



RAPORT Z II AUDITU NADZORUJĄCEGO

system zarządzania jakością zgodnie
z wymaganiami normy ISO 9001:2000

dla organizacji

Urząd Gminy w Nędzy

Ul. Jana III Sobieskiego 5 47-440 NĘDZA



Ocena skrócona

Zleceniodawca: Urząd Gminy w Nędzy

Pełnomocnik ds. jakości: Katarzyna Paszenda

Numer zlecenia: 210/Q04/569

Norma: ISO 9001:2000

Rodzaj auditu: II. nadzorujący

Termin auditu: 02-03.09.2004r.

Auditor wiodący: Jerzy Halicki

Ekspert:

Wynik:

Organizacja w trakcie auditu nadzoru dostarczyła dowodów, że swój system ZJ zgodny z normą ISO 9001:2000 w dalszym ciągu skutecznie stosuje i ulepsza odpowiednio do aktualnych warunków funkcjonowania i wymagań w/w normy.

Nie wystąpiły żadne zastrzeżenia dla zachowania ważności certyfikatu TÜV CERT.

J.Halicki

Data

Auditor

Ekspert

1. Cele i podstawy auditu

Celem było stwierdzenie, czy wymagania stawiane przez normę ISO 9001:2000 wobec systemu jakości są zachowane, co stanowi warunek podtrzymania ważności certyfikatu TÜV CERT.

2. Czas trwania, miejsce i uczestnicy auditu

Czas trwania: 02-03.09.2004

Miejsce/ lokalizacja przeprowadzania auditu:

Urząd Gminy w Nędzy
Ul. Jana III Sobieskiego 5
47-440 Nędza

Ze strony Jednostki Certyfikującej w audicie brali udział:

Auditor wiodący: Jerzy Halicki
Auditor trenujący: Joanna Bielak

Raport z auditu sporządził: Jerzy Halicki

3. Podstawa certyfikacji

Audit został przeprowadzony w oparciu o normę ISO 9001 : 2000.

Inne, stosowane podczas auditu przepisy: ustawa z 8.03. 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. Nr 24 z 2001 r., poz. 1591 ze zm), ustawa o finansach publicznych z 26.11.1998 r. (Dz. U. Nr 15 z 2003 r., poz. 148 ze zm.), ustawa z 26.06.1974 r. kodeks pracy (Dz. U. Nr 21 z 1998 r., poz. 94 ze zm.), ustawa z 34.08.1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. Nr 147 z 2002 r., poz. 1229 ze zm.), rozporządzenie ministra pracy i polityki socjalnej z 26.09.1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. Nr 169 z 2003 r. poz. 1650 ze zm.).

4. Dokumenty używane podczas auditu

W trakcie auditu nadzorującego system ZJ zleceniodawcy dokonano wglądu w stosowaną dokumentację. Podczas auditu na miejscu sprawdzono również procedury i instrukcje robocze oraz zapisy dotyczące jakości.

Oznaczenie Księgi Jakości zleceniodawcy: egz. nr 3

Data wydania Księgi Jakości: wyd. 2 z 1.04.2004

Data ostatniej rewizji procedur systemu ZJ: 1.03.2004 r.

5. Zakres ważności auditowanego systemu jakości

Ewidencja ludności i dowody osobiste, zamówienia publiczne, obieg korespondencji, Urząd Stanu Cywilnego.

6. Ocena

Audit przeprowadzono zgodnie z przepisami systemu jakości TÜV Rheinland InterCert. Podczas auditu stosowano zalecenia dokumentu QMD 3.2 – Opis procedury certyfikacji, która przesyłana jest zleceniodawcy przed rozpoczęciem procesu certyfikacji.

W ramach auditu na miejscu u zleceniodawcy sprawdzono praktyczne działanie systemu zarządzania jakością. Na podstawie dokumentacji systemu zarządzania jakością porównano poszczególne procesy z odpowiednio wdrożonymi uregulowaniami w praktyce. Podczas oceny kompetentne osoby przedstawiły swoje czynności w jasny i dający prześledzić się sposób za pomocą przykładów z codziennej praktyki. Auditor na miejscu wyjaśnił niedokładności, słabe miejsca i występujące podczas codziennej praktyki nieprawidłowości. Zamiarem jego było – poprzez sprawdzenie spełnienia postanowień normatywnych – stwierdzenie tkwiących w systemie sprzeczności oraz możliwości ich eliminacji.

Doświadczenia zgromadzone podczas auditu przekazano uczestnikom spotkania zamykającego.

Przedstawiony Raport z auditu zawiera wyniki oceny dokumentacji oraz wyniki samego auditu na miejscu. Informacje o wynikach przeprowadzonych po audicie działań korygujących oraz o spełnieniu wymagań normy zawarte są w raporcie końcowym z auditu.

