



1. Zakres Zintegrowanej Księgi Jakości.

W niniejszej Zintegrowanej Księdze Jakości określono podstawowe wymagania systemu zarządzania jakością i kontroli zarządczej w Starostwie Powiatowym w Kartuzach.

2. Powołania normatywne.

Do Zintegrowanej Księgi Jakości stosuje się:

- a) normę PN-EN ISO 9001:2015-10 Systemy zarządzania jakością (licencja Polskiego Komitetu Normalizacyjnego dla Powiatu Kartuskiego),
 - b) ustawę z dnia 29 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych,
 - c) ustawę z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych,
 - d) komunikat Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16.12.2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej,
 - e) komunikat Nr 6 Ministra Finansów z dnia 6.12.2012 r. w sprawie szczegółowych wytycznych dla sektora finansów publicznych w zakresie planowania i zarządzania ryzykiem,
 - f) komunikat Nr 3 Ministra Finansów z dnia 16.02.2011 r. w sprawie szczegółowych wytycznych w zakresie samooceny kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych
- oraz inne akty normatywne zewnętrzne i wewnętrzne.

3. Terminy i definicje.

Niezbędne terminy i definicje są wyjaśnione w dalszej treści.

4. Kontekst organizacji.

4.1.1. Starostwo Powiatowe w Kartuzach jest jednostką organizacyjną Powiatu Kartuskiego przy pomocy której Zarząd Powiatu Kartuskiego wykonuje uchwały rady powiatu i zadania powiatu określone w ustawie o samorządzie powiatowym i innych aktach normatywnych.

4.1.2. Na otoczenie zewnętrzne starostwa składa się:

- a) otoczenie polityczne i prawne, w tym: liczba zadań ustawowych, jakość, złożoność i częstotliwość zmian przepisów, orzecznictwo sądów administracyjnych, rozstrzygnięcia administracyjne, złożoność i liczba postępowań sądowych, wnioski z kontroli i audytów zewnętrznych, sytuacja geopolityczna,
- b) otoczenie ekonomiczne i finansowe, w tym: wzrost i rozwój gospodarczy, wielkość dochodów budżetowych, obciążenia publicznoprawne i koszty pracy, poziom stóp procentowych, inflacja, poziom bezrobocia,
- c) otoczenie techniczne i technologiczne, w tym: dostępność i zmiany technologii oraz wymogów technicznych i rozwój innowacji, dostępność, pewność i bezpieczeństwo informacji, funkcjonowanie infrastruktury technicznej, systemu informatycznego i środków łączności,
- d) otoczenie środowiskowe, w tym: jakość i dostępność zamówień publicznych, jakość współpracy z innymi jednostkami i podmiotami, bezpieczeństwo powiatu, liczba klientów załatwiających sprawy, dostęp do informacji publicznej, opinie i wizerunek w środowisku i mediach, informacja zwrotna od klientów oraz innych stron zainteresowanych,
- e) otoczenie społeczno-kulturowe, w tym: zmieniające się oczekiwania oraz potrzeby klientów i innych stron zainteresowanych, zmiany demograficzne, migracja ludności oraz ruch turystyczny.



4.1.3. Na otoczenie wewnętrzne starostwa składa się:

- a) środowisko wewnętrzne, w tym: struktura organizacyjna, warunki pracy i wyposażenie, wiedza, uprawnienia, kompetencje i kwalifikacje pracowników, kultura, etyka i zaangażowanie pracowników,
- b) działalność bieżąca, w tym: wyznaczanie celów, identyfikacja ryzyka i realizacja zadań, opracowywanie planów, programów i strategii, planowanie środków finansowych, planowanie zasobów adekwatnie do liczby i złożoności prowadzonych spraw, zrozumienie bieżących i przyszłych potrzeb klientów i innych stron zainteresowanych,
- c) mechanizmy kontroli, w tym: dostępna, spójna i precyzyjna dokumentacja wewnętrzna, audyt wewnętrzny, nadzór, kontrola, samokontrola pracowników i ciągłe doskonalenie, zapewnienie ciągłości działalności i ochrona zasobów, legalne gospodarne i oszczędne przeprowadzanie operacji finansowych i gospodarczych, ciągłe i bezpieczne działanie systemów informatycznych oraz ochrona danych osobowych,
- d) informacja i komunikacja, w tym: efektywność przetwarzania i udostępniania informacji, efektywność obiegu dokumentów, jakość i skuteczność komunikacji wewnętrznej i zapewnienie bieżącej informacji,
- e) sposób monitorowania i oceny procesów, zadań i celów, w tym: liczba prowadzonych spraw i realizowanych zadań, termin załatwienia sprawy, stopień skomplikowania procesów i zadań, samoocena oraz informacja zwrotna.

