymi przepisami prawa.

Jeżeli w trakcie podejmowanych działań zostaną stwierdzone nieprawidłowości, ustalane są ich przyczyny, a następnie podejmowane są odpowiednie działania korygujące, umożliwiające ich usunięcie. Działania te są dokumentowane i przechowywane zgodnie z rozporządzeniem kancelaryjnym.

#### **8.3 Nadzór nad usługą niezgodną**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie zgodności z przepisami prawa i procedurami wewnętrznymi.*

Nadzór nad usługą niezgodną prowadzony jest w oparciu o tabelę opisu procedury „Postępowanie z niezgodnością, działania korygujące i zapobiegawcze” oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. W przypadku zidentyfikowania usługi niezgodnej



w trakcie jej realizacji, zanim wyniki jej wykonania zostaną dostarczone klientowi podejmowane są działania opisane w ww. procedurach. Z podejmowanych działań sporządzane i utrzymywane są zapisy.

Celem prowadzenia nadzoru nad usługą niezgodną jest niedopuszczenie do dostarczenia wyników jej realizacji klientowi np. wydana decyzja administracyjna w oparciu o niekompletną dokumentację sprawy, która wykrywana jest zanim decyzja zostanie dostarczona klientowi.

W przypadku zidentyfikowania usługi niezgodnej, kierownik komórki organizacyjnej, w której identyfikowana jest dana sytuacja, podejmuje decyzję o dalszym postępowaniu z wykrytym zdarzeniem. W pierwszej kolejności podejmuje działania mające na celu wyeliminowanie stwierdzonej nieprawidłowości. Jeżeli jest to niemożliwe zezwala na zakończenie świadczenia usługi po wcześniejszym uzgodnieniu sposobu eliminacji stwierdzonej nieprawidłowości.

Jeżeli zaistnieje sytuacja, w której pomimo prowadzonego nadzoru nad realizacją usługi, dojdzie do niewłaściwego jej zrealizowania np. wydanie aktu normatywnego powołującego się na niewłaściwą podstawę prawną lub przygotowanego w sposób niezgodny z podstawą prawną, podejmowane są odpowiednie działania korekcyjne i korygujące adekwatne do skutków zidentyfikowanej niezgodności. W odniesieniu do tych sytuacji należy uruchomić działania określone w tabeli opisu procedury „Postępowanie z niezgodnością, działania korygujące i zapobiegawcze”. Z podejmowanych działań powstają zapisy zgodnie z opisem w przytoczonych dokumentach.

#### **8.4 Analiza danych**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie wiarygodności sprawozdań.*

W Urzędzie prowadzona jest analiza danych, wynikających z realizowanych zadań publicznych. Źródłami danych do przeprowadzenia przedmiotowej analizy są:

- a) wyniki realizacji celów jakościowych określonych dla procesów oraz mierników w tych procesach zdefiniowanych,
- b) wyniki kontroli i audytów wewnętrznych i zewnętrznych oraz audytów wewnętrznych SZJ,

- c) wyniki analizy skarg i wniosków oraz sposobów ich realizacji, jak również badania satysfakcji klientów Urzędu,
- d) informacje od kierowników komórek organizacyjnych dotyczące zidentyfikowanych w ich obszarach usług niezgodnych z wymaganiami,
- e) wyniki analizy skuteczności wykonania działań korygujących i zapobiegawczych,
- f) wyniki realizacji zamówień publicznych oraz w współpracy z dostawcami i wykonawcami.

Uzyskane wyniki są przedmiotem bieżącej analizy podczas narad kierownictwa oraz zbiorczo omawiane są podczas przeglądu zarządzania. Celem analizy jest wykazanie skuteczności funkcjonowania zidentyfikowanych procesów oraz ich ciągłej przydatności, jak również identyfikacja możliwości prowadzenia działań doskonalących skuteczność funkcjonowania procesów oraz dążenie do jak najlepszych wyników funkcjonowania kontroli zarządczej w Urzędzie.

## **8.5 Doskonalenie**

### **8.5.1. Ciągłe doskonalenie**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie skuteczności i efektywności działania.*

Kierownictwo Urzędu określiło szereg zadań oraz mechanizmów, których wykonanie służy doskonaleniu organizacji. Wdrożono Politykę Jakości, mechanizmy stosowania celów dotyczących jakości, audyty wewnętrzne SZJ, analizę danych, działania korygujące i zapobiegawcze oraz przegląd zarządzania.

### **8.5.2. Działania korygujące**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie skuteczności i efektywności działania.*

Działania korygujące to działania:

- a) podejmowane w celu wyeliminowania przyczyny wykrytej niezgodności lub innej niepożądanego sytuacji,

b) podejmowane w celu zapobieżenia ponownemu wystąpieniu niezgodności.

Korekcją zaś nazywamy działanie, które eliminuje jedynie stwierdzoną niezgodność, nie zaś jej przyczyny, dlatego zaleca się aby w przypadku stwierdzenia niezgodności podejmować również działania korygujące, które wyeliminują źródło nieprawidłowości.

Zasady podejmowania działań korygujących i korekcyjnych w odniesieniu do zidentyfikowanych, w trakcie audytów wewnętrznych SZJ lub podczas bieżącej pracy, niezgodności zostały opisane w tabeli opisu procedury „Postępowanie z niezgodnością, działania korygujące i zapobiegawcze”.

Osoba odpowiedzialna za zidentyfikowaną niezgodność, odpowiedzialna jest za terminowe wdrożenie działań eliminujących przyczyny niezgodności. Działania korygujące dostosowywane są do skutków, jakie mogą wywołać stwierdzone niezgodności.

### **8.5.3. Działania zapobiegawcze**

*Cel kontroli zarządczej, którego spełnienie umożliwia punkt normy: Zapewnienie zarządzania ryzykiem.*

Działania zapobiegawcze to działania:

- a) podejmowane w celu wyeliminowania przyczyny potencjalnej niezgodności (zagrożenia) lub innej potencjalnej sytuacji niepożądanej,
- b) podejmowane w celu zapobieżenia wystąpieniu w przyszłości niezgodności, której dotąd nie było.

Identyfikacja zagrożeń prowadzona jest w oparciu o tabelę opisu procedury „Postępowanie z niezgodnością, działania korygujące i zapobiegawcze”. Zagrożenia zidentyfikowane w bieżącej działalności Urzędu powinny być rozpatrywane pod kątem ryzyk jakie mogą powodować dla procesów i być uwzględniane w procesie analizy ryzyka. W celu wyeliminowania przyczyn zidentyfikowanych zagrożeń wystąpienia niezgodności uruchamiane są przez kierowników komórek organizacyjnych, w których zagrożenie wystąpiło, odpowiednie działania zapobiegawcze. Działania te realizowane są w terminach określonych przez kierowników komórek organizacyjnych. Tryb ten został opisany w odpowiedniej części tabeli opisu procedury „Postępowanie z niezgodnością, działania korygujące i zapobiegawcze”.

Zbiorczo wyniki wprowadzonych działań korygujących i zapobiegawczych podlegają omówieniu podczas narady kierownictwa pełniącej funkcję przeglądu zarządzania.

## **9. Lista procedur w ramach procesów**

- 9.1. Proces: Przygotowywanie i wydawanie aktów prawnych
  - 9.1.1 Procedura: Zarządzanie dokumentacją i zapisami
- 9.2. Proces: Nadzór nad efektywnością i skutecznością wykonywania celów i zadań
  - 9.2.1 Procedura: Oceny systemu zarządzania
  - 9.2.2 Procedura: Postępowanie z niezgodnością, działania korygujące i zapobiegawcze
- 9.3 Proces: Sprawozdawczość z wykonywania zadań publicznych
- 9.4 Proces: Zarządzanie majątkiem
- 9.5 Proces: Zarządzanie zasobami ludzkimi
- 9.6 Proces: Zarządzanie komunikacją
- 9.7 Proces: Zarządzanie ryzykiem

<b>Nr wydania</b>	5
<b>Opracował</b>	Maciej Róg
<b>Data opracowania</b>	2018-03-30
<b>Sprawdził</b>	Genowefa Prorok
<b>Data sprawdzenia</b>	2018-04-04
<b>Zatwierdził</b>	Maciej Stefański
<b>Data zatwierdzenia</b>	2018-04-10

## **TABELA OPISU 1. PROCESU: Przygotowanie i wydawanie aktów prawnych**

**wydanie nr 7**

<b>Numer i nazwa procesu</b>	1. Przygotowanie i wydawanie aktów prawnych
<b>Właściciel procesu</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>a) Naczelnik Wydziału Organizacyjno-Prawnego (wiodący współwłaściciel procesu)</li><li>b) Naczelnik Wydziału Geodezji i Gospodarki Nieruchomościami</li><li>c) Naczelnik Wydziału Budownictwa</li><li>d) Powiatowy Konserwator Zabytków</li><li>e) Naczelnik Wydziału Ochrony Środowiska</li><li>f) Naczelnik Wydziału Komunikacji</li><li>g) Naczelnik Wydziału Oświaty i Sportu</li><li>h) Przewodniczący Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności</li><li>i) Stanowisko ds. Zdrowia</li><li>j) Skarbnik Powiatu Brzeskiego</li><li>k) Kierownik Biura Rady Powiatu</li><li>l) Kierownik Zespołu ds. Zarządzania Kryzysowego, Spraw Wojskowych i Obronnych</li><li>m) Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych</li></ul>
<b>Cel procesu / wyjście z procesu</b>	<p>Celem niniejszego procesu jest zapewnienie wykonywania obowiązków pracowniczych w ramach realizacji zadań publicznych Urzędu w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami prawa, w tym wewnętrznymi aktami normatywnymi i prawnymi Urzędu, poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa,</li><li>b) projektowanie aktów prawa miejscowego, innych uchwał rady i zarządu oraz zarządzeń starosty – tak aby były zgodne z prawem, a w szczególności z zasadami techniki prawodawczej,</li><li>c) wydawanie aktów kończących postępowania administracyjne (decyzje i inne) zgodnych z prawem,</li><li>d) spełnienie właściwych wymagań określonych w aktach kierownictwa wewnętrznego Urzędu.</li></ul>
<b>Przedmiot i zakres procesu</b>	<p>Przedmiotem niniejszego procesu zostały objęte działania związane z:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) przygotowaniem i wydawaniem aktów prawa miejscowego</li></ul>

	<p>oraz aktów kierownictwa wewnętrznego przez organy Powiatu oraz Starostę,</p> <p>b) załatwianiem spraw w toku postępowań administracyjnych kończących się wydaniem decyzji lub innego aktu,</p> <p>c) przestrzeganiem działań wynikających z instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.</p> <p>Zakresem niniejszego procesu zostały objęte wszystkie komórki organizacyjne Urzędu, w tym samodzielne stanowiska pracy, uczestniczące w procesie wydawania ww. uchwał i zarządzeń.</p>
<b>Dokumenty / Wejścia do procesu</b>	<p>a) ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym,</p> <p>b) ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. — Kodeks postępowania administracyjnego,</p> <p>c) rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych,</p> <p>d) rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej”,</p> <p>e) aktualny statut powiatu,</p> <p>f) aktualny regulamin organizacyjny Urzędu,</p> <p>g) Polityka Jakości Urzędu,</p> <p>h) zarządzenie Nr 15/2012 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 8 maja 2012 r. w sprawie obiegu dokumentacji (z późn. zm.),</p> <p>i) zapisy dotyczące działań korekcyjnych, zapobiegawczych, korygujących.</p> <p><b>Zasoby niezbędne do realizacji procesu:</b></p> <p>a) informacje przechowywane w intranecie,</p> <p>b) dostęp do ePUAP,</p> <p>c) poczta elektroniczna,</p> <p>d) system informacji prawnej,</p> <p>e) zasoby pracowników spełniających wymagania kwalifikacyjne określone dla Urzędu.</p>
<b>Dokumenty opisujące sposób realizacji procesu</b>	<p>Procedura: Zarządzanie dokumentacją i zapisami</p> <p><i>Dokumenty przywołane:</i></p> <p><i>Odwołania zewnętrzne:</i></p>
<b>Załączniki do procesu</b>	
<b>Sposób monitorowania procesu</b>	<p><b>MIERNIK 1.1:</b></p> <p>Cel: Pomiar zgodności z prawem aktów prawnych (aktów prawa miejscowego i innych uchwał rady lub zarządu albo zarządzeń starosty)</p> <p>Właściciel celu: współwłaściciel procesu (kierownik danej komórki)</p>

	<p>organizacyjnej) — OR, RP, Fn, CZK, NJ</p> <p>Miernik celu: Poziom zgodności z prawem aktów prawnych (aktów prawa miejscowego i innych uchwał rady lub zarządu albo zarządzeń starosty)</p> <p>Definicja miernika: liczba aktów prawa miejscowego i innych uchwał rady lub zarządu albo zarządzeń starosty, których istotną niezgodność z prawem prawomocnie stwierdził wojewoda lub sąd administracyjny</p> <p>— w ostatnim pełnym roku kalendarzowym</p> <p>Interwał: Raz w roku przed przeglądem zarządzania jakością</p> <p>Wartość oczekiwana: 0</p> <p>Wartość niedopuszczalna: 1 lub więcej</p> <p><b>MIERNIK 1.2:</b></p> <p>Cel: Pomiar zgodności z prawem postępowań administracyjnych w danej komórce organizacyjnej</p> <p>Właściciel celu: współwłaściciel procesu (kierownik danej komórki organizacyjnej) — B, KD, OŚ, G, ZD, ZO, EK, ZAB</p> <p>Miernik celu: Poziom zgodności z prawem postępowań administracyjnych</p> <p>Definicja miernika: liczba zasadnie zaskarżonych postępowań administracyjnych, podzielona przez liczbę zaskarżonych postępowań administracyjnych (lub liczbę 1, aby w mianowniku nie było 0) *100% — w ostatnim pełnym roku kalendarzowym, w danej komórce organizacyjnej, ustalona na podstawie odrębnego aktualnego wydania formularza informacji o sprawach zaskarżonych</p> <p>Interwał: Raz w roku przed przeglądem zarządzania jakością</p> <p>Wartość oczekiwana: poniżej 1%</p> <p>Wartość niedopuszczalna: osiągnięcie/przekroczenie 1%</p>
<b>Ryzyka i szanse</b>	<i>Ryzyka i szanse dla procesu są określone i powiązane z procesem SZJ i działaniami odnoszącymi się do ryzyk i szans oraz oceną skuteczności tych działań — przez właściciela procesu odpowiednio w arkuszach ich identyfikacji, rejestrze, monitoringu lub oprogramowaniu e-Risk, określonych w zarządzeniu starosty ws. zarządzania ryzykiem</i>
<b>Odpowiedzialność za aktualizację karty</b>	wiodący współwłaściciel procesu
<b>Nr wydania karty</b>	7
<b>Opracował</b>	Maciej Róg
<b>Data opracowania</b>	2018-03-30
<b>Sprawdzili</b>	<p>Irena Kokocińska OR</p> <hr/> <p>Izabela Wiecheć G</p> <hr/> <p>Magdalena Krawiecka B</p>

	Radosław Preis ZAB
	Aneta Łakoma OŚ
	Bogusław Szypiński KD
	Mariusz Bochenek EK
	Anna Niesłuchowska ZO
	Agnieszka Folęga ZD
	Barbara Bednarz Fn
	Renata Kawarsja RP
	Janusz Koronkiewicz CZK
	Janusz Oleszczuk NJ
<b>Data sprawdzenia</b>	Jak wyżej.
<b>Zatwierdził</b>	Maciej Stefański
<b>Data zatwierdzenia</b>	2018-04-10



## **TABELA OPISU 2. PROCESU: Nadzór nad efektywnością i skutecznością wykonywania celów i zadań**

wydanie nr 7

<b>Numer i nazwa procesu</b>	2. Nadzór nad efektywnością i skutecznością wykonywania celów i zadań
<b>Właściciel procesu</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>a) Sekretarz Powiatu Brzeskiego (wiodący współwłaściciel procesu)</li><li>b) Skarbnik Powiatu Brzeskiego</li><li>c) Naczelnik Wydziału Organizacyjno-Prawnego</li><li>d) Naczelnik Wydziału Geodezji i Gospodarki Nieruchomościami</li></ul>
<b>Cel procesu / wyjście z procesu</b>	<p>Celem niniejszego procesu jest wyznaczanie celów ukierunkowanych na poprawę jakości świadczonych usług publicznych oraz zadań związanych z rozwojem Powiatu oraz efektywne i skuteczne dążenie do ich realizacji, poprzez realizację następujących zadań:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) wprowadzenie systemu zapewniającego osiągnięcia wyznaczonych celów i zadań publicznych Urzędu w tym:<ul style="list-style-type: none"><li>a) zapewnienie realizacji zakupów zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,</li><li>b) nadzorowanie należytej realizacji zawartych umów z wykonawcami i dostawcami,</li><li>c) monitorowanie zasadności wydatkowania dochodów budżetu,</li><li>d) zapewnienie dokonywania wydatków budżetowych z zachowaniem zasad celowości i oszczędności,</li><li>e) nadzorowanie prowadzenia sprzedaży majątku lub jego likwidacji zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa</li><li>f) przeprowadzanie sprzedaży mienia powiatu oraz likwidacji majątku zgodnie z wymaganiami prawa,</li><li>g) prawidłowe prowadzenie rozliczeń finansowych,</li><li>h) zwindykowanie należności,</li></ul></li><li>2) wdrożeniem działań naprawczych w wyniku przeprowadzenia kontroli przez organy zewnętrzne,</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) określenie skutecznego monitoringu realizacji celów i zadań,</li> <li>4) zapewnienie prawidłowości oraz właściwej jakości pracy (np. zapobieganie uchybieniom i nieprawidłowościom skutkującym wnoszenia skarg na pracowników),</li> <li>5) realizowanie działań korygujących i zapobiegawczych,</li> <li>6) brak niezgodności między wyznaczonymi celami a stanem ich realizacji.</li> </ul>
<p><b>Przedmiot i zakres procesu</b></p>	<p>Przedmiotem niniejszego procesu zostały objęte działania związane z:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) monitorowaniem wyznaczanych celów i zadań w Urzędzie,</li> <li>b) nadzorowaniem skuteczności monitorowania procesów,</li> <li>c) planowaniem i prowadzeniem audytów i kontroli,</li> <li>d) wyznaczaniem mierników i wskaźników dotyczących funkcjonujących procesów, wyznaczanych celów i zadań,</li> <li>e) identyfikowaniem usług niezgodnych, niezgodności i zagrożeń wystąpienia niezgodności,</li> <li>f) wskazywaniem i realizacją działań naprawczych i doskonalących (korekcyjnych, korygujących i zapobiegawczych),</li> <li>g) prowadzeniem porad związanych z przeglądem skuteczności i efektywności wykonywania zadań przez komórki organizacyjne,</li> <li>h) wskazywaniem kierunków doskonalenia pracy Urzędu w oparciu o zbierane i analizowane w urzędzie dane.</li> </ul> <p>Zakresem niniejszego procesu zostały objęte wszystkie komórki organizacyjne Urzędu, w tym samodzielne stanowiska pracy, uczestniczące w wyznaczaniu i realizacji wyznaczanych celów i zadań.</p> <p>Nadzorem w ramach procesu objęte są działania związane z prowadzeniem nadzoru nad zasadnością i prawidłowością wydatkowania środków publicznych, w tym zasady:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) wydatkowania środków publicznych, w tym udzielania zamówień, których równowartość nie przekracza kwoty określonej w art. 4 pkt 8 ustawy — Prawo zamówień publicznych, jak również tych, których równowartość przekracza tę kwotę,</li> <li>b) prowadzenia sprzedaży mienia powiatu oraz likwidacją majątku,</li> <li>c) prowadzenia rozliczeń finansowych,</li> <li>d) nadzorowania zawartych umów,</li> <li>e) windykacji należności.</li> </ul>
<p><b>Dokumenty / Wejścia do procesu</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym,</li> <li>b) ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych,</li> <li>c) ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. — Prawo zamówień publicznych,</li> <li>d) aktualny statut powiatu,</li> <li>e) aktualny regulamin organizacyjny Urzędu,</li> <li>f) Polityka Jakości Urzędu,</li> </ul>