Raport końcowy z auditu zawiera decyzję dyrektora jednostki certyfikującej o utrzymaniu certyfikatu, względnie jego anulowaniu lub zwrocie.

7. Ocena elementów normy

7.1. Dokumentacja systemu jakości

Krótką oceną podsumowującą:

Zebrane w czasie auditu na miejscu dowody (fakty, obserwacje oraz inne zweryfikowane informacje) pozwalają pozytywnie ocenić spełnienie przez Organizację wymagań w zakresie dokumentacji. Stwierdza się, że liczba oraz rodzaje występujących dokumentów systemu zarządzania jakością (SZJ), a także dokonywane w nich zmiany są wystarczające do skutecznego wykorzystania w procesie zarządzania. Formularze w pełni zaspokajają potrzeby praktyki gospodarczej i administracyjnej.

Ocena szczegółowa:

Dokumentacja SZJ obejmuje

- a) politykę jakości (treść polityki jakości na s. 12. w księdze jakości),
- b) cele jakości (cele jakości s. 4 p.4.3 KJ),
- c) księgę jakości (wyd. 2 z 1.04.2004r.),
- d) 12 procedur (np. Zamówienia publiczne, oznaczona symbolem P-3.1) w tym 6 wymaganych przez normę ISO 9001:2000,
- e) zapisy (zapis w rozdzielniku KJ, s. 2),
- f) niezbędne inne dokumenty potrzebne do zapewnienia skutecznego planowania, realizacji, kontroli oraz kierowania zidentyfikowanymi procesami (np. formularz nr 1 do procedury P-4.1), a które konsekwentnie stosuje w praktyce zarządczej w ujęciu operatywnym oraz strategicznym.

W księdze jakości zawarto informacje wymagane przez normę ISO 9001:200, a mianowicie :

- a) zakres systemu zarządzania jakością, łącznie z uzasadnieniem zastosowanych wyłączeń (zakres na s. 7, p.2.1 KJ, wyłączono p. 7.3. Projektowanie i rozwój),
- b) odwołanie do procedur (s. 23 KJ),
- c) opis wzajemnego oddziaływania pomiędzy procesami występującymi w Organizacji (zał. nr 2 do KJ).

Całość zagadnień związanych z nadzorem nad dokumentacją zawarto w procedurze Nadzór nad dokumentacją (P-1.1).

Dowody z badań przeprowadzonych w czasie auditu na miejscu pozwalają stwierdzić, że nadzór nad dokumentacją SZJ został ustanowiony w sposób poprawny, co przejawia się między innymi w:

- a) zgodnym z wymaganiami normy ISO 9001:2000 dokonywaniu zatwierdzeń dokumentów pod względem ich adekwatności, zanim zostaną wydane (zatwierdzenie przez wójta gminy procedury „Przegląd dokonywany przez kierownictwo” w dniu 15.12.2002 r.),

b) właściwej dystrybucji dokumentacji SZJ (rozdzielnik procedury Zarządzanie dokumentacją SZJ z 2.1.2002 r), tym samym zapewniony został dostęp wszystkim pracownikom do dokumentów w zakresie koniecznym i niezbędnym do starannego wykonywania przez nich czynności, zadań oraz przedsięwzięć,

c) poprawnym dokonywaniu aktualizacji oraz nadawaniu statusu zmian dokumentom, przez co zapewniono ciągłą merytoryczną ich przydatność (wniosek z 19.11.2002 r. zgłoszony przez K. Paszendę dot. zmiany rozdzielników obowiązujących procedur, Karta zmian z 9.12.2002 P-1.3 Nadzór nad dokumentacją techniczną, normami, danymi i zapisami jakości, „wydanie nr 2 KJ”). W czasie auditu na miejscu nie stwierdzono stosowania przez Organizację dokumentów nieaktualnych w części bądź w całości. (wykaz prowadzonych zapisów jakości – zał. nr 1 P-1.3),

d) czytelności dokumentów oraz łatwości ich identyfikacji (np. procedura dot. monitoringu nad zapisami oznakowano dwoma sposobami, tj. poprzez nadanie jej tytułu „Nadzór nad zapisami” oraz oznakowanie symbolem „P-1.3”),

e) poprawnej identyfikacji oraz rozpowszechnianiu dokumentów pochodzących z zewnątrz (Rejestr korespondencji UG, dekretacja przez sekretarza Gminy Nędza pisma z 15.07.2004 od Starostwa Powiatowego w Raciborzu, skierowanego do inspektora Iwony Zoń),

f) właściwym zapobieganiu niezamierzonemu stosowaniu i oznakowaniu dokumentów nieaktualnych (nieaktualne dokumenty podlegają zniszczeniu poprzez spalenie, pozostałe są przekazywane do archiwum zakładowego)

Należyć realizowany jest również nadzór nad zapisami, co przejawia się między innymi poprzez:

a) utrzymywanie zapisów dostarczających dowodów zgodności z wymaganiami oraz dowodów skuteczności funkcjonowania SZJ, (Raport z działań korygujących i zapobiegawczych z nr 29/2004 z 16.08.2004 r.),

b) czytelność, łatwość identyfikacji i odszukania pożądaných dokumentów Rejestr korespondencji z 25.06.204 r. z informacją o miejscu przechowywania dokumentów, np. pod poz. 1956 widnieje zapis o przechowywaniu dokumentu w teczce oznaczonej symbolem 5541).