4.2. Zrozumienie potrzeb i oczekiwań stron zainteresowanych.

4.2.1. Określono następujące strony zainteresowane, istotne dla zintegrowanego systemu zarządzania jakością i kontroli zarządczej w starostwie:

- a) bezpośredni klienci załatwiający sprawy w starostwie, w szczególności: mieszkańcy, konsumenci, lokalne firmy i przedsiębiorstwa, inwestorzy spoza powiatu,
- b) pośredni klienci, w szczególności: pełnomocnicy, przedstawiciele działający w imieniu strony załatwiającej sprawę w starostwie, użytkownicy i beneficjenci produktów i usług starostwa, turyści,
- c) instytucje i inne jednostki załatwiające sprawy w starostwie lub współpracujące, w szczególności: samorządowe i rządowe, w tym inspekcje, straże, komendy, a także sądy, banki, związki oraz jednostki zagraniczne,
- d) jednostki organizacyjne powiatu oraz powiatowe jednostki z osobowością prawną,
- e) stowarzyszenia, fundacje, organizacje pozarządowe, niepubliczne szkoły i placówki oświatowe, zakłady opieki zdrowotnej oraz inne podmioty,
- f) instytucje związane z realizacją projektów unijnych i innych projektów zagranicznych,
- g) instytucje nadzoru i kontroli działające na mocy przepisów prawa oraz działające na podstawie umów lub porozumień (komercyjne),
- h) dostawcy produktów lub usług w szczególności takich, jak: energii, ogrzewania, telefonii, internetu, pośrednictwa płatności, poczty, serwisu wyposażenia, ochrony i nadzoru, szkoleń, (kształcenia, doradztwa) oraz inni wykonawcy produktów i usług,
- i) media informujące o działaniach starostwa i powiatu, w szczególności: prasa tradycyjna, prasa internetowa, portale i sieci społecznościowe, rozgłośnie radiowe oraz stacje telewizyjne.

4.2.2. Określono najistotniejsze wspólne wymagania wszystkich stron zainteresowanych:

- a) załatwienie sprawy w jak najkrótszym czasie,
- b) załatwienie sprawy bez zbędnych formalności (biurokracji),
- c) niski koszt załatwienia sprawy,
- d) kompletność informacji,



- e) prostota przekazu,
- f) komfort i estetyka podczas załatwiania sprawy,
- g) etyczne postępowanie pracowników starostwa,
- h) przejrzystość działania / postępowania,
- i) efektywna współpraca,
- j) legalność i gospodarność.

Pracownicy starostwa są zobowiązani do spełniania wyżej wymienionych wymagań w bieżącej pracy.

4.3. Określenie zakresu systemu zarządzania.

4.3.1. Biorąc pod uwagę kontekst organizacji, o którym mowa w pkt 4, zakres zintegrowanego systemu zarządzania jakością i kontroli zarządczej w starostwie obejmuje wszystkie komórki organizacyjne oprócz Audytora wewnętrznego, spraw dotyczących informacji niejawnych oraz bezpieczeństwa i higieny pracy. Zakres działalności do certyfikacji na zgodność z normą ISO 9001:2015 (Systemy zarządzania jakością) to:

„Realizacja zadań powiatowej administracji samorządowej poprzez świadczenie usług publicznych na rzecz społeczności lokalnej”.

4.3.2. Organizację, zasady funkcjonowania, strukturę organizacyjną i zakresy działania komórek organizacyjnych określono w regulaminie organizacyjnym starostwa. Status prawny pracowników starostwa określa ustawa o pracownikach samorządowych. Na system zarządzania bezpieczeństwem informacji i ochrony danych osobowych składa się odrębna dokumentacja.

4.3.3. Zintegrowany system zarządzania jakością i kontroli zarządczej oraz system zarządzania bezpieczeństwem informacji funkcjonują w starostwie jako równoprawnione systemy.

4.3.4. Wymagania normy ISO 9001:2015 są zastosowane w starostwie i powiązane ze standardami kontroli zarządczej. Główne punkty wspólne przedstawiono na matrycy integracji systemu zarządzania jakością i kontroli zarządczej w tabeli nr 1.

Tabela nr 1

Matryca integracji systemu zarządzania jakością i kontroli zarządczej w Starostwie Powiatowym w Kartuzach		Punkty normy ISO 9001:2015						
		4. Kontekst organizacji	5. Przywództwo	6. Planowanie	7. Wsparcie	8. Działania operacyjne	9. Ocena efektów działania	10. Doskonalenie
		str. 1-7	str. 8-9	str. 9-13	str. 13-17	str. 18-23	str. 23-27	str. 27-28
Standardy	E. Monitorowanie i ocena 22. Uzyskanie zapewnienia o stanie kontroli zarządczej 21. Audyt wewnętrzny 20. Samoocena 19. Monitorowanie systemu kontroli zarządczej	x	x		x		x	x



kontroli	D. Informacja i komunikacja 18. Komunikacja zewnętrzna 17. Komunikacja wewnętrzna 16. Bieżąca informacja				x	x		
	C. Mechanizmy kontroli 15. Mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych 14. Szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych 13. Ochrona zasobów 12. Ciągłość działalności 11. Nadzór 10. Dokumentowanie systemu kontroli zarządczej	x		x	x	x	x	x
	B. Cele i zarządzanie ryzykiem 9. Reakcja na ryzyko 8. Analiza ryzyka 7. Identyfikacja ryzyka 6. Określanie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji 5. Misja		x	x				x
	A. Środowisko wewnętrzne 4. Delegowanie uprawnień 3. Struktura organizacyjna 2. Kompetencje zawodowe 1. Przestrzeganie wartości etycznych	x	x		x			

4.3.5. Biorąc pod uwagę między innymi otoczenie starostwa i wymagania stron zainteresowanych zdecydowano, że wymagania wymienione w pkt 7.1.5.2 normy (spójność pomiarowa) i w pkt 8.3 normy (projektowanie i rozwój wyrobów i usług), nie mają zastosowania w starostwie, co nie wpływa na zdolność do zapewnienia zgodności realizowanych zadań z wymaganiami oraz zwiększenia zadowolenia klienta i innych stron zainteresowanych.