	<p>g) Księga Jakości Urzędu,  h) ustandaryzowana imienna ewidencja upoważnień dotycząca audytorów wewnętrznych SZJ,  i) zarządzenie Nr 36/2011 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 20 czerwca 2011 r. w sprawie kontroli zarządczej (z późn. zm.),  j) zarządzenie Nr 40/2016 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 19 października 2016 r. w sprawie zarządzania ryzykiem (z późn. zm.) w zakresie planowania pracy,  k) aktualny regulamin zamówień publicznych,  l) tabela procedury „Postępowanie z niezgodnością, działania korygujące i zapobiegawcze”,  m) tabela procedury „Ocena systemu zarządzania”,  n) wymagania normy PN-EN ISO 9001:2015-10 Systemy Zarządzania Jakością – Wymagania,  o) zgłoszone incydenty, zagrożenia wystąpienia niezgodności oraz niezgodności,  p) wyniki kontroli organów zewnętrznych,</p> <p><b>Zasoby niezbędne do realizacji procesu:</b>  kompetencje w zakresie prowadzenia audytów wewnętrznych SZJ (przeszkoleni pracownicy posiadający certyfikaty audytorów wewnętrznych SZJ wg ISO 9001) oraz kontroli i audytów wewnętrznych w rozumieniu przepisów o finansach publicznych, zasoby finansowe niezbędne do wykonania zaplanowanych celów i zadań, zewnętrzna firma audytowa.</p>
<p><b>Dokumenty opisujące sposób realizacji procesu</b></p>	<p>Procedura: Ocena systemu zarządzania  <i>Dokumenty przywołane:</i>  <i>Odwolania zewnętrzne:</i></p>
<p><b>Załączniki do procesu</b></p>	
<p><b>Sposób monitorowania procesu</b></p>	<p><b>MIERNIK 2.1:</b>  Cel: Pomiar doskonalenia postępowania z niezgodnościami i potencjalnymi niezgodnościami  Właściciel celu: Sekretarz Powiatu, Naczelnik Wydziału Organizacyjno-Prawnego, Skarbnik Powiatu  Miernik celu: Poziom doskonalenia postępowania z niezgodnościami i potencjalnymi niezgodnościami  Definicja miernika: suma liczb:  — zasadnych skarg (z rejestru skarg i wniosków)  — zewnętrznych i wewnętrznych kontroli i audytów (wg ustawy o finansach publicznych) dotyczących działalności Urzędu, które zakończyły się zaleceniami pokontrolnymi lub inną formą stwierdzenia niezgodności (także zagrożeń)  — niezgodności lub potencjalnych niezgodności (wpisanych do rejestru), wobec których działania oceniono negatywnie, albo nie wyznaczono żadnych działań  ...w ostatnim pełnym roku kalendarzowym, ustalonych</p>

	<p>na podstawie informacji z rejestru skarg, rejestru niezgodności oraz klas JRWA dla koordynacji w OR kontroli zewnętrznych i planów kontroli</p> <p>Interwał: Raz w roku przed przeglądem zarządzania jakością</p> <p>Wartość oczekiwana: 0</p> <p>Wartość niedopuszczalna: 1 lub więcej</p> <p><b>MIERNIK 2.2:</b></p> <p>Cel: Pomiar zgodności z prawem sprzedaży mienia powiatu</p> <p>Właściciel celu: Naczelnik Wydziału Geodezji i Gospodarki Nieruchomościami</p> <p>Miernik celu: Poziom zgodności z prawem sprzedaży mienia powiatu</p> <p>Definicja miernika: liczba uznanych za zasadne skarg uczestników przetargów na sprzedaż nieruchomości podzielona przez liczbę przeprowadzonych przetargów na sprzedaż nieruchomości — pozostających w gospodarce organów powiatu lub starosty, w ostatnim pełnym roku kalendarzowym</p> <p>Interwał: Raz w roku przed przeglądem zarządzania jakością</p> <p>Wartość oczekiwana: poniżej 1%</p> <p>Wartość niedopuszczalna: osiągnięcie/przekroczenie 1%</p>
<b>Ryzyka i szanse</b>	<i>Ryzyka i szanse dla procesu są określone i powiązane z procesem SZJ i działaniami odnoszącymi się do ryzyk i szans oraz oceną skuteczności tych działań — przez właściciela procesu odpowiednio w arkuszach ich identyfikacji, rejestrze, monitoringu lub oprogramowaniu e-Risk, określonych w zarządzeniu starosty ws. zarządzania ryzykiem</i>
<b>Odpowiedzialność za aktualizację karty</b>	wiodący współwłaściciel procesu
<b>Nr wydania karty</b>	7
<b>Opracował</b>	Maciej Róg
<b>Data opracowania</b>	2018-03-30
<b>Sprawdził</b>	Genowefa Prorok Barbara Bednarz Fn Irena Kokocińska OR Izabela Wiecheć G
<b>Data sprawdzenia</b>	Jak wyżej.
<b>Zatwierdził</b>	Maciej Stefański
<b>Data zatwierdzenia</b>	2018-04-10

## **TABELA OPISU 3. PROCESU: Sprawozdawczość z wykonywania zadań publicznych**

**wydanie nr 7**

<b>Numer i nazwa procesu</b>	3. Sprawozdawczość z wykonywania zadań publicznych
<b>Właściciel procesu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Sekretarz Powiatu Brzeskiego (wiodący współwłaściciel procesu)</li> <li>b) Skarbnik Powiatu Brzeskiego</li> <li>c) Naczelnik Wydziału Organizacyjno-Prawnego</li> <li>d) Naczelnik Wydziału Budownictwa</li> <li>e) Naczelnik Wydziału Ochrony Środowiska</li> <li>f) Stanowisko ds. Zdrowia</li> <li>g) Naczelnik Wydziału Oświaty i Sportu</li> <li>h) Naczelnik Wydziału Geodezji i Gospodarki Nieruchomościami</li> <li>i) Kierownik Zespołu ds. Zarządzania Kryzysowego, Spraw Wojskowych i Obronnych</li> <li>j) Przewodniczący Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności</li> <li>k) Wydział Komunikacji</li> </ul>
<b>Cel procesu / wyjście z procesu</b>	<p>Celem niniejszego procesu jest zapewnienie wiarygodności sporządzanych przez Urząd sprawozdań dotyczących realizacji zadań publicznych, poprzez realizację następujących zadań:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) funkcjonowanie systemu monitorowania prawidłowości przygotowywania sprawozdań poprzez wprowadzenie zasady 2 par oczu (przygotowane dane podlegają weryfikacji przez pracownika komórki organizacyjnej),</li> <li>b) sporządzanie sprawozdań finansowych na podstawie zatwierdzonych ksiąg rachunkowych,</li> <li>c) przygotowywanie terminowo i zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa sprawozdań z działalności Urzędu,</li> <li>d) przygotowywanie i zatwierdzenie sprawozdań z wykonania celów i zadań przez komórki organizacyjne dla kierownictwa Urzędu,</li> <li>e) przygotowywanie i zatwierdzanie oświadczeń o stanie kontroli zarządczej.</li> </ul>
<b>Przedmiot i zakres procesu</b>	<p>Przedmiotem niniejszego procesu są działania związane z:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) przygotowywaniem sprawozdań finansowych,</li> <li>b) przygotowywaniem sprawozdań dla kierownictwa Urzędu z realizacji celów i zadań przydzielonych komórkom organizacyjnym,</li> <li>c) przygotowywaniem sprawozdań z realizacji budżetu,</li> <li>d) przygotowywaniem oświadczeń i innych dokumentów z realizacji</li> </ul>

	<p>funkcjonowania kontroli zarządczej,</p> <p>e) przygotowaniem sprawozdań z działalności Urzędu.</p> <p>Zakresem niniejszego procesu zostały objęte wszystkie komórki organizacyjne oraz samodzielne stanowiska urzędu uczestniczące w przygotowywaniu sprawozdań.</p>
<b>Dokumenty / Wejścia do procesu</b>	<p>a) ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym,</p> <p>b) ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych,</p> <p>c) ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości,</p> <p>d) ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. — Prawo zamówień publicznych,</p> <p>e) rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie sprawozdawczości budżetowej,</p> <p>f) rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 4 marca 2010 r. w sprawie sprawozdań jednostek sektora finansów publicznych w zakresie operacji finansowych,</p> <p>g) aktualny statut powiatu,</p> <p>h) aktualny regulamin organizacyjny Urzędu,</p> <p>i) zarządzenie Nr 36/2011 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 20 czerwca 2011 r. w sprawie kontroli zarządczej (z późn. zm.),</p> <p>j) obowiązki w zakresie terminowego oraz zgodnego z obowiązującymi przepisami prawa składania sprawozdań.</p>
<b>Dokumenty opisujące sposób realizacji procesu</b>	<p><i>Dokumenty przywołane:</i></p> <p><i>Odwołania zewnętrzne:</i></p>
<b>Załączniki do procesu</b>	
<b>Sposób monitorowania procesu</b>	<p><b>MIERNIK 3.1:</b></p> <p>Cel: Pomiar terminowości i zgodności ze stanem prawnym i faktycznym sprawozdań w danej komórce organizacyjnej</p> <p>Właściciel celu: współwłaściciel procesu (kierownik danej komórki organizacyjnej) — OR, B, G, ZO, ZD, OŚ, Fn, CZK, EK, KD</p> <p>Miernik celu: Poziom terminowości i zgodności ze stanem prawnym i faktycznym sprawozdań w danej komórce organizacyjnej</p> <p>Definicja miernika: suma łącznej liczby dni opóźnień w doręczaniu sprawozdań oraz łącznej liczby ich korekt, podzielona przez liczbę wymaganych sprawozdań — w danej komórce organizacyjnej, w ostatnim pełnym roku kalendarzowym, ustalona na podstawie odrębnego aktualnego wydania formularza informacji o planach i sprawozdaniach</p> <p>Interwał: Raz w roku przed przeglądem zarządzania jakością</p> <p>Wartość oczekiwana: poniżej 1%</p> <p>Wartość niedopuszczalna: osiągnięcie/przekroczenie 1%</p>
<b>Ryzyka i szanse</b>	<p><i>Ryzyka i szanse dla procesu są określone i powiązane z procesem SZJ i działaniami odnoszącymi się do ryzyk i szans oraz oceną skuteczności tych działań — przez właściciela procesu odpowiednio w arkuszach ich identyfikacji, rejestrze, monitoringu lub oprogramowaniu e-Risk, określonych w zarządzeniu starosty ws. zarządzania ryzykiem</i></p>

<b>Odpowiedzialność za aktualizację karty</b>	wiodący współwłaściciel procesu
<b>Nr wydania karty</b>	7
<b>Opracował</b>	Maciej Róg
<b>Data opracowania</b>	2018-03-30
<b>Sprawdzili</b>	Genowefa Prorok
	Barbara Bednarz Fn
	Irena Kokocińska OR
	Magdalena Krawiecka B
	Aneta Łakoma OŚ
	Agnieszka Fołęga ZD
	Mariusz Bochenek EK
	Izabela Wiecheć G
	Janusz Koronkiewicz CZK
	Anna Niesłuchowska ZO
	Bogusław Szypiński KD
<b>Data sprawdzenia</b>	Jak wyżej.
<b>Zatwierdził</b>	Maciej Stefański
<b>Data zatwierdzenia</b>	2018-04-10

## **TABELA OPISU 4. PROCESU: Zarządzanie majątkiem**

**wydanie nr 7**

<b>Numer i nazwa procesu</b>	4. Zarządzanie majątkiem
<b>Właściciel procesu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Sekretarz Powiatu Brzeskiego (wiodący współwłaściciel procesu)</li> <li>b) Naczelnik Wydziału Organizacyjno-Prawnego</li> <li>c) Skarbnik Powiatu Brzeskiego</li> <li>d) Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych</li> <li>e) Stanowisko (docelowo: Inspektor) Ochrony Danych</li> </ul>
<b>Cel procesu / wyjście z procesu</b>	<p>Celem niniejszego procesu jest zapewnienie zgodnego prawem, efektywnego, terminowego zarządzania mieniem Powiatu w tym gospodarowania środkami finansowymi i prawami niemajątkowymi Powiatu, poprzez realizację następujących zadań:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) niedopuszczanie do wystąpienia strat w majątku jednostki, spowodowanych np. dostępem osób nieuprawnionych czy brakiem systemu odpowiedzialności materialnej z tytułu powierzonego mienia,</li> <li>2) skuteczne nadzorowanie informacji chronionych (informacje niejawne, tajemnica skarbową, dane osobowe) poprzez: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) realizację postanowień polityki bezpieczeństwa informacji, zapewniającej odpowiednie zabezpieczenie informacji, systemów informatycznych i dokumentów,</li> <li>b) zabezpieczenie systemów informatycznych przed nieuprawnionym dostępem,</li> <li>c) zabezpieczenie danych i dokumentów przed nieuprawnionym dostępem,</li> <li>d) ustanowione strefy dostępu;</li> </ul> </li> <li>3) zapewnienie terminowości realizacji umów i porozumień, odpowiednio cywilnoprawnych lub publicznoprawnych, zawartych przez Powiat za pośrednictwem Urzędu, oraz zarządzanie tymi umowami i porozumieniami poprzez bieżące prowadzenie ich rejestrów,</li> <li>4) prawidłowe ustanowienie i realizacja polityki rachunkowości,</li> <li>5) sprawne zabezpieczenie fizyczne Urzędu,</li> <li>6) zapewnienie spełniania wymagań prawnych poprzez infrastrukturę techniczną Urzędu,</li> <li>7) zapewnienie celowego i oszczędnego wydatkowania środków publicznych,</li> </ul>



	<p>8) zapewnienie określenia uprawnień do zasobów Urzędu,            9) prawidłowe prowadzenie ewidencji środków trwałych,            10) nadzór nad powierzonym mieniem Powiatu.</p>
<p><b>Przedmiot i zakres procesu</b></p>	<p>Przedmiotem niniejszego procesu zostały objęte działania związane z:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) określeniem zasad zarządzania uprawnieniami dostępowymi do zasobów Urzędu,</li> <li>b) zapewnieniem bezpieczeństwa informacji przetwarzanych w Urzędzie,</li> <li>c) zapewnieniem ochrony fizycznej Urzędu,</li> <li>d) prowadzeniem ewidencji środków trwałych,</li> <li>e) zapewnieniem nadzoru nad zawieranymi umowami cywilnoprawnymi oraz publicznoprawnymi zawartymi przez Powiat Brzeski za pośrednictwem Urzędu,</li> <li>f) zapewnieniem ochrony przed utratą lub zniszczeniem powierzonego mienia.</li> </ul> <p>Zakresem niniejszego procesu zostały objęte wszystkie komórki organizacyjne Urzędu, w tym samodzielne stanowiska pracy, zarządzające mieniem powiatu.</p>
<p><b>Dokumenty / Wejścia do procesu</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym,</li> <li>b) ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych,</li> <li>c) ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych,</li> <li>d) ustawa z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych,</li> <li>e) ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości,</li> <li>f) rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 4 września 2015 r. w sprawie audytu wewnętrznego oraz informacji o pracy i wynikach tego audytu,</li> <li>g) rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 25 października 2010 r. w sprawie zasad rachunkowości oraz planów kont dla organów podatkowych jednostek samorządu terytorialnego,</li> <li>h) rozporządzenie Ministra Rozwoju i Finansów z dnia 13 września 2017 r. w sprawie rachunkowości oraz planów kont dla budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego, jednostek budżetowych, samorządowych zakładów budżetowych, państwowych funduszy celowych oraz państwowych jednostek budżetowych mających siedzibę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej</li> <li>i) aktualny statut powiatu,</li> <li>j) aktualny regulamin organizacyjny Urzędu,</li> <li>k) zarządzenie Nr 17/2018 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 28 marca 2018 r. w sprawie zarządzania uprawnieniami,</li> <li>l) zarządzenie Nr 45/2010 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 31 grudnia 2010 r. w sprawie wprowadzenia zasad rachunkowości (z późn. zm.),</li> <li>m) zarządzenie Nr 14/2011 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie instrukcji obiegu i kontroli dokumentów księgowych (z późn. zm.),</li> <li>n) zarządzenie Nr 12/2011 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie instrukcji inwentaryzacyjnej Starostwa Powiatowego w Brzegu,</li> <li>o) polityka bezpieczeństwa oraz instrukcja zarządzania systemem</li> </ul>