Całość zagadnień związanych z nadzorem nad zapisami uregulowano w procedurze pt. „Nadzór nad zapisami” (P.- 1.3)

Niezgodności:

Nie stwierdzono.

Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:

Brak.

7.2. Odpowiedzialność kierownictwa

Krótką oceną podsumowującą:

Bardzo wysoko ocenia się odpowiedzialność najwyższego kierownictwa za zapewnienie warunków umożliwiających skuteczne funkcjonowanie i doskonalenie SZJ. Nie stwierdzono żadnych zaniedbań i zaniechań w tym zakresie. Przejawia się to między innymi w:

a) zakomunikowaniu pracownikom znaczenia spełnienia wymagań klienta zewnętrznego, wobec którego pracownik administracji publicznej pełni funkcję służebną (rozmowa z M. Zyło), a także spełnienia wymogów prawnych (ustawa o ewidencji ludności i dowodach osobistych - Dz. U. Nr 87 z 2001 r., poz. 960 ze zm.),

b) opracowaniu realnej polityki jakości oraz wyływających z niej celów jakości. Na pozytywne podkreślenie zasługują skuteczne upowszechnienie polityki jakości wśród załogi, co potwierdzone zostało perfekcyjnym jej zrozumieniem przez pracowników, upowszechnienie celów jakości, co znalazło odzwierciedlenie w ich znajomości na wszystkich stanowiskach pracy (rozmowa na temat zrozumienia polityki jakości oraz celów z M. Zyło), mierzalność celów jakości (wymiar ilościowy i czasowy celów w Planie poprawy jakości z 30.12.2003 r., np. rozwój produktu Urzędu w 2004 roku poprzez 10 minutowe audycje dla mieszkańców Gminy), a także zobowiązanie kierownictwa do ciągłego doskonalenia SZJ, polityka jakości, s.12 w KJ, Dokument pt. „Koszty jakości” z 26.02.2004 r.),

c) wystarczającym udostępnieniu zasobów kapitałowych, ludzkich oraz rzeczowych (budżet Gminy Nędza na rok 2004 z 2.02.2004 r. wraz z Planem inwestycyjnym na 2004 rok),

d) realnym planowaniu systemu zarządzania jakością (Plan poprawy jakości nr 1/2004 z 20.04.2004 r.),

e) określeniu obowiązków i uprawnień osobom funkcyjnym (zakres obowiązków i uprawnień s. 13, pkt. 4.5 KJ),

f) wyznaczeniu przedstawiciela najwyższego kierownictwa z jednoczesnym określeniem mu obowiązków i uprawnień (pismo Wójta z 1.03.2003 r. w sprawie powołania pełnomocnika ds. SZJ wraz z wyznaczeniem mu zakresu obowiązków),

g) wdrożeniu i utrzymywaniu skutecznej komunikacji wewnętrznej (tablice ogłoszeń w budynku Urzędu, spotkania wewnętrzne),

h) rzetelnym przeprowadzeniu przeglądu SZJ przez najwyższe kierownictwo oraz jego poprawnym udokumentowaniu (protokół nr 2/2003 z 29.12.2003 r. z przeglądu SZJ). Na podkreślenie zasługuje zwrócenie uwagi na przegląd wymagań klienta, zawartych w ankietach satysfakcji klienta (rozmowa z K. Paszendą o sytuacji, w której klient zwrócił się o załatwienie sprawy wykraczającej poza zakres działalności Urzędu. Powiadomiony wówczas został o trybie i miejscu załatwienia sprawy – sprawa dotyczyła programu stypendialnego dla uczniów) pod kątem ich kompletności i możliwości spełnienia przez Organizację.

Dane wejściowe do przeglądu określono prawidłowo (Informacja pełnomocnika ds. SZJ do przeglądu SZJ z 5.04.2004 r., opisująca wyniki auditów wewnętrznych, rodzaj i treść informacji uzyskanych od klientów, funkcjonowanie SZJ, podjęte działania korygujące i zapobiegawcze oraz zalecenia dotyczące doskonalenia SZJ).

Dane wyjściowe, w postaci zaleceń i zadań, należy uznać za spełniające w tym zakresie wymagania normy ISO 9001:2000 (protokół z przeglądu SZJ nr 1/2004 z 20.04.2004 r. z zaleceniem rozbudowy instrumentów promocji Gminy poprzez stworzenie witryny internetowej w języku niemieckim).