4.4. System zarządzania jakością i jego procesy.

4.4.1. W Zintegrowanym systemie zarządzania jakością i kontroli zarządczej stosowane jest podejście procesowe. Przez proces należy rozumieć przebieg kolejno następujących po sobie czynności powiązanych w cykl przyczynowo-skutkowy.

4.4.2. W starostwie określono cztery główne grupy procesów, w tym dwadzieścia pięć procesów realizacji zadań, co przedstawiono w tabeli nr 2.

4.4.3. Powiązania pomiędzy procesami przedstawiono na rysunku nr 1. Określona została również organizacja procesów, czyli wspólne wejścia i kryteria procesów oraz wspólne kryteria akceptacji produktów i usług, co przedstawiono na rysunku nr 2.

4.4.4. Wewnętrzne procesy przebiegające w komórkach organizacyjnych muszą być powiązane z zakresem działania danej komórki organizacyjnej wymienionym w regulaminie organizacyjnym starostwa. Procesy i zadania komórek organizacyjnych należy wprowadzić do systemu informatycznego Qasystent, o którym mowa w pkt 7.1.4. Kierownicy komórek organizacyjnych są odpowiedzialni za wprowadzanie, monitorowanie i aktualizowanie procesów i zadań w systemie według właściwości.

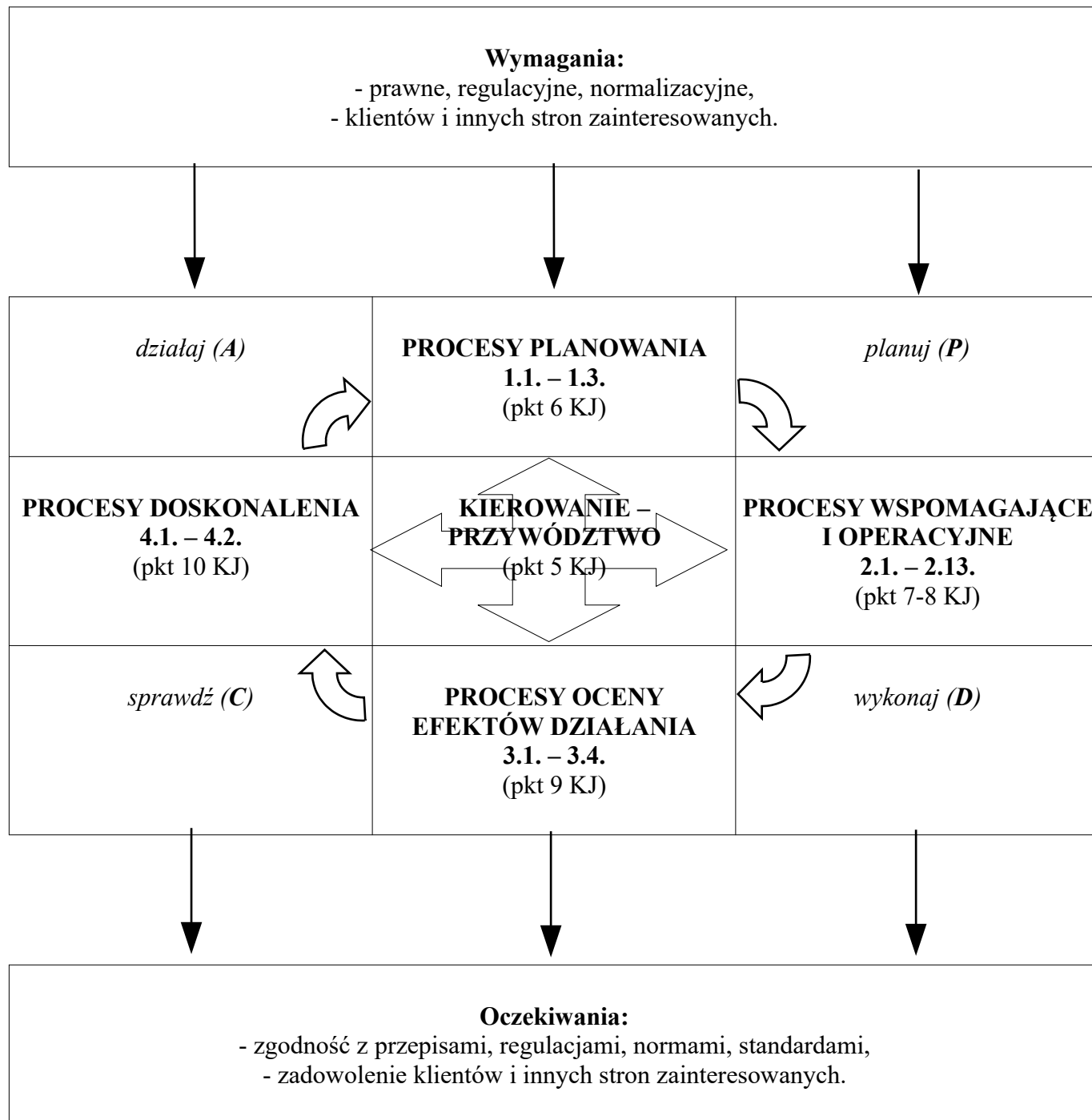


Tabela nr 2

Lp.	Główne procesy w Starostwie Powiatowym w Kartuzach
1	2
1.	PROCESY PLANOWANIA
1.1.	Stanowienie aktów prawa miejscowego i podejmowanie uchwał przez organy powiatu (w tym budżet i strategia powiatu).
1.2.	Wydawanie zarządzeń przez Starostę Kartuskiego.
1.3.	Określanie celów, identyfikacja ryzyka i planowanie realizacji zadań.
2.	PROCESY WSPOMAGAJĄCE I OPERACYJNE
2.1.	Zarządzanie zasobami ludzkimi i infrastrukturą oraz gospodarka nieruchomościami.
2.2.	Zarządzanie ryzykiem i bezpieczeństwem informacji (w tym zarządzanie systemem informatycznym i ochrona danych osobowych).
2.3.	Obsługa prawna.
2.4.	Zaciąganie zobowiązań i dokonywanie wydatków, inwestycje i udzielanie zamówień publicznych oraz dotacji.