	<p>informatycznym, określone w zarządzeniu Starosty z zakresu bezpieczeństwa informacji i ochrony danych osobowych</p> <p>p) plan zabezpieczenia fizycznego obiektów Urzędu,  q) licencje oprogramowania,  r) plan określenia stref dostępu,  s) plan przeprowadzenia przeglądów obiektów Urzędu,  t) plan zapewnienia zgodności z wymaganiami ochrony przeciwpożarowej.</p> <p><b>Zasoby niezbędne do realizacji procesu:</b></p> <p>a) zabezpieczenia techniczne obiektów Urzędu,  b) oprogramowanie wspomagające prowadzenie rozliczeń finansowych,  c) zabezpieczenia systemów informatycznych,  d) serwery i infrastruktura IT,  e) książki obiektów budowlanych zarządzanych przez Urząd.</p>
<b>Dokumenty opisujące sposób realizacji procesu</b>	<p><i>Dokumenty przywołane:</i>  <i>Odwolania zewnętrzne:</i></p>
<b>Załączniki do procesu</b>	
<b>Sposób monitorowania procesu</b>	<p><b>MIERNIK 4.1:</b>  Cel: Pomiar doskonalenia postępowania z informacjami  Właściciel celu: Sekretarz Powiatu, Naczelnik Wydziału Organizacyjno-Prawnego, Pełnomocnik ds. Informacji Niejawnych  Miernik celu: Poziom doskonalenia postępowania z informacjami  Definicja miernika: liczba incydentów naruszenia bezpieczeństwa informacji co do których nie podjęto działań korekcyjnych, korygujących lub zapobiegawczych  Interwał: Raz w roku przed przeglądem zarządzania jakością  Wartość oczekiwana: 0  Wartość niedopuszczalna: 1 lub więcej</p> <p><b>MIERNIK 4.2:</b>  Cel: Pomiar terminowości gospodarowania środkami finansowymi  Właściciel celu: Skarbnik Powiatu (Fn)  Miernik celu: Poziom terminowości gospodarowania środkami finansowymi  Definicja miernika: liczba nieterminowo uregulowanych zobowiązań wynikających z zwartych umów z wykonawcami / dostawcami, podzielona przez łączną liczbę zawartych umów — w danym roku kalendarzowym  Interwał: Raz w roku przed przeglądem zarządzania jakością  Wartość oczekiwana: poniżej 1%  Wartość niedopuszczalna: osiągnięcie/przekroczenie 1%</p>
<b>Ryzyka i szanse</b>	<p><i>Ryzyka i szanse dla procesu są określone i powiązane z procesem SZJ i działaniami odnoszącymi się do ryzyk i szans oraz oceną</i></p>

	<i>skuteczności tych działań — przez właściciela procesu odpowiednio w arkuszach ich identyfikacji, rejestrze, monitoringu lub oprogramowaniu e-Risk, określonych w zarządzeniu starosty ws. zarządzania ryzykiem</i>
<b>Odpowiedzialność za aktualizację karty</b>	wiodący współwłaściciel procesu
<b>Nr wydania karty</b>	7
<b>Opracował</b>	Maciej Róg
<b>Data opracowania</b>	2018-03-30
<b>Sprawdzili</b>	Genowefa Prorok
	Irena Kokocińska OR
	Barbara Bednarz Fn
	Janusz Oleszczuk NJ
	Marzena Stanek ODO
<b>Data sprawdzenia</b>	Jak wyżej.
<b>Zatwierdził</b>	Maciej Stefański
<b>Data zatwierdzenia</b>	2018-04-10

## **TABELA OPISU 5. PROCESU: Zarządzanie zasobami ludzkimi**

wydanie nr 7

<b>Numer i nazwa procesu</b>	5. Zarządzanie zasobami ludzkimi
<b>Właściciel procesu</b>	a) Sekretarz Powiatu Brzeskiego (wiodący współwłaściciel procesu) b) Naczelnik Wydziału Organizacyjno-Prawnego
<b>Cel procesu / wyjście z procesu</b>	Celem niniejszego procesu jest zapewnienie wśród pracowników Urzędu prawidłowego naboru, doskonalenia zawodowego, warunków pracy i płacy oraz etycznego zachowania poprzez: a) zapobieganie mobbingowi, b) eliminacja przypadków działania w sytuacji konfliktu interesów, zarówno wewnątrz jednostki (relacji podległości między osobami spokrewnionymi), jak i z podmiotami zewnętrznymi, c) zatrudnianie pracowników spełniających zdefiniowane wymagania kompetencyjne na poszczególnych stanowiskach pracy, d) zapewnienie rozwoju zawodowego poprzez system szkoleń oraz działań umożliwiających podnoszenia kwalifikacji oraz wiedzy pracowników Urzędu, e) prowadzenie oceny skuteczności podejmowanych działań podnoszących kompetencje zawodowe oraz wiedzę pracowników, f) prowadzenie okresowych ocen pracowniczych, g) zapewnienie aktualnych i jednoznacznych opisów stanowisk pracy, zakresów odpowiedzialności i uprawnień pracowników oraz zastępstw pracowników na stanowiskach urzędniczych, h) odzwierciedlenie wyników wartościowania stanowisk pracy w systemie wynagradzania, i) zapewnienie świadomości odpowiedzialności i uprawnień oraz obowiązków pracownikom Urzędu wynikających z przepisów prawa.
<b>Przedmiot i zakres procesu</b>	Przedmiotem niniejszego procesu są działania związane z: a) prowadzeniem naboru pracowników,

	<ul style="list-style-type: none"> <li>b) organizacją służby przygotowawczej,</li> <li>c) wprowadzaniem nowego pracownika do pracy,</li> <li>d) określaniem zastępstw,</li> <li>e) określaniem odpowiedzialności i uprawnień pracowników Urzędu, wymaganych kompetencji do realizacji zadań publicznych,</li> <li>f) identyfikacją potrzeb w zakresie rozwoju zawodowego oraz podnoszenia kwalifikacji i wiedzy pracowników,</li> <li>g) realizacją potrzeb w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz wiedzy na stanowiskach pracy oraz prowadzeniem oceny skuteczności podjętych działań,</li> <li>h) określeniem zasad etycznego postępowania,</li> <li>i) wartościowaniem stanowisk pracy oraz prowadzeniem ocen pracowniczych,</li> <li>j) obsługą kadrowo-płacową pracowników Urzędu,</li> <li>k) zapewnieniem odpowiedniego środowiska pracy.</li> </ul> <p>Zakresem niniejszego procesu zostały objęte wszystkie komórki organizacyjne Urzędu, w tym samodzielne stanowiska pracy.</p>
<p><b>Dokumenty / Wejścia do procesu</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy,</li> <li>b) ustawa dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych,</li> <li>c) rozporządzenie w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych,</li> <li>d) aktualny regulamin organizacyjny Urzędu,</li> <li>e) zarządzenie Nr 15/2009 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 5 maja 2009 r. w sprawie regulaminu wynagradzania w Starostwie Powiatowym w Brzegu (z późn. zm.),</li> <li>f) zarządzenie Nr 33/2012 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 18 września 2012 r. w sprawie opisów i wartościowania stanowisk pracy (z późn. zm.),</li> <li>g) aktualny regulamin naboru,</li> <li>h) aktualny regulamin służby przygotowawczej,</li> <li>i) zarządzenie Nr 32/2012 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 18 września 2012 r. w sprawie pomiaru satysfakcji pracowników (z późn. zm.),</li> <li>j) zarządzenie Nr 33/2012 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 18 września 2012 r. w sprawie opisów i wartościowania stanowisk pracy (z późn. zm.)</li> <li>k) upoważnienia i pełnomocnictwa wydawane przez Starostę i Zarząd Powiatu,</li> <li>l) opisy stanowisk pracy określające wymagania kwalifikacyjne na stanowiskach pracy,</li> <li>m) potrzeby pracowników w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz wiedzy na stanowiskach pracy,</li> <li>n) wyniki badania satysfakcji pracowników Urzędu,</li> <li>o) potrzeby w zakresie zatrudnienia nowych pracowników Urzędu,</li> </ul>

	<p>p) zawarte umowy o pracę oraz umowy cywilnoprawne.</p> <p><b>Zasoby niezbędne do realizacji procesu:</b></p> <p>a) budżet wynagrodzeń pracowniczych,  b) budżet szkoleniowy,  c) Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych Urzędu,  d) środki na wydatki związane z podróżami służbowymi.</p>
<b>Dokumenty opisujące sposób realizacji procesu</b>	<p><i>Dokumenty przywołane:</i>  <i>Odwołania zewnętrzne:</i></p>
<b>Załączniki do procesu</b>	
<b>Sposób monitorowania procesu</b>	<p><b>MIERNIK 5.1:</b>  Cel: pomiar satysfakcji pracowników  Właściciel celu: Sekretarz Powiatu, Naczelnik Wydziału Organizacyjno-Prawnego  Miernik celu: Poziom satysfakcji pracowników  Definicja miernika: najniższy ze wskaźników poziomu satysfakcji pracowników w Systemie Elektronicznych Kwestionariuszy Pomiaru Satysfakcji Pracowników KPSP — w ostatnim pełnym roku kalendarzowym, ustalony na podstawie zestawienia analizy wyników  Interwał: Raz w roku przed przeglądem zarządzania jakością  Wartość oczekiwana: co najmniej 3 (włącznie)  Wartość niedopuszczalna: mniej niż 3</p>
<b>Ryzyka i szanse</b>	<p><i>Ryzyka i szanse dla procesu są określone i powiązane z procesem SZJ i działaniami odnoszącymi się do ryzyk i szans oraz oceną skuteczności tych działań — przez właściciela procesu odpowiednio w arkuszach ich identyfikacji, rejestrze, monitoringu lub oprogramowaniu e-Risk, określonych w zarządzeniu starosty ws. zarządzania ryzykiem</i></p>
<b>Odpowiedzialność za aktualizację karty</b>	wiodący współwłaściciel procesu
<b>Nr wydania karty</b>	7
<b>Opracował</b>	Maciej Róg
<b>Data opracowania</b>	2018-03-30
<b>Sprawdzili</b>	<p>Genowefa Prorok</p> <hr/> <p>Irena Kokocińska OR</p>
<b>Data sprawdzenia</b>	Jak wyżej.
<b>Zatwierdził</b>	Maciej Stefański
<b>Data zatwierdzenia</b>	2018-04-10

## TABELA OPISU 6. PROCESU: Zarządzanie komunikacją

wydanie nr 7

<b>Numer i nazwa procesu</b>	6. Zarządzanie komunikacją
<b>Właściciel procesu</b>	a) Naczelnik Wydziału Organizacyjno-Prawnego (wiodący współ-właściciel procesu) b) Naczelnik Wydziału Rozwoju i Promocji
<b>Cel procesu / wyjście z procesu</b>	Celem niniejszego procesu jest zapewnienie skuteczności przepływu informacji pomiędzy komórkami organizacyjnymi Urzędu oraz pomiędzy pracownikami Urzędu a klientami (interesantami) w zakresie realizacji zadań publicznych, poprzez realizację następujących działań: a) wprowadzenie skutecznego wewnętrznego systemu obiegu informacji, b) wprowadzenie skutecznego systemu obiegu informacji z podmiotami zewnętrznymi / jednostkami podległymi i nadzorowanymi, c) zapewnienie aktualnych i zgodnych z przepisami prawa informacji zamieszczanych obowiązkowo lub fakultatywnie na stronie internetowej, w Biuletynie Informacji Publicznej, ePUAP lub sieci intranet, d) osiągnięcie akceptowalnych wyników badania satysfakcji klientów, e) brak uzasadnionych skarg i wniosków związanych z niewłaściwą komunikacją Urzędu z klientem, f) przeprowadzanie badania satysfakcji klientów Urzędu oraz pracowników Urzędu, g) skuteczne i terminowe komunikowanie zmian w aktach normatywnych pracownikom Urzędu.
<b>Przedmiot i zakres procesu</b>	Przedmiotem niniejszego procesu są działania związane z: a) określeniem zasad komunikacji wewnętrznej, w tym zasad przekazywania dokumentów pomiędzy komórkami organizacyjnymi i stanowiskami w Urzędzie, jak również informacji dotyczących funkcjonowania procesów, b) określeniem zasad komunikowania klientom informacji dotyczących pracy Urzędu oraz sposobu załatwiania spraw w Urzędzie, c) określeniem zasad nadzorowania aktualności informacji komunikowanych na zewnątrz Urzędu, d) określeniem zasad informowania pracowników Urzędu o zmianach w środowisku prawnym, w tym nadawanie statusów aktualności dokumentacji udostępnianej w wersji elektronicznej, e) nadzorowaniem terminowości wprowadzania nowych zadań oraz istotnych zmian w Urzędzie wynikających z obowiązujących

	<p>zmian w aktach normatywnych,</p> <p>f) nadzorowaniem aktualności oraz zgodności z obowiązującymi wymaganiami prawnymi informacji na stronie internetowej Urzędu, w tym w BIP.</p> <p>Zakresem niniejszego procesu zostały objęte wszystkie komórki organizacyjne oraz samodzielne stanowiska Urzędu.</p>
<p><b>Dokumenty / Wejścia do procesu</b></p>	<p>a) ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym,</p> <p>b) ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. — Kodeks postępowania administracyjnego,</p> <p>c) ustawa z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej,</p> <p>d) rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 stycznia 2007 r. w sprawie Biuletynu Informacji Publicznej,</p> <p>e) rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych,</p> <p>f) rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków,</p> <p>g) aktualny regulamin organizacyjny Urzędu,</p> <p>h) zarządzenie Nr 30/2012 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 18 września 2012 r. w sprawie elektronicznej komunikacji wewnętrznej (z późn. zm.),</p> <p>i) zarządzenie Nr 31/2012 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 18 września 2012 r. w sprawie pomiaru satysfakcji klientów (z późn. zm.),</p> <p>j) zarządzenie Nr 32/2012 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 18 września 2012 r. w sprawie pomiaru satysfakcji pracowników,</p> <p>k) zarządzenie Nr 20/2003 Starosty Powiatu Brzeskiego z dnia 14 lipca 2003 r. w sprawie wykonania przepisów o Biuletynie Informacji Publicznej</p> <p>l) norma PN-EN ISO 9001:2015-10 Systemy zarządzania jakością — Wymagania pkt 7.4 (dawn. 5.5.3), 8.2.1 (dawn. 7.2.3), 8.2.2 (dawn. 7.2.1), 8.2.3 i 8.2.4 (dawn. 7.2.2) i 9.1.2 (dawn. 8.2.1, gdzie „dawn.[iej]” oznacza PN-EN ISO 9001:2009),</p> <p><b>Zasoby niezbędne do realizacji procesu:</b></p> <p>a) system informacji prawnej,</p> <p>b) strona Biuletynu Informacji Publicznej,</p> <p>c) ePUAP,</p> <p>d) elektroniczna skrzynka podawcza,</p> <p>e) poczta elektroniczna,</p> <p>f) sieć telefoniczna,</p> <p>g) internet,</p> <p>h) intranet,</p> <p>i) system SIDAS EZD.</p>
<p><b>Dokumenty opisujące sposób realizacji procesu</b></p>	<p><i>Dokumenty przywołane:</i></p> <p><i>Odwolania zewnętrzne:</i></p>



<b>Załączniki do procesu</b>	
<b>Sposób monitorowania procesu</b>	<p><b>MIERNIK 6.1:</b>                  Cel: Pomiar satysfakcji klientów                  Właściciel celu: Naczelnik Wydziału Organizacyjno-Prawnego                  Miernik celu: Poziom satysfakcji klienta                  Definicja miernika: całkowity wskaźnik S poziomu satysfakcji klienta z wykonanej usługi w Systemie Elektronicznych Kwestionariuszy Pomiaru Satysfakcji Klientów KPSK — w ostatnim pełnym roku kalendarzowym, ustalony na podstawie zestawienia analizy wyników                  Interwał: Raz w roku przed przeglądem zarządzania jakością                  Wartość oczekiwana: co najmniej 5 (włącznie)                  Wartość niedopuszczalna: mniej niż 5</p> <p><b>MIERNIK 6.2:</b>                  Cel: Pomiar aktualności informacji w Biuletynie Informacji Publicznej                  Właściciel celu: Naczelnik Wydziału Rozwoju i Promocji                  Miernik celu: Poziom aktualności informacji w Biuletynie Informacji Publicznej                  Definicja miernika: liczba nieopublikowanych / niezaktualizowanych informacji w Biuletynie Informacji Publicznej, pomimo wnioskowania przez właściwe komórki organizacyjne o opublikowanie / aktualizację                  Interwał: Raz w roku przed przeglądem zarządzania jakością                  Wartość oczekiwana: 0                  Wartość niedopuszczalna: 1 lub więcej</p>
<b>Ryzyka i szanse</b>	<i>Ryzyka i szanse dla procesu są określone i powiązane z procesem SZJ i działaniami odnoszącymi się do ryzyk i szans oraz oceną skuteczności tych działań — przez właściciela procesu odpowiednio w arkuszach ich identyfikacji, rejestrze, monitoringu lub oprogramowaniu e-Risk, określonych w zarządzeniu starosty ws. zarządzania ryzykiem</i>
<b>Odpowiedzialność za aktualizację karty</b>	wiodący współwłaściciel procesu
<b>Nr wydania karty</b>	7
<b>Opracował</b>	Maciej Róg
<b>Data opracowania</b>	2018-03-30
<b>Sprawdzili</b>	Irena Kokocińska OR Beata Zatoń-Kowalczyk R
<b>Data sprawdzenia</b>	Jak wyżej.
<b>Zatwierdził</b>	Maciej Stefański
<b>Data zatwierdzenia</b>	2018-04-10