Niezgodności:

Nie stwierdzono.

Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:

Występuje konieczność wykonania podjazdów dla osób niepełnosprawnych w budynku Urzędu Gminy oraz innych budynkach użytku publicznego podległych Gminie.

7.3 Zarządzanie zasobami

Krótką oceną podsumowującą:

Zebrane w czasie auditu na miejscu dowody pozwalają sformułować następującą ocenę ogólną w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi: Organizacja zapewniła niezbędne zasoby ludzkie oraz skutecznie nimi zarządza. Zakres i tempo inwestowania, w szczególności w pracowników oraz udostępnianie nieruchomości gruntowych zabudowanych (Ośrodek Sportu i Rekreacji) osobom trzecim, które świadczą usługi rekreacyjne mieszkańcom Gminy Nędza jest, w sytuacji niedostatku środków publicznych na utrzymanie tych obiektów, posunięciem racjonalnym, co w efekcie prowadzi do zwiększenia zadowolenia klientów zewnętrznych i wewnętrznych poprzez spełnienie ich oczekiwań. Zatrudniony personel posiadający ustaloną odpowiedzialność i uprawnienia jest świadomy istoty i ważności swoich działań, a także sposobu, w jaki przyczynia się do osiągnięcia celów jakościowych Organizacji.

Ocena szczegółowa:

Organizacja spełniła wymagania normy w zakresie zapewnienia odpowiednich zasobów ludzkich, niezbędnych w procesie przygotowania i realizacji usług administracyjnych, zgodnie z wymaganym standardem rynkowym, co znalazło odzwierciedlenie w:

a) określeniu niezbędnych kompetencji pracowników, których wykonywane czynności mają wpływ na jakość (Tabela stanowisk i zaszeregowania pracowników),

b) objęciu procesem szkoleń pracowników nie posiadających wymaganych kwalifikacji, a także pracowników, u których ciągle podnoszenie kwalifikacji jest konieczne i niezbędne (Plan szkolenia na 2004 r.),

c) prowadzeniu pomiaru i oceny skuteczności szkoleń zewnętrznych (Ankieta oceny rezultatów szkolenia z 30.06.2004 r.),

d) wysokiej świadomości pracowników, dotyczącej istoty i ważności wykonywanych czynności za pomocą których przyczyniają się do osiągnięcia celów jakości, utrzymywaniu zapisów dotyczących planowania i realizacji szkoleń, a także innych, wynikających z nabytych umiejętności i doświadczenia zawodowego (rozmowa z p. M. Zyto nt. ważności wykonywanych przez nią zadań, przyczyniających się do osiągnięcia celów jakości oraz utrzymywania zapisów z wykonanych czynności, w tym szkoleniowych).

Niezgodności:

Nie stwierdzono..

Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:

Brak.

7.4. Realizacja usług administracyjnych

Krótką oceną podsumowująca:

Wyniki badań dokumentacji oraz informacje uzyskane od pracowników Organizacji pozwalają sformułować następującą ocenę ogólną w zakresie realizacji usług: Organizacja właściwie planuje i opracowuje procesy potrzebne do przygotowania i realizacji usług administracyjnych. W szczególności wnikliwie identyfikuje wymagania klienta zewnętrznego, które są bieżąco monitorowane i aktualizowane.

Ocena szczegółowa

Organizacja w poprawny sposób planuje i realizuje procesy związane z przygotowaniem i uruchomieniem usług administracyjnych, co znalazło odzwierciedlenie w:

a) poprawnym planowaniu realizacji usług poprzez:

- określenie celów jakości i wymagań wyrobów (Plan poprawy jakości na 2000/2003 z 30.12.2003 r.),
- ustanowienie procesów, dokumentów oraz zasobów potrzebnych do wykonania usług (formularz wniosku o wydanie dowodu osobistego),
- sporządzanie zapisów potwierdzających zdolność, że procesy realizacji i usługa będąca ich wynikiem spełniają określone wcześniej wymagania (Wniosek o wydanie dowodu osobistego złożony przez Ganc Jadwiga z 2.09.2004 r., Potwierdzenie odbioru dowodu osobistego-cześć B Wniosku- przez stronę z 2.09.2004 r.),

b) poprawnym utrzymywaniu procesów związanych z klientami zewnętrznymi poprzez:

- określenie wymagań dotyczących usług, wyspecyfikowanych oraz nie wyspecyfikowanych przez klienta zewnętrznego (rozmowa z p. M. Zyto nt. sposobu udzielania informacji o oferowanych usługach Organizacji klientom zewnętrznym - bez uwag),
- komunikację z klientem (korespondencja pomiędzy Urzędem Gminy a WKU Rybnik w sprawie potwierdzenia wymeldowania na stałe Wydra Ryszarda z 4.08.2004 r.),
- udzielanie informacji o usługach, analizy informacji zwrotnej od klienta, w tym dotyczących reklamacji oraz skarg (Rejestr skarg i wniosków za lata 2003-2004).