2.5.	Nadzór nad jednostkami organizacyjnymi powiatu oraz kontrola wewnętrzna w jednostkach.
2.6.	Nadzór nad podmiotami niepublicznymi, instytucjami i organizacjami oraz kontrola podmiotów, instytucji i organizacji.
2.7.	Czynności kancelaryjne i archiwalne, komunikacja wewnętrzna oraz obieg i kontrola dokumentów.
2.8.	Postępowanie administracyjne.
2.9.	Postępowanie cywilne i cywilnoprawne.
2.10.	Pozyskiwanie środków zewnętrznych krajowych i zagranicznych oraz zarządzanie projektami.
2.11.	Komunikacja ze społeczeństwem, współpraca z innymi podmiotami, instytucjami i organizacjami.
2.12.	Edukacja, promocja powiatu oraz działalność kulturowa.
2.13.	Bezpieczeństwo i ochrona ludności.
2.14.	Bezpieczeństwo i higiena pracy.
2.15.	Samokontrola, zgłaszanie nieprawidłowości i naruszeń oraz działania antykorupcyjne i przeciwdziałanie praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu.
3.	PROCESY OCENY EFEKTÓW DZIAŁANIA
3.1.	Audyt wewnętrzny.
3.2.	Audyt systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji oraz ochrony danych osobowych.
3.3.	Audit wewnętrzny zintegrowanego systemu zarządzania jakością i kontroli zarządczej.
3.4.	Samocena systemu zarządzania, monitorowanie realizacji celów, zadań i procesów oraz analiza danych i informacji zwrotnych.
3.5.	Narady, raportowanie, sprawozdawczość i przegląd zintegrowanego systemu zarządzania.
4.	PROCESY DOSKONALENIA
4.1.	Działania korekcyjne i korygujące podejmowane w celu wyeliminowania wykrytej niezgodności, wyeliminowania przyczyny niezgodności i zapobieżenia ponownemu wystąpieniu.
4.2.	Działania zapobiegawcze podejmowane w celu wyeliminowania przyczyny potencjalnej niezgodności, ryzyka, albo innej potencjalnej sytuacji niepożądaney.



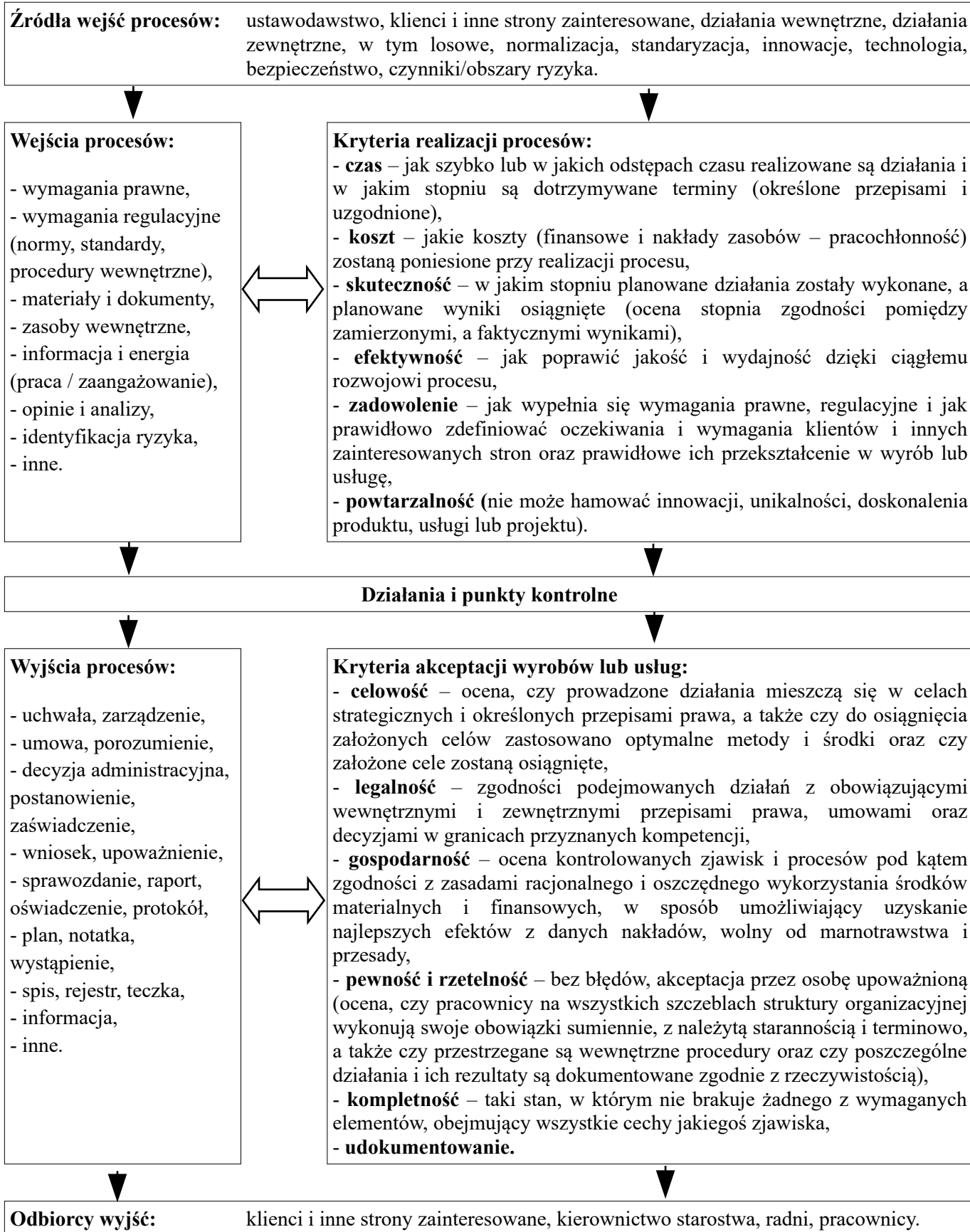
Powiązania pomiędzy procesami i cykl PDCA