## **TABELA OPISU 7. PROCESU: Zarządzanie ryzykiem**

**wydanie nr 7**

<b>Numer i nazwa procesu</b>	7. Zarządzanie ryzykiem
<b>Właściciel procesu</b>	Sekretarz Powiatu Brzeskiego
<b>Cel procesu / wyjście z procesu</b>	<p>Celem niniejszego procesu jest zapewnienie osiągalności celów i zadań ustanowionych dla Urzędu oraz dla procesów zdefiniowanych i ustanowionych w Urzędzie, poprzez przeciwdziałanie zagrożeniom, które mogą wpłynąć negatywnie na ich osiągnięcie lub sprawne funkcjonowanie. Cel ten jest osiągnięty poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) prowadzenie rejestru ryzyk zapewniającego kierownictwu Urzędu uzyskanie wczesnej informacji o zagrożeniach dla realizacji wyznaczonych celów i realizowanych zadań,</li> <li>b) identyfikowanie zagrożeń w układzie procesowym,</li> <li>c) szacowanie ryzyka,</li> <li>d) budowanie świadomości pracowników Urzędu w zakresie prawdopodobieństwa oraz skutków wystąpienia ryzyk,</li> <li>e) wprowadzanie odpowiednich działań mających na celu redukcję ryzyk,</li> <li>f) regularne monitorowanie i przeglądanie ryzyk oraz procesu zarządzania ryzykiem,</li> <li>g) minimalizowanie prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka.</li> </ul>
<b>Przedmiot i zakres procesu</b>	<p>Przedmiotem niniejszego procesu zostały objęte działania związane z:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) ustanowieniem kontekstu (zakresu),</li> <li>b) szacowaniem ryzyka,</li> <li>c) akceptowaniem ryzyka,</li> <li>d) postępowaniem z ryzykiem,</li> <li>e) monitorowaniem i przeglądem,</li> <li>f) informowaniem o ryzyku.</li> </ul> <p>Zakresem niniejszego procesu zostały objęte następujące funkcje i stanowiska w Urzędzie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Starosta,</li> <li>b) koordynator kontroli zarządczej,</li> <li>c) właściciele ryzyk,</li> <li>d) audytor wewnętrzny Urzędu.</li> </ul>
<b>Dokumenty / Wejścia do procesu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych,</li> <li>b) komunikat Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych,</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>c) zidentyfikowane zagrożenia,</li> <li>d) tabela procedury „Postępowanie z niezgodnością, działania korygujące i zapobiegawcze”,</li> <li>e) aktualne wydanie zarządzenia starosty w sprawie zarządzania ryzykiem</li> </ul> <p>Zasoby niezbędne do realizacji procesu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) wyznaczenie odpowiedzialności Starosty, właścicieli procesów i ryzyk, audytora wewnętrznego Urzędu, pracowników,</li> <li>b) narzędzia informatyczne: aplikacja wspomagająca prowadzenie oceny ryzyka.</li> </ul>
<b>Dokumenty opisujące sposób realizacji procesu</b>	<p><i>Dokumenty przywołane:</i></p> <p><i>Odwolania zewnętrzne:</i></p>
<b>Załączniki do procesu</b>	
<b>Sposób monitorowania procesu</b>	<p><b>MIERNIK 7.1:</b></p> <p>Cel: Pomiar minimalizacji prawdopodobieństwa występowania ryzyk  Właściciel celu: Sekretarz Powiatu Brzeskiego  Miernik celu: Poziom minimalizacji prawdopodobieństwa występowania ryzyk  Definicja miernika: liczba ryzyk mieszczących się na wysokim poziomie istotności w matrycy ryzyk, których nie objęto szczególnym nadzorem lub nie podjęto działań ograniczających prawdopodobieństwo wystąpienia tych ryzyk do akceptowanego poziomu — podzielona przez liczbę ryzyk na wysokim poziomie istotności w matrycy ryzyk — zidentyfikowanych na dany rok kalendarzowy  Interwał: Raz w roku przed przeglądem zarządzania jakością  Wartość oczekiwana: poniżej 1%  Wartość niedopuszczalna: osiągnięcie/przekroczenie 1%</p>
<b>Ryzyka i szanse</b>	<p><i>Ryzyka i szanse dla procesu są określone i powiązane z procesem SZJ i działaniami odnoszącymi się do ryzyk i szans oraz oceną skuteczności tych działań — przez właściciela procesu odpowiednio w arkuszach ich identyfikacji, rejestrze, monitoringu lub oprogramowaniu e-Risk, określonych w zarządzeniu starosty ws. zarządzania ryzykiem</i></p>
<b>Odpowiedzialność za aktualizację karty</b>	właściciel procesu
<b>Nr wydania karty</b>	7
<b>Opracował</b>	Maciej Róg
<b>Data opracowania</b>	2018-03-30
<b>Sprawdził</b>	Genowefa Prorok
<b>Data sprawdzenia</b>	2018-04-04
<b>Zatwierdził</b>	Maciej Stefański
<b>Data zatwierdzenia</b>	2018-04-10

# **TABELA OPISU PROCEDURY:**

## **Zarządzanie dokumentacją i zapisami**

wydanie nr 4

### **I. CEL PROCEDURY**

Celem niniejszego dokumentu jest zapewnienie skutecznego zarządzania dokumentacją Systemu Zarządzania Jakością w Urzędzie w zakresie nadzoru nad dokumentami — aktami prawnymi organów powiatu i starosty (uchwałami i zarządzeniami), jak również nadzoru nad zapisami potwierdzającymi skuteczne realizowanie zadań Urzędu.

### **II. PRZEDMIOT PROCEDURY**

Przedmiotem niniejszego dokumentu są działania związane z:

- wydawaniem dokumentów wewnętrznych regulujących skuteczne działanie urzędu
- wydawaniem dokumentów określających standardy realizacji usług (kart usług/tabel opisów procedur realizacji usług / formularzy własnych Urzędu niezbędnych do realizacji usługi)
- wprowadzaniem zmian do obowiązującej dokumentacji Systemu Zarządzania Jakością,
- nadzorowaniem zmian w obowiązujących przepisach prawa
- nadzorowaniem zapisów i danych.

Zakresem niniejszego dokumentu zostały objęte wszystkie komórki organizacyjne Urzędu, w tym samodzielne stanowiska, podczas realizacji zadań wynikających z niniejszego dokumentu.

### **III. TERMINOLOGIA**

Terminy i definicje stosowane dla potrzeb niniejszego dokumentu są zgodne z terminami i definicjami zawartymi w normie PN-EN ISO 9001:2015-10 *Systemy Zarządzania Jakością – Podstawy i terminologia*, ale ze względów praktycznych, tam gdzie było to konieczne, pozostawiono terminy i definicje z PN-EN ISO 9000:2006 stosowane w PN-EN ISO 9001:2009.

Ponadto określono następujące terminy:

- **udokumentowana informacja** – odpowiednio dokument lub zapis,
- **dokument** – informacja i jej nośnik, który określa zasady postępowania, podlega zmianom (np. procedura, tabela opisu procedury, tabela opisu procesu, Księga Jakości, instrukcja, formularz, zarządzenie Starosty),
- **procedura** – mianem procedury określane są zarówno dokumenty tytułowane określe- niem procedury, tabele opisów procedur jak i inne dokumenty wydawane w Urzędzie, które spełniają kryterium określające warunek definiowania przez dokument sposobu przeprowadzenia postępowania w ramach procesu. Procedura może być udokumento- wana jak i nieudokumentowana (przyjęty w Urzędzie sposób postępowania nieopisany w dokumentach a powtarzalnie realizowany),
- **instrukcja** – dokument opisujący czynności do wykonania na stanowisku pracy i sposób ich wykonania, może uszczegóławiać czynności opisane w procedurze / tabeli opisu procedury, Polityce Jakości lub być niezależnym dokumentem obowiąz-ującym w Urzędzie),
- **zapis** – możliwy do zweryfikowania dowód będący potwierdzeniem przeprowadzo- nych działań, dowód wykonania określonych działań lub osiągnięcia wyników. Zapisy nie podlegają zmianom (np. notatki, protokoły, wypełnione wnioski, dane wprowa- dzone w systemach informatycznych, uzupełnione rejestry).

#### **IV. ODPOWIEDZIALNOŚĆ I SPOSÓB POSTĘPOWANIA**

<b>Czynność</b>	<b>Odpowie- dzialny</b>	<b>Wymagane dokumenty</b>	<b>Zapisy</b>	<b>Szczegóły wykonania czynności</b>
1. Zgłosić potrzebę opraco- wania nowego dokumentu lub zmiany do dokumentu istnie- jącego	Pracownik Urzędu		Wniosek o opra- cowanie nowego dokumentu / zmiany do istnie- jącego	1. Każdy pracownik Urzędu może zgłosić potrzebę wprowadzenia zmiany w dokumentacji procesów Systemu Zarządzania Jakością. 2. Zmiana może dotyczyć: - Potrzeby opracowania nowego doku- mentu - Potrzeby wprowadzenia zmiany do dokumentu już istniejącego - Potrzeby wprowadzenia zmiany na skutek zmian organizacyjnych lub zmian w obowiązujących przepisach prawa - Potrzeby aktualizacji dokumentacji

Czynność	Odpowiedzialny	Wymagane dokumenty	Zapisy	Szczegóły wykonania czynności
				<p>w wyniku przeprowadzonego przeglądu dokumentacji</p> <p>3. Potrzebę należy zgłosić w postaci udokumentowanej informacji, np. w systemie SIDAS, intranecie, pocztą elektroniczną lub pisemnie.</p> <p>4. Jeżeli zmiana dotyczy stworzenia całkowicie nowych elementów Systemu Zarządzania Jakością, których nie można przypisać do któregoś z istniejących procesów, np. utworzenie nowego procesu, wniosek o taką zmianę w systemie składa się bezpośrednio do Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością.</p> <p>5. Jeżeli pracownik wnioskuje o zmianę, posiadając propozycję jej wprowadzenia, np. projekt dokumentu, ma możliwość załączenia tego projektu do elektronicznego wniosku.</p> <p>6. Pełnomocnik SZJ, wprowadzając zmiany wynikające ze: zmiany struktury organizacyjnej, zaleceń z przeglądu zarządzania, zmian w przepisach prawa itp. nie zgłasza wniosków o zmianę tylko inicjuje proces wprowadzania nowej / zmienionej regulacji.</p>
2. Opiniować wniosek o zmianę	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Właściciel procesu</li> <li>• Właściciel dokumentu</li> </ul>	Wniosek o opracowanie nowego dokumentu / zmiany do istniejącego	Wniosek o opracowanie nowego dokumentu / zmiany do istniejącego	Po przekazaniu dalej wniosku o zmianę, otrzymuje go właściciel merytoryczny dokumentu, który zobowiązany jest do wyrażenia swojej opinii na temat wnioskowanej zmiany i zasadności jej wprowadzenia.
3. Podjąć decyzję w sprawie wprowadzenia zmiany w dokumentacji	Pełnomocnik SZJ	Wniosek o opracowanie nowego dokumentu / zmiany do istniejącego	Wniosek o opracowanie nowego dokumentu / zmiany do istniejącego	<p>Zaopiniowany przez właściciela merytorycznego wniosek o zmianę przekazywany jest do Pełnomocnika SZJ celem podjęcia decyzji odnośnie jego wprowadzenia lub nie.</p> <p>W przypadku akceptacji wniosku przez Pełnomocnika SZJ wyznacza on datę jego wprowadzenia oraz podejmuje decyzję o sposobie wprowadzenia zmiany do dokumentacji, postępując zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa oraz regulacjami wewnętrznymi Urzędu w tym zakresie.</p>
4. Wprowadzić	• Pełnomocnik	• Wniosek	• Projekt doku-	1. Na podstawie zatwierdzonego

Czynność	Odpowiedzialny	Wymagane dokumenty	Zapisy	Szczegóły wykonania czynności
zmianę w dokumentacji	SZJ  • Kierownik komórki organizacyjnej	o opracowanie nowego dokumentu / zmiany do istniejącego  • Standardy dokumentacji Urzędu	mentu (nowego / zmienionego)  • Powiadomienie o dokumentacji, z którą należy się zapoznać  • Rejestr zarządzeń Starosty  • Dokument	wniosku o zmianę Pełnomocnik SZJ inicjuje proces wprowadzenia nowej/ zmienionej regulacji wewnętrznej. 2. Za opracowanie kompleksowego projektu dokumentu do wprowadzenia w Urzędzie i przeprowadzenia jego konsultacji zgodnie przyjętym w odpowiednim zarządzeniu Starosty w sprawie obiegu dokumentacji, trybem postępowania odpowiedzialny jest kierownik komórki organizacyjnej wskazany do jego opracowania lub Pełnomocnik SZJ. 3. Projekt nowego / zmienionego dokumentu wymaga uzyskania opinii merytorycznych, opinii prawnej oraz opinii Pełnomocnika SZJ (nie jest wymagana, jeżeli to Pełnomocnik koordynuje przygotowanie projektu dokumentu). Uwaga: podczas opinionowania dokumentu nowego należy zaznaczyć, w którym procesie należy dokument umieścić. 4. Uzyskane opinie na temat dokumentu są dokumentowane. 5. Starosta (jako kierownik Urzędu) wprowadza nowe / zmienione uregulowania prawne poprzez ich formalne zatwierdzenie. 6. Każdy opracowywany w Urzędzie dokument powinien być zgodny ze standardami dokumentacji w Urzędzie. 7. Wydane dokumenty dostarczane są do Wydziału Organizacyjno-Prawnego w formie elektronicznej. 8. Dokumenty zmienione / nieaktualne wycofywane są z obiegu poprzez odpowiednie sformułowanie określające które dokumenty tracą moc. 9. Zatwierdzone dokumenty publikowane są w intranecie oraz w razie potrzeby są odpowiednio wskazywane w procesach Systemu Zarządzania Jakością.
5. Zapoznać się z nowymi/ zmienionymi dokumentami	Pracownik Urzędu	• Powiadomienie o dokumentacji, z którą należy się zapoznać	Zapoznanie z dokumentacją	Każdy pracownik zobowiązany jest do sukcesywnego zapoznawania się z nowymi dokumentami lub ze zmianami w dokumentach.

Czynność	Odpowiedzialny	Wymagane dokumenty	Zapisy	Szczegóły wykonania czynności
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokument</li> </ul>		
6. Archiwizować dokumenty nieaktualne	Pracownik Urzędu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokument nieaktualny</li> <li>• rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. Nr 14, poz. 67, z późn. zm.)</li> </ul>	Dokumentacja archiwizacyjna	<p>Dokumenty nieaktualne podlegają archiwizacji zgodnie z zasadami określonymi w obowiązujących przepisach prawa, ze szczególnym uwzględnieniem rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. Nr 14, poz. 67, z późn. zm.).</p> <p>Jeżeli z jakichkolwiek powodów dokumenty nieaktualne miałyby być użytkowane w komórce organizacyjnej należy na nich nanieść widoczne oznaczenie „NIEAKTUALNE”.</p>
7. Nadzorować aktualność zewnętrznych aktów normatywnych mających zastosowanie do prowadzonej działalności	Pracownik Urzędu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akty prawne</li> <li>• Zbiór aktów prawnych</li> </ul>		<p>1. Odpowiednie stanowiska pracy mają dostęp do programu komputerowego Lex, zawierającego zbiór aktów prawnych, ich teksty jednolite i ujednolicone, orzecznictwo, komentarze i wzory.</p> <p>2. Każdy pracownik ma obowiązek nieodpłatnego korzystania z stron internetowych, na których odpowiednie organy urzędowo udostępniają dzienniki urzędowe lub ogłaszane w nich akty prawne, oraz zapoznawania się z ich treścią, w szczególności na stronach: <a href="http://dziennikiurzedowe.gov.pl/">http://dziennikiurzedowe.gov.pl/</a> (wykaz dzienników urzędowych), <a href="http://dziennikustaw.gov.pl/">http://dziennikustaw.gov.pl/</a> (Dziennik Ustaw), <a href="http://duwo.opole.uw.gov.pl/">http://duwo.opole.uw.gov.pl/</a> (Dziennik Urzędowy Województwa Opolskiego) i <a href="http://isap.sejm.gov.pl/">http://isap.sejm.gov.pl/</a> (System Informacji Prawnej Sejmu RP „ISAP”).</p>



Czynność	Odpowiedzialny	Wymagane dokumenty	Zapisy	Szczegóły wykonania czynności
				<p>3. Zbiór papierowo wydanych w latach 1999—2010 Dzienników Ustaw, Monitorów Polskich i Dzienników Urzędowych Województwa Opolskiego znajduje się w Archiwum Zakładowym.</p> <p>4. Nadzór nad wykorzystywanymi tekstami aktów prawnych sprawuje każdy pracownik na swoim stanowisku pracy.</p> <p>5. Każdy pracownik ma obowiązek korzystania z aktualnych zbiorów aktów prawnych zgromadzonych w komputerowym programie prawnym Lex, na internetowych stronach dzienników urzędowych lub Systemu Informacji Prawnej Sejmu RP „ISAP” lub ze zbioru zgromadzonego w Archiwum Zakładowym.</p> <p>6. Każdy pracownik jest zobowiązany korzystać ze zbiorów aktów prawnych w trakcie realizacji zadań służbowych, dla zapewnienia zgodności wyników swojej pracy z wymaganiami aktualnych, obowiązujących przepisów.</p> <p>7. Pracownicy korzystający ze swojej własnej drukowanej lub elektronicznej kopii przepisów są zobowiązani do upewnienia się, że posiadają wydanie aktualne.</p>