Niezgodności:

Nie stwierdzono.

Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonania poprawy:

Stosowany obecnie przez Organizację system nadzoru nad terminowością załatwiania spraw jest pracochłonny i mało efektywny.

7.5. Pomiary, analizy i doskonalenie

Krótką oceną podsumowująca:

Pozytywnie ocenia się również procesy monitorowania, pomiarów, analizy i doskonalenia skuteczności SZJ, przez co Organizacja jest w stanie dowieść spełnienia wymagań wobec wymaganego rynkowego standardu jakościowego usług. Dobór metod oraz zakres ich zastosowania nie budzi żadnych uwag, Zasady postępowania w przypadku wystąpienia usługi niezgodnej z wymaganiami określono w dokumentacji systemowej i są one przestrzegane w praktyce administracyjnej Organizacji.

Prawidłowo przeprowadzono także proces monitorowania i pomiaru zadowolenia klientów, a zastosowane do tego celu narzędzia statystyczne były adekwatne do przedmiotu pomiaru.

Ocena szczegółowa

a) monitorowanie i pomiary

Poprawnie, tj. przy zastosowaniu właściwych metod socjologicznych oraz statystycznych dokonano pomiaru i oceny zadowolenia klienta zewnętrznego (Zbiór ankiet nt. zadowolenia klienta zewnętrznego za 2003 rok),

W poprawny również sposób zaplanowano oraz przeprowadzono audyty wewnętrzne (Plan auditów wewnętrznych na 2004 r. z 9.12.2003 r. zawierał zakres auditu, częstotliwość i metody, a więc informacje wymagane przez normę ISO-9001:2000).

Dobór auditorów, z punktu widzenia ich przygotowania merytorycznego oraz zachowania obiektywności i bezstronności w procesie auditowania, nie budzi żadnych uwag. Odpowiedzialność za planowanie i przeprowadzenie auditów zostały ustalone właściwie (odpowiada pełnomocnik ds. SZJ).

Pozytywnie ocenia się monitorowanie i pomiar jakości usług administracyjnych. Sporządzony plan pomiarów w postaci analizy wskaźników podstawowych procesów wraz z częstotliwością przeprowadzania pomiarów jest wystarczający do podjęcia decyzji o spełnieniu bądź niespełnieniu wymagań dotyczących usług (Analiza wskaźników podstawowych procesów z 7.07.2004 r.). Zapisy z pomiarów są utrzymywane.

b) nadzór nad usługą niezgodną

Organizacja właściwie identyfikuje i nadzoruje usługi administracyjne nie spełniające wymagań prawnych. Uprawnienia dotyczące postępowania z usługą niezgodną, w szczególności w zakresie dopuszczenia do stosowania, zwolnienia lub innego zastosowania zostały ustanowione. Zapisy dotyczące charakteru niezgodności są utrzymywane. W okresie od września 2003 r. do września 2004 r.: Wojewoda Śląski uchylił 1 zarządzenie wójta Gminy, co potwierdził wyrok z 1.12.2003 r. wydany przez NSA w Gliwicach,

c) analiza danych

Pozytywnie ocenia się również przeprowadzanie analizy danych, co przejawiało się w określaniu, zbieraniu i analizowaniu informacji w celu wykazania przydatności i skuteczności SZJ, w takich obszarach jak

- analiza poziomu zadowolenia klienta zewnętrznego (Raport nr 2/2004 z 2.07.2004 r. w sprawie satysfakcji strony ze świadczonych usług przez Urząd Gminy Nędza),
- analiza zgodności usługi administracyjnej z wymaganiami (podpis radcy prawnego o zgodności pisma z przepisami prawa, złożony na propozycji decyzji Wójta nr PPŚP 2/2004 r. z 12.08.2004 r. - dopuszczenia usługi do realizacji),
- analiza właściwości i trendów rozwoju procesów i usług, łącznie z możliwościami prowadzenia działań zapobiegawczych (Raport z działań zapobiegawczych z 2.08.2004 r.),
- analiza dostawców z punktu widzenia ich zdolności do spełnienia wymagań stawianych przez przedsiębiorstwo (Lista dostawców usług szkoleniowych z 18.02.2004 r.),

Podczas analizy dokumentacji działań korygujących stwierdzono, co następuje :