Rys. nr 1 – Powiązania pomiędzy procesami.



Organizacja procesów



Rys. nr 2 – Organizacja procesów.



5. Przywództwo i zaangażowanie.

5.1. Proces wdrożenia, utrzymywania oraz doskonalenia systemu zarządzania jakością zainicjował w 2008 r. Starosta Kartuski, uzyskując do tego pomysłu pełną aprobatę Zarządu Powiatu Kartuskiego. Starosta zapewnia odpowiednią skuteczność systemu zarządzania jakością, orientację na klienta i funkcjonowanie adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej.

5.1.1. Starosta co roku podpisuje oświadczenie o stanie zintegrowanego systemu zarządzania jakością i kontroli zarządczej. Projekt oświadczenia przygotowuje koordynator kontroli zarządczej, na formularzu F1/KJ, w ciągu 7 dni po przeglądzie systemu zarządzania, o którym mowa w pkt 9.3.

5.1.2. Spełnianie wymagań klientów i innych stron zainteresowanych polega głównie na:

- a) zidentyfikowaniu, analizie i ocenie wymagań (prawnych i klienta),
- b) monitorowaniu i nadzorze nad spełnianiem wymagań,
- c) przeprowadzeniu postępowania i załatwieniu sprawy,
- d) bezpośrednim kontakcie z klientami i innymi stronami,
- e) udostępnianiu formularzy i wniosków oraz informacji,
- f) zbieraniu i analizowaniu informacji zwrotnej, w tym załatwianiu skarg i wniosków,
- g) podejmowaniu niezbędnych działań doskonalących.

5.2. Polityka.

5.2.1. Ustanowienie polityki jakości.

Polityka jakości i misja Starostwa Powiatowego w Kartuzach

Starostwo Powiatowe w Kartuzach, zgodnie z przepisami ustawy o samorządzie powiatowym, zostało powołane jako aparat pomocniczy organów powiatu i Starosty Kartuskiego.

Misją starostwa jest skuteczna realizacja zadań publicznych o znaczeniu lokalnym nie zastrzeżonych ustawami na rzecz innych podmiotów oraz zapewnienie profesjonalnej i przyjaznej obsługi klientów starostwa i innych stron zainteresowanych. Cel ten jest realizowany w szczególności poprzez systematyczne doskonalenie jakości pracy i świadczenie usług w przejrzystym i życzliwym środowisku dla każdego klienta.

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom naszych klientów wyznaczam następujące cele strategiczne:

- 1) *załatwianie spraw klientów w jak najkrótszym czasie,*
- 2) *systematyczne doskonalenie kompetencji pracowników,*
- 3) *stałe, wnikliwe badanie potrzeb naszych klientów i innych stron zainteresowanych oraz wykorzystywanie wyników do doskonalenia jakości pracy starostwa i jakości świadczonych usług,*
- 4) *efektywne wykorzystywanie zasobów ludzkich i rzeczowych,*
- 5) *szybkie reagowanie na skargi.*

Zobowiązuję się do podejmowania działań zapewniających spełnienie wymagań i ciągłego doskonalenia skuteczności systemu zarządzania jakością zgodnie z normą ISO 9001:2015. Zobowiązuję się do zapewnienia funkcjonowania kontroli zarządczej zgodnie z wymaganiami ustawowymi i standardami. Konsekwentna realizacja polityki jakości spełni oczekiwania i słuszne wymagania klientów starostwa oraz zapewni odpowiednią efektywność, oszczędność i terminowość realizacji zadań i osiągnięcia celów.

*/-/ Bogdan Łapa
Starosta Kartuski*



5.2.2. Polityka jakości i misja starostwa została zakomunikowana pracownikom i jest poddawana corocznym przeglądom. Treść polityki jest dostępna dla wszystkich stron zainteresowanych w głównej siedzibie starostwa, w siedzibach komórek organizacyjnych, w systemie informatycznym Qasystem oraz w Biuletynie Informacji Publicznej starostwa (bip.kartuskipowiat.pl).