Czynność	Odpowiedzialny	Wymagane dokumenty	Zapisy	Szczegóły wykonania czynności
<p>8. Nadzorować aktualność wewnętrznych aktów normatywnych mających zastosowanie do prowadzonej działalności</p>	<p>Pracownik Urzędu</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zarządzenia i uchwały</li> <li>• Rejestry zarządzeń i uchwał</li> </ul>	<p>Zarządzenia i uchwały</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nadzór nad wewnętrznymi aktami normatywnymi w postaci zarządzeń i uchwał prowadzony jest przez właściwe merytoryczne komórki organizacyjne Urzędu.</li> <li>2. O zmianach we wprowadzanych wewnętrznych aktach normatywnych pracownicy Urzędu są informowani za pośrednictwem intranetu, poczty elektronicznej lub komunikatorem Jitsi.</li> <li>3. Akty wewnętrzne posiadają datę wydania oraz kolejny numer ewidencyjny nadawany zgodnie z rejestrem.</li> <li>4. Akty wewnętrzne wydawane są odpowiednio przez Starostę, Zarząd lub Radę Powiatu.</li> <li>5. Akty wewnętrzne podlegają ewidencji i nadzorowaniu w rejestrze odpowiednich uchwał lub zarządzeń.</li> <li>6. Rejestry uchwał Zarządu Powiatu i zarządzeń Starosty prowadzi Wydział Organizacyjno-Prawny. Rejestr uchwał Rady Powiatu prowadzi Biuro Rady Powiatu.</li> </ol>
<p>9 Nadzorować zapisy tworzone w Urzędzie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kierownik komórki organizacyjnej</li> <li>• Pracownik Urzędu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. Nr 14, poz. 67, z późn. zm.)</li> <li>• Akty</li> </ul>	<p>Zapisy</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kierownicy komórek organizacyjnych są odpowiedzialni za prawidłowe gospodarowanie zapisami w podległym obszarze zgodnie z przepisami prawa oraz wewnętrznymi uregulowaniami dotyczącymi wykonywanego zakresu zadań.</li> <li>2. Po okresie użytkowania / przechowywania zapisów wyznaczeni pracownicy dokonują ich archiwizacji zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.</li> <li>3. Udostępnienie zapisów pracownikom Urzędu wymaga zgody kierowników komórek organizacyjnych.</li> <li>4. Udostępnienie zapisów osobom spoza Urzędu wymagają zgody Starosty (jako kierownika Urzędu).</li> <li>5. Pracownicy wykonujący zadania w ramach powierzonych zakresów odpowiedzialności i uprawnień dokumentują ich wyniki zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami obowiązującymi w Urzędzie, zachowując zasadę, że zapis powinien być rzetelny, zgodny ze stanem rzeczywistym, czytelny, datowany oraz autoryzowany.</li> </ol>

Czynność	Odpowiedzialny	Wymagane dokumenty	Zapisy	Szczegóły wykonania czynności
		<p>prawne</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zarządzenia, uchwały, procedury, regulaminy, karty usługi / tabele opisów procedur realizacji usługi</li> </ul>		<p>6. Korekty nanoszone w treści zapisów wynikające z pomyłek, przy braku przeciwwskazań w obowiązującym prawie, dokonuje się poprzez skreślenie błędnego wpisu i umieszczenie obok prawidłowej informacji zaopatrując powyższe podpisem. Tego typu zmiany może dokonać autor błędnego wpisu lub jego przełożony.</p> <p>7. Zapisy dotyczące realizowanych usług archiwizowane są w aktach sprawy i oznakowywane są zgodnie z przyjętym systemem kancelaryjnym.</p> <p>8. Zapisy są przechowywane w bezpiecznych, wyznaczonych miejscach i zabezpieczone są przed dostępem osób nieupoważnionych.</p> <p>9. Po okresie przechowywania zapisów przez osobę odpowiedzialną należy je przekazać do archiwizacji zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. W przypadku, gdy dany zapis nie musi być archiwizowany, należy go zniszczyć.</p>
<p>10. Nadzorować elektroniczne bazy danych</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kierownik komórki organizacyjnej</li> <li>• Pracownik Urzędu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. Nr 14, poz. 67, z późn. zm.)</li> <li>• Akty</li> </ul>	<p>Elektroniczne bazy danych</p>	<p>1.Nadzór nad legalnością oprogramowania wykorzystywanego w urzędzie sprawuje Wydział Organizacyjno-Prawny poprzez stanowiska pracy informatyków lub innych osób, którym na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej powierzono takie sprawy, zwanego dalej „informatykiem”.</p> <p>2.Nie wolno do czynności kancelaryjnych wykorzystywać w Urzędzie z prywatnego oprogramowania i sprzętu.</p> <p>3.Instalacja oprogramowania może być przeprowadzana tylko przez informatyka.</p> <p>4.Dane tworzone w systemach komputerowych podlegają archiwizacji. Za prowadzenie archiwizacji tych danych oraz nadzór nad kopiami zapasowymi odpowiedzialni są informatycy Wydziału Organizacyjno-Prawnego.</p> <p>5.Nadzór nad elektronicznymi bazami danych poszczególnych komórek organizacyjnych oraz jakością wprowadzanych danych prowadzi kierownik takiej komórki, a nadzór techniczny sprawowany jest przez</p>

Czynność	Odpowiedzialny	Wymagane dokumenty	Zapisy	Szczegóły wykonania czynności
		prawne • zarządzenia, uchwały, procedury, regulaminy, karty usługi / tabele opisów procedur realizacji usługi		Wydział Organizacyjno-Prawny. 6. Każdy z pracowników zobowiązany jest do prowadzenia rzetelnych i jakościowo poprawnych zapisów w elektronicznych bazach danych, korzystania tylko z uprawnień, które zostały im przydzielone, oraz zabezpieczenia informacji przed dostępem osób nieupoważnionych.

## V. ZAPISY

Nazwa dokumentu	Umiejscowienie	Forma przechowywania	Okres przechowywania	Postępowanie z dokumentem po okresie przechowywania
Dokument	komórka merytoryczna lub Wydział Organizacyjno-Prawny	papierowa lub elektroniczna	bezterminowo	nie dotyczy
Dokumentacja archiwizacyjna	archiwum zakładowe lub państwowe albo komórka merytoryczna (do czasu przekazania)	papierowa	zgodnie z rozporządzeniem kancelaryjnym	zgodnie z rozporządzeniem kancelaryjnym
Elektroniczne bazy danych	Komórki organizacyjnej zgodnie z właściwością merytoryczną	elektroniczna	Kopie zapasowe do czasu stworzenia następnej	
Powiadomienie o dokumentacji, z którą należy się zapoznać	pismo przewodnie komórki merytorycznej przekazujące zgodnie z rozdzielnikiem — system SIDAS, intranet, poczta elektroniczna lub teczka aktowa zgodna z JRWA	elektroniczna lub papierowa	Do czasu potwierdzenia zapoznania się	Automatyczne niszczenie
Projekt dokumentu (nowego / zmienionego)	komórka merytoryczna — system SIDAS, intranet, poczta elektroniczna lub teczka aktowa zgodna z JRWA	Elektroniczna lub papierowa	Do czasu wprowadzenia do obowiązywania	niszczenie
Rejestr zarządzeń	Wydział Organizacyjno-Prawny	papierowa	wieczyste	nie dotyczy

Nazwa dokumentu	Umiejscowienie	Forma przechowywania	Okres przechowywania	Postępowanie z dokumentem po okresie przechowywania
Starosty	cyjno-Prawny			
Wniosek o opracowanie nowego dokumentu / zmiany do istniejącego	zgodnie z systemem kancelaryjnym — system SIDAS, intranet, poczta elektroniczna lub teczka aktowa zgodna z JRWA	elektroniczna lub papierowa	bezterminowo	Nie dotyczy
Zapisy	Komórki organizacyjnej zgodnie z właściwością merytoryczną	Papierowa oraz/albo elektroniczna	zgodnie z rozporządzeniem kancelaryjnym	zgodnie z rozporządzeniem kancelaryjnym
Zapoznanie z dokumentacją	rejestr lub oryginalny egzemplarz: uchwał, zarządzeń, umów, porozumień, upoważnień lub pełnomocnictw; pismo przewodnie komórki merytorycznej przekazujące zgodnie z rozdzielnikiem — system SIDAS, intranet, poczta elektroniczna lub teczka aktowa zgodna z JRWA	elektroniczna lub papierowa	Do czasu aktualizacji dokumentacji	Nie dotyczy
Zarządzenia i uchwały	Wydział Organizacyjno-Prawny (uchwały Zarządu Powiatu i zarządzenia Starosty) albo Biuro Rady Powiatu (uchwały Rady Powiatu)	papierowa lub elektroniczna (BIP)	zgodnie z rozporządzeniem kancelaryjnym albo (w przypadku BIP) do czasu aktualizacji	zgodnie z rozporządzeniem kancelaryjnym

## VI. FORMULARZE

Zatwierdzone wzory (szablony) druków (formularzy) stanowią sprawy oznaczane według jednolitego rzeczowego wykazu ak (JRWA) w klasie 1611 „Opracowywanie lub wdrażanie wzorów formularzy oraz ich wykazy” w poszczególnych komórkach merytorycznych Urzędu według przedmiotu formularza.

## VII. REJESTRY

Rejestry zarządzeń i uchwał

## **VIII. DOKUMENTY ZWIĄZANE**

- Akty prawne
- rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. Nr 14, poz. 67, z późn. zm.)
- Zbiór aktów prawnych

## **IX. METRYKA**

<b>Nr wydania karty</b>	4
<b>Opracował</b>	Maciej Róg
<b>Data opracowania</b>	2018-03-30
<b>Sprawdził</b>	Genowefa Prorok
<b>Data sprawdzenia</b>	2018-04-04
<b>Zatwierdził</b>	Maciej Stefański
<b>Data zatwierdzenia</b>	2018-04-10

# **TABELA OPISU PROCEDURY:**

## **Ocena systemu zarządzania**

wydanie nr 4

### **I. CEL PROCEDURY**

Celem niniejszej procedury jest jednoznaczne określenie zasad planowania, prowadzenia, dokumentowania i oceny działań audytowych oraz kontrolnych prowadzonych w Urzędzie. Wynikiem zastosowanego podejścia jest zapewnienie dowodów na efektywne i skuteczne realizowanie celów i zadań Urzędu oraz określonych wymagań (w postaci powszechnie obowiązujących aktów normatywnych, aktów kierownictwa wewnętrznego, wymagań normy PN-EN ISO 9001:2015-10 oraz określonych wymagań ustanowionych dla procesów Systemu Zarządzania Jakością w Urzędzie).

### **II. PRZEDMIOT PROCEDURY**

Przedmiotem niniejszej procedury są działania związane z:

- określeniem trybu postępowania przy organizowaniu audytów wewnętrznych,
- określeniem zasad doboru audytorów wewnętrznych,
- określeniem zasad postępowania podczas prowadzenia i dokumentowania audytu i jego wyników,
- określeniem sposobu planowania i dokumentowania kontroli wewnętrznych.

Zakresem niniejszej procedury zostali objęci wszyscy pracownicy Urzędu.

### **III. TERMINOLOGIA**

Terminy i definicje stosowane dla potrzeb niniejszego dokumentu są zgodne z terminami i definicjami zawartymi w normie PN-EN ISO 9001:2015-10 *Systemy Zarządzania Jakością*

– *Podstawy i terminologia*, ale ze względów praktycznych, tam gdzie było to konieczne, pozostawiono terminy i definicje z PN-EN ISO 9000:2006 stosowane w PN-EN ISO 9001:2009.

Ponadto określono następujące terminy:

- **audyt planowy** – audyt, który został zaplanowany w harmonogramie (planie, programie) audytów SZJ oraz zgodnie z tym programem jest prowadzony.
- **audyt pozaplanowy** – audyt, który nie został przewidziany podczas planowania działań audytowych w ramach roku, a jest wynikiem wykrytych niezgodności i podjętych w ich wyniku działań korygujących, bieżących potrzeb Urzędu, wniosku kierownika komórki organizacyjnej, decyzji Zarządu Powiatu, Starosty lub Pełnomocnika SZJ. Audyt taki nie jest uwzględniany w zatwierdzonym planie (programie, harmonogramie) audytów.
- **audytor wiodący** – osoba wpisana na listę kwalifikowanych audytorów wewnętrznych, która posiada ponad roczne doświadczenie w prowadzeniu audytów wewnętrznych Systemu Zarządzania Jakością. Audytor ten jest przewodniczącym zespołu audytorów (w audytach wieloosobowych) lub samodzielnie prowadzi audyty jednoosobowe.

#### **IV. ODPOWIEDZIALNOŚĆ I SPOSÓB POSTĘPOWANIA**

<b>Czynność</b>	<b>Odpowiedzialny</b>	<b>Wymagane dokumenty</b>	<b>Zapisy</b>	<b>Szczegóły wykonania czynności</b>
0. Określić listę audytorów wewnętrznych w Urzędzie	Pełnomocnik SZJ	Wniosek z kandydaturą audytora wewnętrznego	Lista kwalifikowanych audytorów wewnętrznych	1. Lista kwalifikowanych audytorów wewnętrznych definiowana jest jednorazowo i aktualizowana tylko w sytuacji, gdy zmienia się jej skład. 2. Audytorem wewnętrznym w Urzędzie może zostać każdy pracownik posiadający co najmniej: — wykształcenie wyższe, — posiadający co najmniej 2-letnie doświadczenie w pracy w Urzędzie, — posiadający udokumentowane przeszkolenie z zakresu wymagań normy PN-EN ISO 9001:2015-10, 3. Swoją kandydaturę do pełnienia funkcji audytora wewnętrznego może zgłosić każdy pracownik Urzędu, za pisemną opinią swojego bezpośredniego przełożonego, zgłoszoną do Pełnomocnika SZJ. Kandydatów może wytypować również kierownictwo



Czynność	Odpowiedzialny	Wymagane dokumenty	Zapisy	Szczegóły wykonania czynności
				Urzędu. 4. Pełnomocnik SZJ przedstawia listę kandydatów/ zaktualizowaną listę Kierownictwu Urzędu a po jej akceptacji (w formie odpowiedniego przepisu zarządzenia w sprawie Systemu Zarządzania Jakością lub jego zmiany, wyznaczającego audytorów wewnętrznych SZJ), nowy audytor zostaje wprowadzony do zespołu. 5. Audytor nowy, przez pierwszy rok udziału w audytach wewnętrznych nie może pełnić funkcji audytora wiodącego.
1. Zaplanować audyty wewnętrzne do przeprowadzenia w Urzędzie	Pełnomocnik SZJ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma PN-EN ISO 9001:2015-10</li> <li>• Tabele opisów procesów</li> <li>• Wewnętrzne akty normatywne</li> <li>• Rejestr skarg i wniosków</li> <li>• Zestawienie działań korygujących i zapobiegawczych</li> <li>• regulamin organizacyjny Urzędu</li> </ul>	Plan audytów na any rok (okres)	<p>1. Audyty wewnętrzne w Urzędzie prowadzone są w oparciu o zatwierdzony plan (harmonogram, program) audytów.</p> <p>2. Plan audytów opracowuje Pełnomocnik SZJ w terminie do końca grudnia na rok następny.</p> <p>3. Pełnomocnik ustalając plan audytów bierze pod uwagę:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— wyniki wcześniejszych audytów,</li> <li>— wpływ obszaru audytowanego na jakość świadczonych usług,</li> <li>— zmiany organizacyjne,</li> <li>— zgłoszone skargi i wnioski dotyczące działania obszaru Urzędu</li> </ul> <p>4. Plan audytów obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— określenie celu audytu,</li> <li>— wskazanie przedmiotu audytu,</li> <li>— określenie audytowanych komórek organizacyjnych oraz</li> <li>— wskazanie przewidywanego terminu audytu.</li> </ul> <p>5. Plan audytów powinien obejmować przeprowadzenie audytu we wszystkich komórkach organizacyjnych w odniesieniu do każdego z procesów. Zasadą jest, że w ramach roku audyt należy przeprowadzić w komórce organizacyjnej co najmniej raz.</p>
2. Zatwierdzić plan audytów wewnętrznych	Starosta	Plan audytów na dany rok (okres)	Plan audytów na dany rok (okres)	Plan audytów przedkłada się do zatwierdzenia (ostatecznej akceptacji, podpisania) przez Starostę lub osobę działającą w jego zastępstwie lub z jego upoważnienia — system SIDAS, intranet, poczta elektroniczna lub teczka aktowa zgodna z JRWA

Czynność	Odpowiedzialny	Wymagane dokumenty	Zapisy	Szczegóły wykonania czynności
3. Przygotować audyt wewnętrzny	Pełnomocnik SZJ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan audytów na dany rok (okres)</li> <li>• Lista kwalifikowanych audytorów wewnętrznych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Powiadomienie o planowanym rozpoczęciu audytu/ kontroli</li> <li>• Wyznaczenie audytorów w planie audytów lub upoważnienie do przeprowadzenia audytu</li> </ul>	<p>1. Pełnomocnik SZJ na 28 dni przed zaproponowaną w planie audytów (harmonogramie, programie) datą przeprowadzenia audytu inicjuje, działania w zakresie ustalenia szczegółów audytu.</p> <p>2. Jeżeli zgłoszona została do Pełnomocnika SZJ potrzeba przeprowadzenia audytu pozaplanowego, wówczas Pełnomocnik SZJ definiuje numer, cel, termin rozpoczęcia, audytowane komórki. Jednakże w tym przypadku nie obowiązuje już 28-dniowe wyprzedzenie, tylko po wprowadzeniu audytu pozaplanowego należy wykonać również zadania opisane w punkcie 3-7.</p> <p>3. Pełnomocnik SZJ ustala audytorów wewnętrznych do przeprowadzenia audytu, wyznacza lidera zespołu audytowego (wskazuje audytora wiodącego) oraz wskazuje z listy do kogo ma zostać wysłane powiadomienie o audycie (każdorazowo do audytorów i audytowanych).</p> <p>4. Jeżeli audyt przeprowadzany ma być przez jedną osobę, automatycznie staje się ona audytorem wiodącym.</p> <p>5. Dobór audytorów do przeprowadzenia audytu prowadzony jest w taki sposób, aby zapewnić obiektywność i bezstronność procesu audytu (audytor nie powinien audytować własnej pracy)</p> <p>6. Pełnomocnik SZJ, planując audyt, może wskazać pytania, które obowiązkowo podczas audytu muszą zadać audytorzy.</p> <p>7. Wyznaczenie audytorów w planie audytów jest równoznaczne z upoważnieniem do przeprowadzenia audytu. Dopuszczalne jest wydrukowanie i podpisanie upoważnienie dla audytorów do przeprowadzenia audytu.</p>
4. Przygotować podział zadań dla członków zespołu audytowego	Audytor wewnętrzny	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma PN-EN ISO 9001:2015-10</li> <li>• Powiadomienie o plano-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zadania audytowe</li> <li>• Powiadomienie o szczegółach audytu</li> </ul>	<p>1. Audytor wiodący po otrzymaniu powiadomienia o wyznaczeniu do przeprowadzenia audytu, przydziela audytorom, którzy zostali wyznaczeni do audytu lub samemu sobie zadania audytowe.</p> <p>2. W przypadku konieczności zmiany terminu audytu informacja ta nano-</p>