- przeprowadza się okresowy przegląd niezgodności (analiza reklamacji, protokół nr 2/2003 z 29.12.2003 r. z przeglądu SZJ),
- ustala się przyczyn niezgodności (Karta niezgodności i działań korygujących nr 4 z 24.05.2004 r.),
- sporządzane są zapisy z podjętych działań korygujących (Karta niezgodności i działań korygujących nr 4 z 24.05.2004 r.),
- dokonuje się przeglądu podjętych działań korygujących (ocena skuteczność w Karcie niezgodności i działań korygujących nr 4 z 24.05.2004 r.),
- podejmowane są działania korygujące (Raport z auditu nr 5/2004 z 24.05.2004, Karta niezgodności i działań korygujących nr 4 z 24.05.2004 r.),

Analiza dokumentacji działań zapobiegawczych dowiodła natomiast o określeniu przez Organizację przyczyn potencjalnych niezgodności w celu zapobiegania ich wystąpieniu, co przejawia się między innymi w- ustaleniu potencjalnych niezgodności i ich przyczyn (Karta działań zapobiegawczych z 24.05.2004 r.),

Niezgodności:

Nie stwierdzono

Potencjalne źródła powstawania wad, możliwości dokonywania poprawy:

W Planie auditu na 2004 rok niejednoznacznie określono kryteria oraz metody auditu wewnętrznego.

8. Wskazówki dotyczące auditu certyfikującego

8.1. Możliwości poprawy

W czasie auditu nadzoru stwierdzono kilka nieprawidłowości w funkcjonowaniu systemu zarządzania jakością i sformułowano następujące możliwości jego poprawy (potencjały) w niżej wymienionych obszarach:

- 1) istnieje możliwość udoskonalenia procesu orientacji na klienta zewnętrznego poprzez wykonanie podjazdów dla osób niepełnosprawnych w budynkach Organizacji, w których są one niezbędne,
- 2) istnieje możliwość usprawnienia procesu pomiarów, analizy i doskonalenia poprzez wprowadzenie do Planu auditów kryteriów oraz metod auditu,
- 3) istnieją warunki do usprawnienia procesu planowania i realizacji usług administracyjnych poprzez wdrożenie do praktyki administracyjnej elektronicznego systemu nadzoru nad tokiem załatwiania spraw.

8.2. Ustawiczne doskonalenie

Pozytywnie ocenia się także proces doskonalenia systemu zarządzania jakością, głównie poprzez ustanowienie realnej polityki jakości, przeprowadzanie auditów wewnętrznych, analizę danych wejściowych i wyjściowych zidentyfikowanych uprzednio procesów, rozpoznawanie przyczyn niezgodności oraz podejmowanie działań korygujących w celu ich eliminacji, a także poprzez przegląd systemu zarządzania jakością przeprowadzany przez najwyższe kierownictwo.

W każdym etapie postępowania są możliwe do odtworzenia: działania korygujące i zapobiegawcze, począwszy od auditów wewnętrznych, poprzez zmiany wymagań klientów i wykrytych wad.

8.3. Zadowolenie klientów

Prawidłowo przeprowadzono także proces monitorowania i pomiaru zadowolenia klientów zewnętrznych, a zastosowane do tego celu narzędzia statystyczne były adekwatne do przedmiotu pomiaru..

8.4. Uzasadnienie wyłączeń

Organizacja nie realizuje procesu projektowania. Uzasadnienie jego wyłączenia jest merytorycznie poprawne

8.5. Cele jakości i stopień ich wdrożenia

Na 2003 rok Organizacja zaplanowała 8 celów jakości. Osiągnięto 7 z nich. Jeden cel przesunięto na rok 2004 (skuteczność 89%).

Na 2004 rok zaplanowano 8 celów. Ze względu na krótki okres funkcjonowania SZJ ocena skuteczności celów w 2004 roku nie jest możliwa. Zbadano jedynie ich zrozumiałość, mierzalność, osiągalność i realność (bez uwag).

9 Ocena podsumowująca, dalsze zobowiązania

9.1. Audit I nadzoru i ocena dokumentacji

Podczas auditu na miejscu badania poddano także rzetelność wdrożenia potencjałów poprawy, stwierdzonych w czasie I auditu nadzoru, a opisanych w Raporcie z auditu I nadzoru:

Stwierdzono, że:

- a) potencjał dotyczący wprowadzania drobnych zmian w dokumentacji systemowej wykonano poprzez wprowadzenie zapisu do procedury P-1.1. Nadzór nad dokumentacją SZJ o możliwości dokonywania drobnych zmian poprzez przekreślenia treści nieaktualnych,
- b) potencjał dotyczący poszerzenia uprawnień wybranym osobom funkcyjnym wykonano poprzez doprecyzowanie w Regulaminie Pracy zakresu uprawnień,
- c) potencjał dotyczący konieczności uzasadnienia wyłączenia projektowania wykonano poprzez wprowadzenie zapisu w KJ o powyższym wyłączeniu.

Stwierdzone podczas oceny dokumentacji systemu zarządzania jakością nieliczne uchybienia usunięto, niejasności wyjaśniono tak, że dokumentacja systemu zarządzania jakością zleceniodawcy odpowiada wymaganiom normy.