5.3. Role, odpowiedzialność i uprawnienia w organizacji.

5.3.1. Zarządzeniem starosty został powołany pełnomocnik ds. systemu zarządzania jakością, który wspólnie z koordynatorem kontroli zarządczej prowadzi sprawy związane ze zintegrowanym systemem zarządzania jakością i kontroli zarządczej, wynikające z niniejszego dokumentu.

5.3.2. Do obowiązków kierowników komórek organizacyjnych należy w szczególności:

- a) sporządzanie i zatwierdzanie imiennych zakresów czynności dla pracowników danej komórki organizacyjnej, które powinny być aktualizowane w miarę potrzeb, dostępne w komórce organizacyjnej (lub w systemie informatycznym) i dołączone do akt osobowych pracownika,
- b) sporządzanie i wnioskowanie o wydanie upoważnień do wydawania decyzji lub innych dokumentów w postępowaniu administracyjnym (projekt upoważnienia powinien być zaakceptowany przez radcę prawnego),
- c) zarządzanie realizowanymi procesami, w oparciu o organizację procesów przedstawioną w pkt 4.4 na rysunku nr 2, tak, aby skuteczne było ich planowanie, przebieg i nadzorowanie, zgodnie z przepisami i finansowymi założeniami budżetu powiatu oraz ustanowionymi, przez starostę, celami strategicznymi, o których mowa w Polityce jakości,
- d) nadzór nad udokumentowanymi informacjami, o których mowa w pkt 7.5., w tym ich dostępnością i przydatnością, przechowywaniem i zabezpieczeniem według właściwych przepisów oraz swoich uprawnień i kompetencji,
- e) wprowadzanie i monitorowanie aktualności wprowadzonych danych, informacji i dokumentów w systemie informatycznym Qasystem w zakresie właściwości komórki organizacyjnej,
- f) zapoznanie podległych pracowników ze Zintegrowaną Księgą Jakości i uzyskanie pisemnego potwierdzenia tego faktu lub w systemie informatycznym Qasystem.

5.3.3. Kierownik komórki organizacyjnej, wyznacza pracownika komórki do kontaktów z pełnomocnikiem ds. systemu zarządzania jakością i koordynatorem kontroli zarządczej w sprawach związanych ze zintegrowanym systemem zarządzania jakością i kontroli zarządczej.

6. Planowanie.

6.1. Działania odnoszące się do ryzyk i szans.

6.1.1. Przez ryzyko należy rozumieć możliwość zaistnienia zdarzenia, które negatywnie wpłynie na osiągnięcie celów i zadań.

6.1.2. Przez bieżące ryzyko operacyjne należy rozumieć każde potencjalne ryzyko, mogące wystąpić przy planowaniu i realizacji celów, zadań i procesów, nie zapisane w Planie celów i zadań, o którym mowa w pkt 6.2.2. W szczególności należy przeprowadzać analizę ryzyka zlecenia istotnych, krytycznych albo wrażliwych czynności na zewnątrz (jednorazowych lub nie objętych na przykład planem lub dostateczną kontrolą), a także ocenę ryzyka skutków finansowych, której mowa w pkt 6.1.9. Potwierdzeniem identyfikacji, analizy i reakcji na bieżące ryzyko operacyjne jest między innymi: uchwała lub zarządzenie, instrukcja, notatka służbowa, protokół, zapis w systemie informatycznym, karta działań doskonalących. Pkt 6.1.5. - 6.1.10. stosuje się odpowiednio.



6.1.3. Proces zarządzania ryzykiem to procedury i działania zwiększające prawdopodobieństwo osiągnięcia celów i realizacji zadań. Proces polega na identyfikowaniu, analizowaniu i zgłaszaniu mogących wystąpić negatywnych zdarzeń lub pozytywnych możliwości oraz zastosowaniu odpowiedniej reakcji i metody przeciwdziałania ryzyku. Proces składa się z następujących etapów:

- a) identyfikacja, analiza i monitorowanie ryzyka określonego przez kierowników komórek organizacyjnych w Planie celów i zadań na dany rok, na formularzu F2/KJ,
- b) identyfikacja, analiza, monitorowanie i zgłaszanie bieżącego ryzyka operacyjnego, o którym mowa w pkt 6.1.2., przez kierowników komórek organizacyjnych oraz pracowników w bieżącej pracy (z zachowaniem hierarchii służbowej).
- c) ocena ryzyka skutków finansowych, o czym mowa w pkt 6.1.9.-6.1.10.,
- d) ustalenia właściciela ryzyka (kierownik komórki organizacyjnej, pracownik lub ogólnie komórka organizacyjna odpowiedzialna za monitorowanie i reagowanie na ryzyko),
- e) sporządzenie Zbiorczego zestawienia celów i zadań z rejestrem ryzyka przez pełnomocnika ds. systemu zarządzania jakością na formularzu F3/KJ,
- f) zatwierdzenie Zbiorczego zestawienia celów z rejestrem ryzyka przez starostę,
- g) opracowanie i aktualizowanie Rejestru potencjalnych skutków oraz czynników, źródeł zagrożeń i obszarów ryzyka, przez koordynatora kontroli zarządczej na formularzu F4/KJ oraz w systemie Qasystent,
- h) monitorowanie ryzyka i przeprowadzanie działań doskonalących według właściwości,
- i) zarządzanie ryzykiem w bezpieczeństwie informacji w trybie Procedury identyfikacji i klasyfikacji aktywów i zasobów informacyjnych oraz zarządzania ryzykiem w bezpieczeństwie informacji w starostwie,
- j) zarządzania ryzykiem w odniesieniu do działań związanych z ochroną ludności, w tym w zakresie zapobiegania sytuacji kryzysowej i przygotowywania do przejmowania nad nią kontroli .