Czynność	Odpowiedzialny	Wymagane dokumenty	Zapisy	Szczegóły wykonania czynności
		<p>wanym rozpoczęciu audytu/kontroli</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wyznaczenie audytorów w planie audytów lub upoważnienie do przeprowadzania audytu</li> <li>• Dokumentacja Systemu Zarządzania Jakością w Urzędzie</li> <li>• Wyniki wcześniejszych audytów w obszarze</li> </ul>		<p>szona jest w zadaniu audytowym i przekazywana do Pełnomocnika SZJ.</p> <p>3. Audytorzy, przed przeprowadzeniem audytu, zapoznają się z obowiązującym przedmiotem audytu, dokumentacją z wcześniejszego audytu (jeżeli był prowadzony) oraz zagadnieniami, których prawidłowość przebiegu mają ocenić w trakcie audytu.</p>
5. Przeprowadzić audyt	Zespół audytorów	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma PN-EN ISO 9001:2015-10</li> <li>• Wyznaczenie audytorów w planie audytów lub upoważnienie do przeprowadzania audytu</li> <li>• Zadania audytowe</li> <li>• Powiadomienie o szczegółach audytu</li> </ul>	karta niezgodności lub potencjalnej niezgodności (zagrożenia wystąpienia niezgodnością)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Na podstawie przydzielonego zadania audytowego, audytorzy przystępują (we wskazanym terminie) do realizacji swoich czynności zgodnie z planem, który został wskazany osobom audytowanym w powiadomieniu o audycie.</li> <li>2. Audyt prowadzony jest zgodnie z postanowieniami normy wdrożonego wydania normy ISO 9001.</li> <li>3. Jeżeli w trakcie prowadzenia czynności audytowych zostaną stwierdzone niezgodności lub zagrożenia wystąpienia niezgodności, audytorzy dokumentują je w protokołach niezgodności i zagrożeń wystąpienia niezgodności. O ich stwierdzeniu informują osoby audytowane.</li> <li>4. Po zakończeniu audytu, audytor wiodący przeprowadza spotkanie zamykające w celu podsumowania audytu. Podczas spotkania przedstawia niezgodności, zagrożenia wystąpienia niezgodności oraz ogólne</li> </ol>

Czynność	Odpowiedzialny	Wymagane dokumenty	Zapisy	Szczegóły wykonania czynności
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentacja Systemu Zarządzania Jakością w Urzędzie</li> <li>• Norma PN-EN ISO 19011:2012 Wytyczne do audytowania systemów zarządzania</li> </ul>		<p>wnioski z audytu, które następnie zostaną zawarte w raporcie z audytu.</p> <p>5. Wyniki audytu są przekazywane kierownikowi audytowanej komórki organizacyjnej celem akceptacji.</p>
6. Opracować raport z audytu	Audytor wiodący	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wyznaczenie audytorów w planie audytów lub upoważnienie do przeprowadzenia audytu</li> <li>• Zadania audytowe</li> <li>• karta niezgodności lub potencjalnej niezgodności</li> </ul>	Raport z audytu wewnętrznego	<p>1. Wyniki audytu opracowywane są przez audytora wiodącego w postaci raportu z audytu na podstawie wprowadzonych danych przez pozostałych audytorów (zaakceptowanych przez kierowników komórek organizacyjnych).</p> <p>2. Kierownik komórki organizacyjnej ma 14 dni kalendarzowych na odniesienie się do przedstawionych przez audytorów wyników audytów. W przypadku, gdy nie zgadza się z przedstawionymi wynikami wpisuje komentarz dotyczący wyniku audytu. Audytor na tej podstawie wyjaśnia sprawę i jeżeli jest to niezbędne organizuje spotkanie z Pełnomocnikiem SZJ i audytowanym. Uzgodnione stanowisko wpisuje do wyniku audytu.</p> <p>3. Po zatwierdzeniu wszystkich wyników audytów audytor wiodący ma 14 dni kalendarzowych na przedstawienie Pełnomocnikowi SZJ zbiorczego raportu, celem jego akceptacji.</p>
7. Zatwierdzić raport z audytu	Pełnomocnik SZJ	Raport z audytu wewnętrznego	Raport z audytu wewnętrznego	W przypadku braku zatwierdzenia raport zwracany jest audytorowi wiodącemu celem poprawy
8. Uruchomić działania korygujące i zapobiegawcze	Kierownik komórki audytowanej	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raport z audytu wewnętrznego</li> <li>• karta niezgodności lub</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Działanie korygujące / korekcyjne</li> <li>• Działanie zapobiegawcze</li> </ul>	1. Jeżeli w trakcie audytu zostały stwierdzone niezgodności lub zagrożenia wystąpienia niezgodności, wówczas po zamknięciu audytu (po zatwierdzeniu przez Pełnomocnika SZJ raportu z audytu), kierownik audytowanej komórki organizacyjnej otrzymuje zadanie określenia działań

Czynność	Odpowiedzialny	Wymagane dokumenty	Zapisy	Szczegóły wykonania czynności
		potencjalnej niezgodności		korygujących i zapobiegawczych. Kierownik zobowiązany jest również wskazać osoby odpowiedzialne za ich wykonanie oraz terminy realizacji. 2. Czynności związane z definiowaniem działań korygujących i zapobiegawczych zostały opisane w Tabeli procedury: „Postępowanie z niezgodnością, działania korygujące i zapobiegawcze”.
9. Prowadzenie kontroli. Zaplanować i przeprowadzić kontrole wewnętrzne	Stanowisko odpowiedzialne za zaplanowanie kontroli wewnętrznych	<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedura Postępowanie z niezgodnością, działania korygujące i zapobiegawcze</li> <li>Wyniki kontroli w roku ubiegłym</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan kontroli na dany rok</li> <li>Raport z kontroli</li> <li>karta niezgodności lub potencjalnej niezgodności</li> </ul>	<p>1. Roczne plany kontroli mogą zawierać kontrole wewnętrzne przeprowadzanych w poszczególnych komórkach organizacyjnych. Plany takie sporządza się zgodnie z regulaminem organizacyjnym Urzędu.</p> <p>2. Wyniki przeprowadzonych kontroli w komórkach organizacyjnych dokumentowane są w postaci niezgodności oraz zaleceń, które przekazywane są do wykonania poszczególnym komórkom organizacyjnym.</p> <p>3. Dla każdej stwierdzonej niezgodności w trakcie kontroli uruchamiane są działania korygujące zgodnie z mechanizmem opisanym w procedurze „Postępowanie z niezgodnością, działania korygujące i zapobiegawcze”.</p>

## V. ZAPISY

Nazwa dokumentu	Umiejscowienie	Forma przechowywania	Okres przechowywania	Postępowanie z dokumentem po okresie przechowywania
Działanie zapobiegawcze	<p>a) dla działań niebędących wynikiem audytów symbol i hasło klasyfikacyjne JRWA: 0146 Doskonalenie systemu zarządzania jakością lub 0147 Prowadzenie i koordynacja działań w systemie zarządzania jakością,</p> <p>b) dla działań będących wynikiem audytów symbol</p>	<p>1. Elektroniczna</p> <p>2. Papierowa</p>	3 lata	kategoria archiwalna A, BE5 lub B5 (w zależności od JRWA)

Nazwa dokumentu	Umiejscowienie	Forma przechowywania	Okres przechowywania	Postępowanie z dokumentem po okresie przechowywania
	i hasło klasyfikacyjne JRWA 0145 Audyty jakości wewnętrzne, c) dla działań będących wynikiem kontroli symbol i hasło klasyfikacyjne 1712 Kontrole wewnętrzne w podmiocie.			
Działanie korygujące / korekcyjne	a) dla działań niebędących wynikiem audytów symbol i hasło klasyfikacyjne JRWA: 0146 Doskonalenie systemu zarządzania jakością lub 0147 Prowadzenie i koordynacja działań w systemie zarządzania jakością, b) dla działań będących wynikiem audytów symbol i hasło klasyfikacyjne JRWA 0145 Audyty jakości wewnętrzne, c) dla działań będących wynikiem kontroli symbol i hasło klasyfikacyjne 1712 Kontrole wewnętrzne w podmiocie.	1. Elektroniczna 2. Papierowa	3 lata	kategoria archiwalna A, BE5 lub B5 (w zależności od JRWA)
Karta niezgodności lub potencjalnej niezgodności	1. Zatwierdzony oryginał w przypadku kontroli — stanowisko odpowiedzialne za zarządzanie kontrolami; symbol i hasło klasyfikacyjne JRWA: 1712 Kontrole wewnętrzne w podmiocie. 2. Zatwierdzony oryginał w przypadku audytu — Pełnomocnik SZJ poprzez Wydział Organizacyjno-Prawny; symbol i hasło klasyfikacyjne JRWA: 0145 Audyty	Papierowa	Papierowa 3 lata	kategoria archiwalna A, BE5 lub B5 (w zależności od JRWA)

Nazwa dokumentu	Umiejscowienie	Forma przechowywania	Okres przechowywania	Postępowanie z dokumentem po okresie przechowywania
	jakości wewnętrzne. 3. Dla działań niebędących wynikiem audytów symbol i hasło klasyfikacyjne JRWA: 0146 Doskonalenie systemu zarządzania jakością lub 0147 Prowadzenie i koordynacja działań w systemie zarządzania jakością.			
Lista kwalifikowanych audytorów wewnętrznych	Wydział Organizacyjno-Prawny	papierowo lub elektronicznie	bezterminowo	nie dotyczy
Plan audytów na dany rok (okres)	Zatwierdzony oryginał — Pełnomocnik SZJ poprzez Wydział Organizacyjno-Prawny; symbol i hasło klasyfikacyjne JRWA: 0145 Audyty jakości wewnętrzne.	Papierowa	Papierowa 3 lata	Kategoria archiwalna A
Plan kontroli na dany rok	Oryginał zatwierdzony — Stanowisko odpowiedzialne za zarządzanie kontrolami; symbol i hasło klasyfikacyjne JRWA 1712 Kontrole wewnętrzne w podmiocie	Papierowa	Papierowa 5 lat	Kategoria archiwalna A
Powiadomienie o planowanym rozpoczęciu audytu/ kontroli	System SIDAS, intranet, poczta elektroniczna lub teczka aktowa zgodna z JRWA	elektronicznie lub papierowo	bezterminowo	nie dotyczy
Powiadomienie o szczegółach audytu	System SIDAS, intranet, poczta elektroniczna lub teczka aktowa zgodna z JRWA	elektronicznie lub papierowo	3 lata	archiwizacja w wersji elektronicznej
Raport z audytu wewnętrznego	1. Zatwierdzony oryginał w przypadku kontroli — stanowisko odpowiedzialne za zarządzanie kontrolami; symbol i hasło	Papierowa	3 lata	Kategoria archiwalna A

Nazwa dokumentu	Umiejscowienie	Forma przechowywania	Okres przechowywania	Postępowanie z dokumentem po okresie przechowywania
	klasyfikacyjne JRWA: 1712 Kontrole wewnętrzne w podmiocie. 2. Zatwierdzony oryginał w przypadku audytów — Pełnomocnik SZJ; symbol i hasło klasyfikacyjne JRWA 0145 Audyty jakości wewnętrzne.			
Raport z kontroli	Oryginał zatwierdzony — stanowisko odpowiedzialne za zarządzanie kontrolami; symbol i hasło klasyfikacyjne JRWA: 1712 Kontrole wewnętrzne w podmiocie.	1. Elektroniczna 2. Papierowa	1. Elektroniczna bezterminowo 2. Papierowa 3 lata	Kategoria archiwalna A
Wyznaczenie audytorów w planie audytów lub upoważnienie do przeprowadzenia audytu	Wydział Organizacyjno-Prawny albo zlecający wykonanie audytu / kontroli	elektroniczna lub papierowa	3 lata	kategoria archiwalna A
Zadania audytowe	System SIDAS, intranet, poczta elektroniczna lub teczka aktowa zgodna z JRWA	elektroniczna lub papierowa	3 lata	kategoria archiwalna A

## VI. FORMULARZE

- ➔ aktualne wydanie karty audytu wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością
- ➔ aktualne wydanie (wzoru) wyznaczenia audytora do audytu wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością, jeżeli nie wyznacza (nie wskazuje) sam harmonogram audytów

Zatwierdzone wzory (szablony) druków (formularzy) stanowią sprawy oznaczone według jednolitego rzeczowego wykazu ak (JRWA) w klasie 1611 „Opracowywanie lub wdrażanie wzorów formularzy oraz ich wykazy” w poszczególnych komórkach merytorycznych Urzędu według przedmiotu formularza.



## **VII. REJESTRY**

Brak

## **VIII. DOKUMENTY ZWIĄZANE**

Procedura Postępowanie z niezgodnością, działania korygujące i zapobiegawcze

## **IX. METRYKA**

<b>Nr wydania karty</b>	4
<b>Opracował</b>	Maciej Róg
<b>Data opracowania</b>	2018-03-30
<b>Sprawdził</b>	Genowefa Prorok
<b>Data sprawdzenia</b>	2018-04-04
<b>Zatwierdził</b>	Maciej Stefański
<b>Data zatwierdzenia</b>	2018-04-10

# **TABELA OPISU PROCEDURY:**

## **Postępowanie z niezgodnością, działania korygujące i zapobiegawcze**

wydanie nr 4

### **I. CEL PROCEDURY**

Celem niniejszego dokumentu jest zapewnienie skutecznych mechanizmów identyfikowania niezgodności i zagrożeń wystąpienia niezgodności oraz uruchamiania dla nich adekwatnych, odpowiednio działań korekcyjnych, korygujących i zapobiegawczych, eliminujących przyczyny ich wystąpienia, celem poprawy skuteczności funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością w Urzędzie.

### **II. PRZEDMIOT PROCEDURY**

Przedmiotem niniejszej procedury zostały objęte działania związane ze:

- zgłaszaniem (identyfikowaniem niezgodności i zagrożeń wystąpienia niezgodności),
- określaniem przyczyn zidentyfikowanych sytuacji,
- reagowaniem w sytuacji zgłoszenia wystąpienia niezgodności,
- określaniem działań korekcyjnych, korygujących i zapobiegawczych,
- przeglądem podjętych działań oraz oceną ich skuteczności.

Zakresem niniejszego dokumentu zostali objęci wszyscy pracownicy Urzędu.

### **III. TERMINOLOGIA**

Terminy i definicje stosowane dla potrzeb niniejszego dokumentu są zgodne z terminami i definicjami zawartymi w normie PN-EN ISO 9001:2015-10 *Systemy Zarządzania Jakością – Podstawy i terminologia*, ale ze względów praktycznych, tam gdzie było to konieczne, pozostawiono terminy i definicje z PN-EN ISO 9000:2006 stosowane w PN-EN ISO 9001:2009.

Ponadto określono następujące terminy:

- **niezgodność** – niespełnienie wymagania: prawnego, normy, umowy, wewnętrznego, np. określonego w wewnętrznych aktach normatywnych.
- **zagrożenie wystąpienia niezgodności** – sytuacja, która w dłuższym okresie czasu może przyczynić się do niespełnienia wymagania,
- **korekcja** – działanie eliminujące niezgodność ale nie jej przyczyny. Podejmowane w celu wyeliminowania lub poprawy wykrytej nieprawidłowości podczas bieżącego monitorowania przebiegu procesu i/lub audytu w komórce organizacyjnej.
- **działanie korygujące** – działanie podejmowane w celu wyeliminowania przyczyny wykrytej niezgodności lub innej niepożądanego sytuacji, jak również celem zapobieżenia ponownemu wystąpieniu niezgodności.
- **działanie zapobiegawcze** – działania podjęte w celu wyeliminowania przyczyn potencjalnej niezgodności lub innej niepożądanego potencjalnej sytuacji oraz niedopuszczenia do wystąpienia niezgodności w przyszłości.
- **ocena skuteczności działania** – działanie podejmowane w celu sprawdzenia czy zrealizowane działania korygujące i zapobiegawcze zostały zrealizowane w sposób eliminujący przyczyny niezgodności lub zagrożeń wystąpienia niezgodności. Ocena taka może być prowadzona w trakcie audytu, kontroli, bieżących działań, obserwacji, weryfikacji wprowadzonych zmian. Jej wykonanie warunkuje „zamknięcie” niezgodności / zagrożenia wystąpienia niezgodności.