9.2. Używanie certyfikatu TÜV CERT oraz reklamacje

Certyfikat oraz logo TÜV CERT używane są przez Organizację we właściwy sposób. Reklamacje odnośnie funkcjonowania systemu jakości zleceniodawcy są zapisywane i opracowywane. Podejmuje się niezbędne działania zapobiegające dalszym reklamacjom.

9.3. Aspekty fachowe

Podczas auditu sprawdzono następujące aspekty fachowe z następującymi wynikami, które brano pod uwagę w przypadku decyzji dotyczącej utrzymania certyfikatu.

Urząd Gminy utrzymuje wymagane przepisami prawa regulacje określające podstawy jego funkcjonowania, w szczególności ustawę z 8.03. 1990 r. O samorządzie gminnym (Dz. U. Nr 24 z 2001 r., poz. 1591 ze zm.). Na jej podstawie Rada Gminy opracowała i uchwaliła statut, powołała skarbnika oraz sekretarza.

W statucie zamieszczono informacje prawem przewidziane, w szczególności określono nazwy wydziałów i innych komórek organizacyjnych Urzędu oraz zakresy ich działania, a także kompetencje różnych stanowisk oraz funkcji urzędowych. Przedstawione wyżej działania Urzędu przyczyniły się do stworzenia i utrzymania właściwych relacji w płaszczyźnie Urząd – obywatel (klient zewnętrzny)

Szczegółową organizację oraz tryb pracy Urzędu przedstawiono w regulaminie organizacyjnym. Integralną jego część stanowi schemat organizacyjny. Przedstawione wyżej działania przyczyniły się do stworzenia i utrzymania właściwych relacji w płaszczyźnie Urząd – klient wewnętrzny (pracownicy Urzędu) oraz zewnętrzny (obywatel).

Urząd zapewnia jawność działania organów poprzez zagwarantowanie prawa obywateli do uzyskiwania informacji, wstępu na sesje Rady Gminy i posiedzenia jej komisji, a także poprzez dostęp do dokumentów wynikających z wykonywania zadań publicznych, w tym protokołów z posiedzeń Rady Gminy oraz jej komisji. Dostęp do dokumentów i zasady korzystania z nich określono w statucie Urzędu. Uchwały są zamieszczane w Biuletynie Informacji Publicznych. Dodatkowo są wywieszane w Biurze Rady, na tablicach ogłoszeń Urzędu, a także są dostępne na stronie internetowej (www.nedza.pl).

Uchwały Rady Gminy przekazywano wojewodzie w terminie prawem przewidzianym (7 dni od dnia ich podjęcia w sprawach ogólnych oraz 2 dni w sprawach porządkowych).

Gospodarka finansowa Urzędu prowadzona jest w oparciu o Ustawę o finansach publicznych z 26.11.1998 r. (Dz. U. Nr 15 z 2003 r., poz. 148 ze zm.), a ewidencję zdarzeń i procesów gospodarczych prowadzi się na podstawie regulacji prawnych zawartych w Ustawie o rachunkowości z 29.09.1994 r. (Dz. U. Nr 76 z 2002 r., poz. 694 ze zm.).

Rada Miejska w sposób prawem przewidziany uchwałała budżet oraz rozpatrywała sprawy związane z wykonaniem budżetu. Ogłoszenie uchwały budżetowej i sprawozdania z wykonania budżetu dokonano w trybie przewidzianym dla aktów prawa miejscowego. Informowano także mieszkańców o założeniach projektu budżetu, kierunkach polityki społecznej i gospodarczej oraz o wykorzystaniu środków publicznych. Projekt budżetu został również przekazany mediom lokalnym (audycje radia Vanessa, Biuletyn Informacji Publicznej, gazeta Nowiny Raciborskie).

Zmiany w kierunkach wykorzystania środków publicznych uchwałała Rada Gminy na wnioski wójtów. Zmiany są i dokumentowane (uchwała nr XXIII/200/04 Rady Gminy z 28.06.2004 r.).

Gospodarka finansowa Urzędu jest jawna. Jawność i przejrzystość finansów publicznych zapewniono poprzez jawność debaty budżetowej oraz jawność debat nad wykonaniem sprawozdań budżetowych.

Nadzór nad racjonalnym wydatkowaniem środków publicznych jest zachowany, co dowodzą okresowe analizy wykonania budżetu (Roczne sprawozdanie z wykonania budżetu Gminy Nędza z 18.03.2004 r.).

Przedstawione powyżej działania przyczyniły się do stworzenia i utrzymania właściwych relacji w płaszczyźnie Urząd – klient wewnętrzny (pracownicy Urzędu) oraz zewnętrzny (mieszkaniec Gminy).

Urząd wdraża wymagania prawne, tym samym spełnia wymagania normy ISO 9001 : 2000 w tym zakresie.