6.1.5. Analiza ryzyka polega na oszacowaniu poziomu istotności danego ryzyka (iloczyn prawdopodobieństwa jego wystąpienia i skutku, jaki może spowodować) i określenia reakcji na ryzyko. Kierownicy komórek organizacyjnych dokonują oceny punktowej ryzyka określając dla każdego ryzyka, prawdopodobieństwo i skutek według pięciopunktowej skali, w oparciu o informacje zawarte w tabeli nr 3. Poziomy istotności ryzyka przedstawiono na mapie ryzyka w tabeli nr 4.

Tabela nr 3

Prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka – tabela punktowa z przykładami		
1	2	3
1	niskie	- małe, bardzo rzadkie lub prawie niemożliwe (do 10%), że wystąpi w danym roku
2	średnie	- rzadkie, średnio możliwe (powyżej 10% do 30%), że wystąpi w danym roku
3	wysokie	- możliwe, bardzo prawdopodobne (powyżej 30 % do 60%), że wystąpi w danym roku
4	bardzo wysokie	- prawdopodobne, prawie pewne (powyżej 60 % do 90% szansy), że wystąpi w danym roku
5	pewne	- pewne (powyżej 90%), że wystąpi w danym roku
Skutek wystąpienia ryzyka – tabela punktowa z przykładami		
1	nieznaczny	- znikomy wpływ na osiągnięcie celów i realizację procesów i zadań, - minimalne, krótkotrwałe zakłócenia - brak zagrożeń i konsekwencji prawnych i/lub finansowych, - znikomy wpływ na wizerunek starostwa
2	średni	- niewielki wpływ na osiągnięcie celów i realizację procesów i zadań - krótkotrwałe zakłócenia, - możliwe zagrożenia i konsekwencje prawne i/lub finansowe,



		- niewielki wpływ na wizerunek starostwa
3	poważny	- duży wpływ na osiągnięcie celów i realizację procesów i zadań - znaczne, krótko lub długotrwałe zakłócenia - znaczne zagrożenia i konsekwencje prawne i/lub finansowe - duży wpływ na wizerunek starostwa
4	bardzo poważny	- bardzo duży wpływ na osiągnięcie celów i realizację procesów i zadań - istotne, długotrwałe zakłócenia - istotne zagrożenia i konsekwencje prawne i/lub finansowe - bardzo duży wpływ na wizerunek starostwa
5	katastrofalny	- katastrofalny wpływ na osiągnięcie celów i realizację procesów i zadań - bardzo istotne, długotrwałe zakłócenia - bardzo istotne zagrożenia i rozległe konsekwencje prawne i/lub finansowe - katastrofalny wpływ na wizerunek starostwa

Tabela nr 4

Mapa ryzyka (Qasystemt – moduł KZ – mapa ryzyka) – poziomy istotności ryzyka					
skutek ryzyka					
5 - katastrofalny	5	10	15	20	25
4 – bardzo poważny	4	8	12	16	20
3 – poważny	3	6	9	12	15
2 – średni	2	4	6	8	10
1 – nieznaczny	1	2	3	4	5
	1 – niskie	2 – średnie	3 – wysokie	4 – bardzo wysokie	5 - pewne
	prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka				

6.1.6. Jeśli poziom istotności ryzyka wynosi od 1 do 4 to ryzyko jest akceptowane i tolerowane. Jeśli poziom istotności ryzyka wynosi od 5 do 12 to ryzyko jest akceptowane lub nieakceptowane (w zależności od krytyczności obszarów ryzyka), analizowane oraz ciągle monitorowane i nadzorowane. Są to poziomy, na których działają istniejące mechanizmy kontroli, o których mowa w pkt 7.1.8.-7.1.10. i ryzyko jest minimalizowane na bieżąco, a podejmowanie dodatkowych działań ograniczających ryzyko nie jest obligatoryjne.

6.1.7. Jeśli poziom istotności ryzyka wynosi od 15 do 25 to kierownicy komórek organizacyjnych zobowiązani są do zgłoszenia ryzyka w systemie Qasystemt oraz określenia i podjęcia działań ograniczających ryzyko do akceptowanego poziomu wprowadzając działania zapobiegawcze, o których mowa w pkt 10.2.1. lit. c.

6.1.8. W zależności od poziomu istotności ryzyka właściciel ryzyka określa jeden z następujących sposobów reakcji na ryzyko i sposób postępowania z ryzykiem:

- działanie (D) – jeśli konieczne jest ograniczenie, zmniejszenie prawdopodobieństwa i (lub) skutku ryzyka do akceptowanego poziomu, a także gdy ryzyko jest podejmowane lub zwiększane w celu wykorzystania jakiejś szansy, dodatkowych możliwości i korzyści,
- tolerowanie i kontynuowanie (T) – jeśli ryzyko jest monitorowane w ramach już istniejących mechanizmów kontroli oraz jest akceptowalne przez kierownictwo starostwa lub na przykład gdy nie są podejmowane żadne dodatkowe działania z powodu kosztów przewyższających spodziewane korzyści,
- przeniesienie (P) – transfer całość lub część ryzyka na inny podmiot lub dzielenie się ryzykiem z inną stroną lub stronami (na przykład według odpowiedniej umowy, finansowaniu, lub



ubezpieczeniu),

- d) wycofanie (W) – odstąpienie od osiągnięcia celu i realizacji zadania, o ile nie są one obligatoryjne, lub na przykład zakończenie (nieprzeprowadzanie) określonych działań powodujących wystąpienie istotnego ryzyka.