#### **IV. ODPOWIEDZIALNOŚĆ I SPOSÓB POSTĘPOWANIA**

<b>Czynność</b>	<b>Odpowiedzialny</b>	<b>Wymagane dokumenty</b>	<b>Zapisy</b>	<b>Szczegóły wykonania czynności</b>
A 1. Identyfikować niezgodności	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pracownik Urzędu</li> <li>• Audytor wewnętrzny</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Powszechnie obowiązujące akty normatywne</li> <li>• Akty kierownictwa wewnętrznego</li> </ul>	Zgłoszenie niezgodności na karcie niezgodności	<p>1. Niezgodności mogą ujawniać się zarówno w trakcie audytów wewnętrznych, kontroli jak i w trakcie bieżącej pracy. W przypadku ich zidentyfikowania, osoba stwierdzająca niezgodność zobowiązana jest ją udokumentować.</p> <p>2. Niezgodności mogą być identyfikowane na podstawie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— monitorowania procesów,</li> <li>— analizy skarg i wniosków,</li> </ul>

Czynność	Odpowiedzialny	Wymagane dokumenty	Zapisy	Szczegóły wykonania czynności
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabele opisów procesów</li> <li>• Rejestr skarg i wniosków</li> </ul>		<p>— monitorowania realizacji usług,                      — kontroli wewnętrznych i zewnętrznych,                      — audytów wewnętrznych,                      — przeglądu zarządzania,                      — bezpośredniego zgłoszenia pracownika Urzędu.</p> <p>3. Niezgodności są dokumentowane przez pracowników je zgłaszających — system SIDAS, intranet, poczta elektroniczna lub teczka aktowa zgodna z JRWA. Pracownik zgłaszający wpisuje datę zgłoszenia oraz określa wymaganie, które jego zdaniem nie zostało spełnione, określa zaistniałą sytuację oraz wskazuje dowód (np. wskazuje numer pisma) na wystąpienie niezgodności, jak również osobę, do której ma zostać skierowana informacja.</p> <p>4. Niezgodność oraz wykonanie działań korygujących i korekcyjnych nadzoruje pełnomocnik SZJ lub osoba nadzorująca i koordynująca pracę danych komórek organizacyjnych Urzędu (zgodnie ze strukturą organizacyjną Urzędu i wewnętrznym podziałem zadań, np. starosta, członek zarządu, sekretarz lub skarbnik powiatu).</p> <p>5. Jednocześnie należy na bieżąco podjąć działania w odniesieniu do zidentyfikowanej niezgodności zapobiegające jej dalszemu występowaniu (podjąć działania korekcyjne)</p>
<p>A2. Podjąć decyzję dotyczącą zgłoszenia niezgodności</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pełnomocnik SZJ</li> <li>• osoba nadzorująca i koordynująca pracę danych komórek organizacyjnych Urzędu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zgłoszenie niezgodności</li> <li>• Zgłoszenie incydentu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zgłoszenie niezgodności na karcie niezgodności</li> <li>• Zgłoszenie incydentu na karcie niezgodności lub potencjalnej niezgodności</li> </ul>	<p>1. Na podstawie zgłoszenia podejmowana jest decyzja odnośnie stanowiska, które będzie odpowiedzialne za wyznaczenie działań korygujących i korekcyjnych, osób do ich wykonania oraz terminów ich wykonania. W przypadku gdy zgłoszenie było zdefiniowane jako incydent, należy przyjąć ten sam tryb postępowania, tylko traktować jako wyższy priorytet podczas oceny skuteczności.</p> <p>2. Wobec tej osoby będą odpowiedzialni pracownicy wyznaczeni do wykonania działań za terminowe i zgodne ich wykonanie.</p> <p>3. W przypadku niezasadności zgłoszonej niezgodności sporządzana jest</p>

Czynność	Odpowiedzialny	Wymagane dokumenty	Zapisy	Szczegóły wykonania czynności
				odpowiednia adnotacja lub notatka służbowa, ewentualnie (elektronicznie w systemie SIDAS) komentarz.
A3. Przydzielić działania korygujące	Stanowisko odpowiedzialne za wyznaczenie działań	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zgłoszenie niezgodności</li> <li>• Zgłoszenie incydentu</li> </ul>	Plan działań na karcie niezgodności	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zaproponować działania korygujące (usuwające przyczynę niezgodności) i korekcyjne (usuwające samą niezgodność).</li> <li>2. Wyznaczyć stanowiska odpowiedzialne za wykonanie oraz terminy realizacji.</li> <li>3. Przygotowany plan działań należy przekazać do zatwierdzenia. Planem działań mogą być również odpowiednie fragmenty raportu (wystąpienia, wniosków) z kontroli lub audytu, ewentualnie innych pism (procedurę dotyczącą planu działań stosuje się odpowiednio).</li> </ol>
A4. Zatwierdzić plan działań	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pełnomocnik SZJ</li> <li>• osoba nadzorująca i koordynująca pracę danych komórek organizacyjnych Urzędu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zgłoszenie niezgodności</li> <li>• Zgłoszenie incydentu</li> <li>• Plan działań</li> </ul>	Plan działań na karcie niezgodności	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Przeanalizować zaproponowane działania pod kątem rzeczywistego usuwania przez zaproponowane rozwiązania przyczyn niezgodności.</li> <li>2. Zatwierdzić zaproponowany plan lub przekazać stanowisku odpowiedzialnemu za działania do ponownego rozpatrzenia (sporządzając odpowiednią adnotację lub notatkę służbową, ewentualnie elektronicznie komentarz w systemie SIDAS — powrót do czynności A3)</li> <li>3. Zatwierdzony plan działań powoduje dystrybucję działań do wyznaczonych w planie stanowisk odpowiedzialnych, celem ich wykonania.</li> </ol>
A5. Realizować działania określone w planie działań	Stanowisko odpowiedzialne za wykonanie działania	Plan działań	Działanie korygujące / korekcyjne na karcie niezgodności	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Podjąć realizację zadania zgodnie z otrzymanym powiadomieniem.</li> <li>2. Wskazać czy zadanie zostało wykonane oraz jego rzeczywisty termin wykonania, jak również odnieść się do sposobu wykonania lub wydłużenia terminu wykonania (w stosunku do planowanego).</li> <li>3. Informację o wykonaniu zadania określonego w planie działań przekazać stanowisku odpowiedzialnemu za wskazanie działań.</li> </ol>
A6. Zatwierdzić realizację działania	Stanowisko odpowiedzialne za wyznaczenie działania	Działanie korygujące / korekcyjne	Działanie korygujące / korekcyjne na karcie niezgodności	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stanowisko odpowiedzialne za wskazanie działań (w odniesieniu do niezgodności), po otrzymaniu powiadomienia zapoznaje się z treścią infor-</li> </ol>

Czynność	Odpowiedzialny	Wymagane dokumenty	Zapisy	Szczegóły wykonania czynności
				<p>macji o wykonaniu działania, weryfikuje wprowadzone informacje. W przypadku ich zatwierdzenia działanie jest kończone.</p> <p>2. Jeżeli powiadomienie dotyczyło niewykonania zaproponowanego działania, stanowisko odpowiedzialne za wyznaczenie tego działania sporządza odpowiednią adnotację lub notatkę służbową, ewentualnie (elektronicznie w systemie SIDAS) komentarz, dotyczące decyzji w sprawie powiadomienia o niewykonaniu.</p>
<p>A7. Ocenić skuteczność działania</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pełnomocnik SZJ</li> <li>• osoba nadzorująca i koordynująca pracę danych komórek organizacyjnych Urzędu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedura: Ocena systemu zarządzania</li> <li>• Działanie korygujące / korekcyjne</li> </ul>	<p>Działanie korygujące / korekcyjne na karcie niezgodności</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zdecydować o sposobie przeprowadzenia oceny ich skuteczności.</li> <li>2. Dla działań, dla których ocena może być przeprowadzona w bieżącej pracy oraz dla tych, którym nadano wysoki priorytet, ocena prowadzona jest przez nadzorującego w najszybszy możliwy sposób. Dla pozostałych działań ocena może zostać przeprowadzona w trakcie kolejnego audytu lub audytu pozaplanowego, zgodnie z tabelą procedury „Ocena systemu zarządzania”.</li> <li>3. Jeżeli wynik oceny skuteczności jest pozytywny, Nadzorujący wykonanie działań zamyka niezgodność. Jeżeli wynik jest negatywny działanie nie zostaje zamknięte, zaś Nadzorujący inicjuje jego wykonanie po raz kolejny, załączając do niego plik wydruku działania niezamkniętego (realizować działania począwszy od punktu A3.).</li> </ol>

Czynność	Odpowiedzialny	Wymagane dokumenty	Zapisy	Szczegóły wykonania czynności
B1. Identyfikować zagrożenie wystąpienia niezgodności	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pracownik Urzędu</li> <li>• Audytor wewnętrzny</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Powszechnie obowiązujące akty normatywne</li> <li>• Akty kierownictwa wewnętrznego</li> <li>• Tabele opisów procesów</li> </ul>	Zgłoszenie zagrożenia wystąpienia niezgodności na karcie potencjalnej niezgodności	<p>1. Zagrożenia wystąpieniem niezgodności mogą ujawniać się zarówno w trakcie audytów wewnętrznych, jak i w trakcie bieżącej pracy. W przypadkach zidentyfikowania, osoba stwierdzająca zobowiązana jest je udokumentować.</p> <p>2. Zagrożenia mogą być identyfikowane na podstawie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— monitorowania procesów,</li> <li>— analizy skarg i wniosków,</li> <li>— monitorowania realizacji usług,</li> <li>— audytów wewnętrznych,</li> <li>— przeglądu zarządzania,</li> <li>— bezpośredniego zgłoszenia pracownika Urzędu.</li> </ul> <p>3. Zagrożenia są dokumentowane przez pracowników je zgłaszających — system SIDAS, intranet, poczta elektroniczna lub teczka aktowa zgodna z JRWA. Pracownik zgłaszający wpisuje datę zgłoszenia oraz określa zaistniałą sytuację jak również osobę, do której ma zostać skierowana informacja.</p>
B2. Podjąć decyzję dotyczącą zagrożenia wystąpienia niezgodności	Pełnomocnik SZJ	Zgłoszenie zagrożenia wystąpienia niezgodności	Zgłoszenie zagrożenia wystąpienia niezgodności na karcie potencjalnej niezgodności	<p>1. Na podstawie zgłoszenia podejmowana jest decyzja odnośnie stanowiska, które będzie odpowiedzialne za wyznaczenie działań zapobiegawczych, osób do ich wykonania oraz terminów ich wykonania.</p> <p>2. Wobec tej osoby będą odpowiedzialni pracownicy wyznaczeni do wykonania działań zapobiegawczych za terminowe i zgodne ich wykonanie.</p>
B3. Przydzielić działania zapobiegawcze	Stanowisko odpowiedzialne za wyznaczenie działań	Zgłoszenie zagrożenia wystąpienia niezgodności	Plan działań na karcie potencjalnej niezgodności	<p>1. Zaproponować działania zapobiegawcze usuwające przyczynę stwierdzonego zagrożenia wystąpienia niezgodności.</p> <p>2. Wyznaczyć stanowiska odpowiedzialne za wykonanie oraz terminy realizacji</p> <p>3. Przygotowany plan działań należy przekazać do zatwierdzenia. Planem działań mogą być również odpowiednie fragmenty raportu (wystąpienia, wniosków) z kontroli lub audytu, ewentualnie innych pism (procedurę dotyczącą planu działań stosuje się odpowiednio).</p>

Czynność	Odpowiedzialny	Wymagane dokumenty	Zapisy	Szczegóły wykonania czynności
B4. Zatwierdzić plan działań	Pełnomocnik SZJ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan działań</li> <li>Zgłoszenie zagrożenia wystąpienia niezgodności</li> </ul>	Plan działań na karcie potencjalnej niezgodności	<ol style="list-style-type: none"> <li>Przeanalizować zaproponowane działania pod kątem rzeczywistego usuwania (przez zaproponowane rozwiązania) przyczyn zagrożenia wystąpienia niezgodności.</li> <li>Zatwierdzić zaproponowany plan lub przekazać stanowisku odpowiedzialnemu za działania, do ponownego rozpatrzenia (sporządzając odpowiednią adnotację lub notatkę służbową, ewentualnie elektronicznie komentarz w systemie SIDAS — powrót do czynności B3).</li> <li>Zatwierdzony plan działań powoduje dystrybucję działań do wyznaczonych w planie stanowisk odpowiedzialnych, celem ich wykonania.</li> </ol>
B5. Realizować działania określone w planie działań	Stanowisko odpowiedzialne za wykonanie działań	Plan działań	Działanie zapobiegawcze na karcie potencjalnej niezgodności	<ol style="list-style-type: none"> <li>Podjąć realizację zadania zgodnie z otrzymanym powiadomieniem,</li> <li>Wskazać czy zadanie zostało wykonane oraz jego rzeczywisty termin wykonania, jak również odnieść się do sposobu wykonania lub wydłużenia terminu wykonania w stosunku do planowanego.</li> <li>Informację o wykonaniu zadania określonego w planie działań przekazać stanowisku odpowiedzialnemu za wskazanie działań.</li> </ol>
B6. Zatwierdzić realizację działania	Stanowisko odpowiedzialne za wyznaczenie działań	Działanie zapobiegawcze	Działanie zapobiegawcze na karcie potencjalnej niezgodności	<ol style="list-style-type: none"> <li>Stanowisko odpowiedzialne za wskazanie działań w odniesieniu do niezgodności, po otrzymaniu powiadomienia, zapoznaje się z treścią informacji o wykonaniu działania, weryfikuje wprowadzone informacje. W przypadku ich zatwierdzenia działanie jest kończone.</li> <li>Jeżeli powiadomienie dotyczyło niewykonania zaproponowanego działania, stanowisko odpowiedzialne za wyznaczenie tego działania sporządza odpowiednią adnotację lub notatkę służbową, ewentualnie (elektronicznie w systemie SIDAS) komentarz, dotyczący decyzji w sprawie niewykonania.</li> </ol>
B7. Ocenić skuteczność działania	Pełnomocnik SZJ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedura: Ocena systemu zarządzania</li> </ul>	Działanie zapobiegawcze na karcie potencjalnej niezgodności	<ol style="list-style-type: none"> <li>Zdecydować o sposobie przeprowadzenia oceny ich skuteczności.</li> <li>Ocena może zostać przeprowadzona</li> </ol>



Czynność	Odpowiedzialny	Wymagane dokumenty	Zapisy	Szczegóły wykonania czynności
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Działanie zapobiegawcze</li> </ul>	ności	<p>w trakcie kolejnego audytu lub audytu pozaplanowego zgodnie z tabelą procedury "Ocena systemu zarządzania". O formie i terminie przeprowadzenia oceny decyduje Pełnomocnik SZJ.</p> <p>3. Jeżeli wynik oceny skuteczności jest pozytywny Nadzorujący wykonanie działań zamyka zagrożenie wystąpienia niezgodności. Jeżeli wynik jest negatywny działanie nie zostaje zamknięte, zaś nadzorujący inicjuje jego wykonanie po raz kolejny, załączając do niego plik wydruku działania niezamkniętego (realizować działania począwszy od punktu B3).</p>

## V. ZAPISY

Nazwa dokumentu	Umiejscowienie	Forma przechowywania	Okres przechowywania	Postępowanie z dokumentem po okresie przechowywania
Karta niezgodności lub potencjalnej niezgodności	<p>a) dla działań niebędących wynikiem audytów symbol i hasło klasyfikacyjne JRWA: 0146 Doskonalenie systemu zarządzania jakością lub 0147 Prowadzenie i koordynacja działań w systemie zarządzania jakością,</p> <p>b) dla działań będących wynikiem audytów symbol i hasło klasyfikacyjne JRWA 0145 Audyty jakości wewnętrzne,</p> <p>c) dla działań będących wynikiem kontroli symbol i hasło klasyfikacyjne 1712 Kontrole wewnętrzne w podmiocie.</p>	<p>1. Elektroniczna</p> <p>2. Papierowa</p>	<p>1. Elektronicznie bezterminowo lub papierowo zgodnie z JRWA.</p> <p>2. 3 lata</p>	<p>kategoria archiwalna A, BE5 lub B5 (w zależności od JRWA)</p>

## **VI. FORMULARZE**

- ➔ aktualne wydanie karty niezgodności / potencjalnej niezgodności
- ➔ aktualne wydanie rejestru niezgodności i potencjalnych niezgodności

Zatwierdzone wzory (szablony) druków (formularzy) stanowią sprawy oznaczone według jednolitego rzeczowego wykazu ak (JRWA) w klasie 1611 „*Opracowywanie lub wdrażanie wzorów formularzy oraz ich wykazy*” w poszczególnych komórkach merytorycznych Urzędu według przedmiotu formularza.

## **VII. REJESTRY**

rejestr niezgodności i potencjalnych niezgodności

## **VIII. DOKUMENTY ZWIĄZANE**

Procedura: Ocena systemu zarządzania

## **X. METRYKA**

<b>Nr wydania karty</b>	4
<b>Opracował</b>	Maciej Róg
<b>Data opracowania</b>	2018-03-30
<b>Sprawdził</b>	Genowefa Prorok
<b>Data sprawdzenia</b>	2018-04-04
<b>Zatwierdził</b>	Maciej Stefański
<b>Data zatwierdzenia</b>	2018-04-10

# STANDARDY DOKUMENTACJI

## Starostwa Powiatowego w Brzegu

wydanie nr 4

- § 1. Niniejsze standardy dokumentacji Starostwa Powiatowego w Brzegu, zwanego „Urzędem”, mają zastosowanie do następujących **dokumentów**:
- 1) zarządzeń Starosty, uchwał Zarządu i Rady Powiatu oraz wewnętrznych regulaminów, instrukcji, procedur itp. chociażby wprowadzonych w formie prawnej innej niż zarządzenie lub uchwała; taką dokumentację określa się dalej jako „**akty prawne**”;
  - 2) formularzy, druków i wzorów itp. dokumentów tworzonych w Urzędzie; taką dokumentację określa się dalej jako „**formularze**”.
- Standardów **nie** stosuje się do innych rodzajów dokumentów.
- § 2. Standardy obejmują całość i każde wydanie dokumentu, w tym także ich **załączniki**, zmiany (nowelizacje, aneksy) i teksty jednolite.
- § 3. Standardy nie dotyczą **roboczych** egzemplarzy kategorii niearchiwalnej Bc (*do krótkotrwałego bieżącego użytku praktycznego, a potem do wybrakowania*), jeżeli taki charakter wynika z treści lub kontekstu dokumentu.
- § 4. Dokumentacja publikowana w intranecie jest dokumentacją **aktualną** i nadzorowaną. Pracownik korzystający z tej dokumentacji ma pewność, że w dniu wyświetlenia (pobrania) jest aktualna i obowiązująca w Urzędzie.
- § 5. Każdy **wydruk** dokumentacji z intranetu jest wydrukiem informacyjnym, ważnym w dniu wyświetlenia (pobrania) wersji elektronicznej. Drukujący zobowiązany jest dopisać (ręcznie lub datownikiem) na wydruku datę jego sporządzenia.
- § 6. Przed zastosowaniem wydrukowanego dokumentu pracownik zobowiązany jest **upewnić** się czy jest on nadal aktualny, tzn. czy nie wprowadzono zmian (aneksów, tekstów jednolitych lub kolejnych wydań) danego dokumentu.