Przedstawione powyżej fakty oraz pozostałe wyniki badań auditowych pozwalają sformułować oceny szczegółowe funkcjonowania Urzędu, a mianowicie.

Pozytywnie ocenia się:

- a) silną orientację Urzędu na klienta zewnętrznego, co przejawia się między innymi
 - utworzeniem bogatej strony internetowej Urzędu, z niezbędnymi danymi umożliwiającymi podejmowanie decyzji przez klientów zewnętrznych (wzory formularzy, wykaz wymaganych dokumentów, informacje o miejscu i terminie składania dokumentów itp.),
 - prowadzeniem rejestru skarg oraz terminowym udzielaniem odpowiedzi na nie (Rejestr skarg na 2004 r. z 1.01.2004 r. – 3 skargi, z tego 1 uzasadniona),
 - bieżącym monitorowaniem historii obiegu dokumentów, pozwalającym ustalić tok załatwiania sprawy,
 - zorganizowaniem i wyposażeniem w odpowiedni sprzęt kwaterunkowy miejsc (stanowisk) umożliwiających wypełnianie niezbędnych formularzy i wniosków przez klientów zewnętrznych,
 - brakiem skarg na bezczynność organu,
 - prowadzeniem bieżących analiz z poszczególnych obszarów funkcjonowania Urzędu (analiza kosztów jakości z 26.02.2004 r., analiza absencji za miesiąc sierpień 2004 r.),
- b) proces regulowanego tworzenia i wydawania decyzji administracyjnych oraz aktów prawa miejscowego, co przejawia się: opiniowaniem projektów decyzji i aktów prawa miejscowego przez radcę prawnego,
- c) ciągle monitorowanie procesu tworzenia decyzji administracyjnych, ich zwalniania (podpisywania) oraz identyfikacji, co przejawia się między innymi poprzez:
 - kontrolę merytoryczną procesu powstawania decyzji administracyjnej (samokontrola, kontrola sprawowaną przez bezpośredniego przełożonego, kontrola sprawowana przez radcę prawnego, kontrola sprawowana przez podpisującego decyzję),
 - nadanie uprawnień wybranym osobom funkcyjnym do zwalniania decyzji, (wójt, sekretarz, skarbnik oraz kierownicy komórek organizacyjnych),
 - ewidencję oraz identyfikację wydanych decyzji (identyfikacji dokonuje się poprzez oznaczenie sprawy, obejmując nim symbol komórki, osobę opracowującą, teczkę sprawy, numer kolejnej sprawy w teczce, rok rozpoczęcia i zakończenia sprawy),
- d) zespołowy sposób załatwiania niektórych spraw merytorycznych, co przejawia się między innymi poprzez udział radcy prawnego w redagowaniu pism przez pracowników wydziałów właściwych (merytorycznych).

. W czasie auditu na miejscu nie stwierdzono przekroczenia terminów załatwienia sprawy.

Pozytywnie ocenia się również wdrożenie comiesięcznych audycji samorządowych w lokalnym radiu Vanessa, w których prezentowane są informacje o zadaniach planowanych i wykonanych przez Urząd Gminy oraz inne informacje, odnoszące się do mieszkańców Gminy Nędza.

9.4. Ocena końcowa

Podczas auditu na miejscu nie znaleziono niezgodności, tym samym system oraz dokumentacja spełniają w praktyce wymagania normy ISO 9001:2000. Auditor wiodący wnioskuje do Jednostki Certyfikującej o podtrzymanie ważności certyfikatu.

Ze względu na losowy charakter auditu nadzorującego w Organizacji, w systemie ZJ mogą występować dalsze niezgodności, błędy i barki uregulowań. Muszą one zostać wykryte przez zleceniodawcę - w ramach wewnętrznych auditów lub przeglądu systemu przez kierownictwa Organizacji – a następnie usunięte przy pomocy własnych działań korygujących. O wdrożonych w międzyczasie działaniach korygujących i zmianach dokumentacji należy poinformować jednostkę certyfikującą miesiąc przed przypadającym terminem kolejnego auditu nadzorującego. Zleceniodawca musi udokumentować złożone w ciągu roku i dotyczącego jego systemu ZJ reklamacje i sporządzić raport o przyporządkowanym im działaniach korygujących.

W przypadku dotarcia do jednostki certyfikującej istotnej reklamacji odnośnie funkcjonowania systemu ZJ, która stawia pod znakiem zapytania zgodność funkcjonowania systemu z wymaganiami normy, jednostka certyfikująca – po uprzednim uzgodnieniu ze Zleceniodawcą – ma prawo wówczas do przeprowadzenia auditu nadzwyczajnego. Koszty przeprowadzenia takiego auditu ponosi Zleceniodawca.

3.09.2004 r.

Data i podpis audytora wiodącego