- § 7. Każdy dokument musi zawierać oznaczenie **Urzędu** lub obsługiwanych przez niego organów i ciał kolegialnych, a w przypadku formularzy również oznaczenie komórki organizacyjnej stosującej formularz.
- § 8. Każdy dokument musi zawierać odpowiedni **tytuł** go identyfikujący (formą, numerem, datą, nazwą itp.), a w przypadku załączników lub niebędących załącznikami formularzy — odpowiednio, oznaczenie dokumentu, do którego są załącznikiem albo kto i kiedy zatwierdził formularz.
- § 9. Każdy dokument musi jasno wymieniać w treści lub stopce ostatniej strony oraz (jeżeli są dwa lub więcej) numerować **załączniki** pod rygorem ich nieważności.
- § 10. Wszystkie **strony** dokumentu zawierającego więcej niż jedną stronę, muszą być ponumerowane. Co najmniej pierwsza strona powinna wówczas określać łączną liczbę stron bez załączników lub z załącznikami, np. „— 2 / 133 —”.
- § 11. Co najmniej jeden oryginał dokumentu przechowywany zgodnie z instrukcją kancelaryjną, musi czytelnie określać co najmniej **nazwisko** opracowującego i sprawdzającego wraz z datą tych czynności, np. w stopce ostatniej strony. Każdy egzemplarz takiego dokumentu musi jasno określać co najmniej imię i nazwisko zatwierdzającego i datę zatwierdzenia.
- § 12. Dopuszcza się, aby dokument był opracowany i sprawdzony albo sprawdzony i zatwierdzony przez **tę samą osobę** będącą na stanowisku kierowniczym, jeżeli odrębne przepisy prawa lub wymagania nie stanowią inaczej.
- § 13. Stosownie do przepisów instrukcji kancelaryjnej o akceptacji jedno- lub wielostopniowej, co najmniej jeden egzemplarz oryginału dokumentu przechowywany zgodnie z instrukcją kancelaryjną musi zawierać **podpisy** (skrótowy podpisu, parafy) opracowującego, sprawdzającego i zatwierdzającego. Dopuszcza się, aby określenie nazwisk tych osób było jednocześnie ich odręcznym czytelnym podpisem.
- § 14. Dopuszcza się, aby dokument nie wskazywał słownie charakteru, w jakim złożono podpis (opracował, sprawdził, zatwierdził), wówczas najwcześniejszy podpis uważa się za opracowanie, a ostatni podpis za zatwierdzenie.
- § 15. Każdy dokument musi określać numer jego **wydania** oraz datę, od której obowiązuje, np. w stopce ostatniej strony. W razie wątpliwości lub braku odrębnej informacji, dokument uważa się za pierwsze wydanie, a datą zatwierdzenia i datą, od której obowiązuje, jest data czynności podana w nagłówku („z dnia ...”) albo inna data widoczna w dokumencie.

- § 16. W przypadku zarządzeń i uchwał przyjmuje się, że ich tytuł i podpis (podpisy) wyczerpują niniejsze standardy dotyczące zatwierdzenia, numeru wydania i daty obowiązywania, przez co nie muszą (lecz mogą) mieć dodatkowego powtórzenia tych informacji w stopce.
- § 17. W przypadku zarządzeń i uchwał przyjmuje się, że:
- 1) wskazanie co najmniej nazwiska i **podpisanie**:
    - a) uzasadnienia (projektu) zarządzenia (uchwały), lub
    - b) pisma zawierającego wniosek o podpisanie zarządzenia starosty, podjęcie (inicjatywę podjęcia) uchwały zarządu lub o inicjatywę zarządu podjęcia uchwały rady,
      - dołączonych jako załącznik do zarządzenia (uchwały) lub do protokołu odpowiednio posiedzenia zarządu lub sesji rady, albo wskazane w tym protokole, w rejestrze zarządzeń (uchwał) lub samym zarządzeniu (uchwale, np. w przypisie lub adnotacji) – znakiem sprawy prowadzonej w Urzędzie, do której akt zostały dołączone; lub
  - 2) zapisy **protokołu** (stenogramu, nagrania dźwiękowego lub wideo) odpowiednio posiedzenia zarządu lub sesji rady o omówieniu (przedstawieniu, przedłożeniu, wniesieniu pod obrady) projektu (wniosku o podjęcie, inicjatywy podjęcia) uchwały przez daną osobę;
    - wyczerpują niniejsze standardy dotyczące opracowania i sprawdzenia (daty, nazwiska i podpisu) zarządzenia (uchwały).
- § 18. Jeżeli odrębny przepis szczególny zezwala na ustalenie lub wprowadzenie tekstu jednolitego (ujednoliczonego) bez odrębnej uchwały, zarządzenia i obwieszczenia, dopuszcza się, aby był opracowany, sprawdzony i zatwierdzony przez jedną osobę, również w formie dokumentu elektronicznego, chociażby bez bezpiecznego podpisu elektronicznego weryfikowanego ważnym kwalifikowanym certyfikatem.

§ 19. Spełnienie wymogów dotyczących opracowania, sprawdzenia, zatwierdzenia, numeru wydania i daty obowiązywania przykładowo **może** nastąpić poprzez dodanie w stopce ostatniej strony tabelki według jednego z spośród następujących wzorów:

1) układ krótszy:

wyd. \_\_\_ proces \_\_\_ [dotyczy formularzy]

opracował(a): <kiedy+kto+podpis>

sprawdzenie i wstępna akceptacja: <kiedy+kto+podpis>

2) układ dłuższy:

<b>Nr wydania</b>	
<b>Nr procesu SZJ</b>	
<b>Opracował(a)</b>	
<b>Data opracowania</b>	
<b>Sprawdził(a)</b>	
<b>Data sprawdzenia</b>	
<b>Zatwierdził(a)</b>	
<b>Data zatwierdzenia</b>	

§ 20. Każdy dokument powinien na początku określać jego **przedmiot** i cel, a w miarę potrzeby stosowaną terminologię.

§ 21. Podpis pod dokumentem, oznaczający **zatwierdzenie**, zamieszcza się na tej samej stronie, na której kończy się ostatni przepis lub zdanie dokumentu, chyba że dokument zawiera unikalny identyfikator, kod kreskowy, sumę kontrolną, odręczny podpis lub parafę, widoczne na każdej z pozostałych stron.

§ 22. Dokument przygotowuje się w formie elektronicznej za pomocą odpowiedniego oprogramowania, w szczególności w formatach **DOC / DOCX** (Microsoft Word), **ODT** (OpenDocument) lub **ZIPX** (program Legislador firmy ABC PRO sp. z o.o.).

§ 23. Wszystkie strony i egzemplarze co najmniej **oryginału** aktu prawnego do przechowywania zgodnie z instrukcją kancelaryjną w komórce merytorycznej, drukuje się:

- 1) na znormalizowanym (standardowym) **formacie** arkusza papieru (A4, A5 itp.);
- 2) w miarę możliwości z jednolitymi **marginesami** 2,5 cm ze wszystkich stron, chyba że dokument nie będzie dziurawiony (np. do skoroszytu / segregatora) albo nie pozwala na to łamanie strony (zmieszczenie na określonej liczbie stron);
- 3) w miarę możliwości **dwustronnie**;
- 4) w czerni i odcieniach szarości, a w miarę potrzeb w kolorze.

- § 24. Akt prawny sporządza się jednym wspólnym w jego obrębie krojem pisma **szeryfowym**, w miarę możliwości **Times New Roman** lub innym zgodnie z posiadanymi licencjami procesora tekstu (np. Microsoft Office Word, Libre Office Writer) lub systemu operacyjnego (np. Microsoft Windows). Krój i inne wymagania dotyczące pisma nie obejmują znaków graficznych (logotypów), chociażby zawierały litery, cyfry lub inne znaki pisma.
- § 25. Akt prawny sporządza się pismem (fontem / czcionką komputerową) o wysokości w miarę możliwości jednolitej dla całego dokumentu **12 pkt**, natomiast główki i stopki (nad i pod tekstem zasadniczym), przypisy i tabele mogą mieć inne wysokości pisma.
- § 26. Akt prawny sporządza się w miarę możliwości z **interlinią o wysokości 1,5** (150%) podstawowej wysokości wiersza, chyba że nie pozwala na to łamanie strony.
- § 27. Akt prawny rozpoczyna **wyśrodkowany** (wycentrowany) tytuł, na który składają się oddzielone w kolejnych wersach):
- 1) rodzaj aktu (zarządzenie, uchwała, obwieszczenie, informacja, umowa, porozumienie itp.) uzupełniony o numer — pisane **dużymi pogrubionymi** literami,
  - 2) organ wydający akt (Starosta Powiatu Brzeskiego, Zarząd Powiatu Brzeskiego, Rada Powiatu Brzeskiego, Powiat Brzeski i Gmina Brzeg itp.) w dopełniaczu (uchwała rady itp.) — pisany **dużymi pogrubionymi** literami,
  - 3) data wydania aktu, na którą składają się słowa „z dnia”, dzień pisany liczbą arabską, miesiąc słownie bez skrótów, rok pisany czterema cyframi arabskimi zakończony po spacji skrótem „r.” — pisana **małymi zwykłymi (niepogrubionymi)** literami,
  - 4) przedmiot aktu, poprzedzony słowami „w sprawie” (bez dwukropka), a w przypadku aktów nowelizujących lub uchylających odpowiednio słowami „zmieniający” lub „uchylający” (w odpowiednim przypadku) — pisany **małymi pogrubionymi** literami;

tj. według wzoru:

**ZARZĄDZENIE NR 99/2017**

**STAROSTY POWIATU BRZESKIEGO**

z dnia 31 grudnia 2017 r.

**w sprawie regulaminu wynagradzania**

- § 28. Numer i datę zarządzenia lub uchwały Zarządu Powiatu wpisuje się **odręcznie** dopiero po ich podpisaniu. Nie dotyczy to dokumentów podpisywanych elektronicznie.
- § 29. W tytule aktu prawnego słów „w sprawie” **nie** wyrównuje się do lewego marginesu ani nie kończy się dwukropkiem („w sprawie: ...”), a wersu nie kończy się kropką.
- § 30. W tytule aktu prawnego słów „w sprawie” **nie** uzupełnia się nazwą czynności („w sprawie **określenia**”, „w sprawie **ustalenia**”, „w sprawie **wyznaczenia**” itp.), poprzestając na skróconym oznaczeniu „w sprawie (czegoś)”.
- § 31. W tytule aktu prawnego, podstawie prawnej i podpisie organu **nie** stosuje się *kursywy*.
- § 32. W tytule aktów prawnych **nowelizujących** (uchylających) zamieszcza się tylko rodzaj aktu i jego przedmiot, pomijając organ, numer aktu, datę wydania zmienianego aktu i dzienniki urzędowe.
- § 33. Tytuł od podstawy oddziela się **odstępem** lub pustym wersem o przyjętej interlinii, chyba że nie pozwala na to łamanie strony.
- § 34. Wyjustowaną do obu marginesów podstawę prawną rozpoczyna się wcięciem od słów „Na podstawie” (**bez** dwukropka), wymieniając następnie odpowiednie przepisy prawa, a kończy się ją zakończonymi dwukropkiem słowami (odpowiednio) „zarządza się, co następuje:” lub „uchwała się, co następuje:”, tj. bezosobowo (**nie** stosuje się pierwszej osoby koniugacji: „zarządzam”) i **bez** powtarzania organu wydającego („Starosta zarządza”).
- § 35. Przedmiot w tytule aktu prawnego oznacza się **zwięźle** i skrótowo, w razie potrzeby przenosząc pełne oznaczenia do pierwszego przepisu (np. zamiast „w sprawie określenia wysokości stawek opłaty za dokonanie jakichś czynności przez Starostę Powiatu Brzeskiego na wniosek interesanta na podstawie określonych przepisów” należy napisać „w sprawie stawek opłaty za jakieś czynności”).
- § 36. W **pierwszym przepisie** oznacza się jego pełny przedmiot (cel regulacji), np. „Zarządzenie stanowi regulamin dokonywania określonych czynności i reguluje szczegółowe zasady i tryb (...).”.
- § 37. Akty prawne dzieli się na przepisy prawne za pomocą jednostek redakcyjnych kolejno: paragrafów, ustępów (wyrażających pełne zdania), punktów, liter, tiret i podwójnych tiret (rodzaju nijakiego).
- § 38. W razie potrzeby paragrafy można grupować w **rozdziały** (oznaczane liczbą zapisaną cyframi arabskimi), rozdziały łączyć w działy, a działy w tytuły (oznaczane liczbami zapisanymi cyframi rzymskimi). Numer i tytuł rozdziałów zapisuje się małymi literami, a działów i tytułów dużymi literami.



- § 39. Podstawową jednostką redakcyjną aktów prawnych jest **paragraf** oznaczany odpowiednim symbolem (§) uzyskiwanym w systemach operacyjnych z rodziny Microsoft Windows po wciśnięciu i przytrzymaniu lewego klawisza ALT i w tym samym czasie wciśnięciu na klawiaturze numerycznej po prawej stronie kolejno cyfr 2 i 1 (ALT+21); albo z menu Wstawianie → Symbol (Microsoft Word 2010+) lub Wstaw → Znak specjalny (LibreOffice); albo poprzez aplet Tablica znaków (menu start → uruchom → charmap lub menu start → Akcesoria → Narzędzia systemowe).
- § 40. Podział przepisu na jednostki niższego rzędu wprowadza się tylko, jeżeli obecne są co najmniej dwie jednostki danego poziomu (w szczególności, nie dodaje się ustępu pierwszego, jeżeli nie ma ustępu drugiego).
- § 41. W strukturze przepisu nie wprowadza się liter, jeżeli nie zastosowano punktów.
- § 42. W strukturze przepisu nie wprowadza się tირet, jeżeli nie zastosowano liter.
- § 43. Pierwsze zdanie paragrafów i ustępów otwiera się **dużą literą** (dlatego do ich oznaczenia dodaje się kropkę), a punktów, liter i tირet — małą literą (dlatego do ich oznaczeń dodaje się nawias zamykający). **Ustęp od punktu** najłatwiej odróżnić według zasady, że „**po dwukropku** zawsze punkt, nigdy ustęp”. Czasem nieprawidłowo (zwłaszcza na gorszych lub starszych dokumentach) po oznaczeniu ustępów błędnie znajduje się nawias zamykający np. 1) a po oznaczeniu punktów — kropka np. 1. Należy wówczas zamiast *nawiasem/kropką* kierować się *dwukropkiem*.
- § 44. Ostatnie zdanie paragrafów i ustępów zamyka się **kropką**, punktów — średnikiem, a liter i tირet — przecinkiem. Jeżeli dana litera lub tირet kończą punkt i dalej znajduje się kolejny punkt, ostatnie ich zdanie zamyka się średnikiem. Jeżeli dany punkt, litera lub tირet kończą ustęp lub paragraf, zamyka się je kropką.

§ 45. Odróżnia się sposób oznaczania przepisów przy ich wyrażaniu po raz pierwszy w strukturze aktu prawnego („§ 1., 2., 3), a), —, — —”) od ich późniejszego przywołania w tekście (§, ust., pkt, lit., tiret), w następujący sposób:

rodzaj przepisu	oznaczenie własne	późniejsze przywołanie	rozpoczęcie przepisu	znak interpunkcyjny kończący dany przepis
paragraf	§ 1.	§ 1	Dużą literą	kropka (.)
ustęp	1.	ust. 1		
punkt	1)	pkt 1	małą literą	średnik (;)
litera	a)	lit. a		
tiret	—	tiret pierwsze itd.		przecinek (,)
podwójne tiret	— —	podwójne tiret drugie itd.		

tj. według wzoru:

§ 1. 1. Tekst.  
 2. Tekst:      ← dwukropek odróżnia punkty od ustępów

    1) tekst;  
     2) tekst:  
         a) tekst,  
         b) tekst:  
             — tekst,  
             — tekst,  
         c) tekst;  
     3) tekst.

3. Tekst.

**PRZYKŁADY BŁĘDÓW:**

§ 1) 1) Tekst.  
 2) Tekst:  
     1. Tekst,  
     2. tekst:  
         a. tekst,  
         b. Tekst:  
             — tekst;  
             — tekst;  
         c) tekst,  
     3) tekst;  
     3) tekst.

§ 46. W ostatnim przepisie aktu prawnego określa się datę wejścia w życie całego aktu (ewentualnie z wyjątkami) odpowiednio poprzez słowa: „Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania”, „Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia” albo „z dniem 1 stycznia 2018 r.” lub „po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzien-

niku Urzędowym Województwa Opolskiego.”, ewentualnie — jeżeli akt prawny ma mieć wsteczną moc obowiązującą — akt prawny wchodzi w życie z dniem (odpowiednio) podpisania lub podjęcia „z mocą obowiązującą od dnia (...)” lub „i ma zastosowanie od dnia (...)”. Dzień oznacza się tak jak w tytule aktu prawnego (miesiąc zapisany słownie).

§ 47. W zakresie nieuregulowanym niniejszymi standardami, akt prawny przygotowuje się zgodnie z załącznikiem do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie „**Zasad techniki prawodawczej**” (Dz. U. z 2016 r. poz. 283).

§ 48. W większości przypadków **naruszenie** (niedochowanie) niniejszych standardów dokumentacji lub zasad techniki prawodawczej (ZTP) być może nie będzie stanowić *rażącego* naruszenia prawa, a może nawet w ogóle nie *naruszy* prawa, ale **może obniżyć jakość** dokumentacji i jej identyfikację z Urzędem oraz stanowić *niezgodność*.

<b>Nr wydania</b>	4
<b>Opracował</b>	Maciej Róg
<b>Data opracowania</b>	2018-03-30
<b>Sprawdził</b>	Genowefa Prorok
<b>Data sprawdzenia</b>	2018-04-04
<b>Zatwierdził</b>	Maciej Stefański
<b>Data zatwierdzenia</b>	2018-04-10