6.1.9. W przypadku zamówień publicznych, zaciągania zobowiązań i dokonywania wydatków należy przeprowadzić ocenę ryzyka skutków finansowych, takich, jak:

- a) naruszenie dyscypliny finansów publicznych,
- b) konieczność zwiększenia środków finansowych w trakcie realizacji celu, procesu, zadania,
- c) możliwość niezrealizowania celu, procesu, zadania, którego dotyczy wydatek, a więc potencjalna strata wydatkowanych środków,
- d) możliwość, że zakup towaru lub usługi nie zwiększy wydajności, nie polepszy bieżącego stanu lub efekt może być gorszy niż zakładano,
- e) brak dostępności towarów i usług,
- f) wzrost cen towarów i usług,
- g) koszt przewyższający korzyść,
- h) niski koszt, ale słaba jakość,
- i) wysoki koszt, ale dobra jakość,
- j) termin / czas zakupu ze względu na kryterium oszczędności.

6.1.10. Potwierdzeniem oceny ryzyka skutków finansowych jest w szczególności co najmniej jedna udokumentowana informacja z poniższych:

- a) podpis pod uzasadnieniem na wniosku – zapotrzebowaniu w sprawie zaciągnięcia zobowiązania lub dokonanie wydatku przy wstępnej ocenie celowości zaciągnięcia zobowiązań lub dokonywania wydatków,
- b) dokumentacja przetargowa,
- c) umowa, porozumienie, wycena,
- d) rozeznanie, oferta,
- e) notatka służbowa,
- f) zapis w systemie informatycznym (na przykład zgłoszenie ryzyka w systemie Qasystent),
- g) karta działań doskonalących.


6.2. Cele jakościowe i planowanie ich osiągnięcia.

6.2.1. W celu odpowiedniego planowania i doskonalenia systemu zarządzania w Polityce jakości i misji, o której mowa w pkt 5.2.1., zostały ustanowione cele strategiczne i na ich podstawie określone są corocznie **najważniejsze (najistotniejsze)** cele operacyjne i zadania na poziomie poszczególnych komórek organizacyjnych.

6.2.2. Kierownicy komórek organizacyjnych, co roku do 31 stycznia:

- a) sporządzają Plan celów i zadań na dany rok na formularzu F2/KJ (część A) w formie elektronicznej i przekazują go pełnomocnikowi ds. systemu zarządzania jakością drogą elektroniczną lub w systemie informatycznym,
- b) sporządzają informację o realizacji planu celów i zadań za rok poprzedni na formularzu F2/KJ (część B) w formie elektronicznej i przekazują ją pełnomocnikowi ds. systemu zarządzania jakością drogą elektroniczną lub w systemie informatycznym.

6.2.3. Zatwierdzony Plan celów i zadań (i potwierdzony w zbiorczym zestawieniu celów, o czym mowa w pkt 6.2.5.) kierownicy komórek organizacyjnych przechowują w formie elektronicznej, lub w systemie informatycznym, z możliwością wydruku w każdym czasie (wydruk musi być podpisany). Plan celów i

	<p>Starostwo Powiatowe w Kartuzach</p>	<p>SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ ISO 9001:2015 Zintegrowana Księga Jakości</p>	<p>Indeks KJ</p>	<p>Załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 485/2023 Starosty Kartuskiego z dnia 13.01.2023r. w sprawie Zintegrowanego systemu zarządzania jakością i kontroli zarządczej</p>
---	--	--	----------------------	---

zadań należy omówić i udostępnić pracownikom. W trakcie roku kierownik komórki organizacyjnej może zaktualizować Plan celów i zadań informując o tym pełnomocnika ds. systemu zarządzania jakością.

6.2.4. Kierownicy komórek organizacyjnych określają cele według zasady **SMART**, czyli cel musi jednocześnie być:

- a) skonkretyzowany (S) – sformułowany precyzyjnie i jednoznacznie, odnoszący się bezpośrednio do zamierzonego wyniku realizacji celu (co ma być zrobione),
- b) mierzalny (M) – sformułowany tak, aby można było liczbowo (wartościowo) wyrazić stopień realizacji celu lub umożliwić sprawdzalność,
- c) adekwatny (A) – dotyczyć obszarów działalności komórki organizacyjnej i odzwierciedlać najistotniejsze potrzeby,
- d) realny (R) – osiągalny i realistyczny oraz wyważony (należy unikać określania celu na zbyt łatwym do osiągnięcia poziomie),
- e) terminowy (T) – powinien mieć określony termin lub horyzont czasowy, w jakim zamierza się go osiągnąć.

6.2.5. Pełnomocnik ds. systemu zarządzania jakością, wraz z koordynatorem kontroli zarządczej, sprawdza otrzymane od kierowników komórek organizacyjnych plany celów i zadań pod względem formalnym w zakresie spójności celów operacyjnych z celami strategicznymi, adekwatności do zadań komórki, zachowania mierzalności oraz identyfikacji i analizy ryzyka.

6.2.6. W terminie do 14 lutego pełnomocnik ds. systemu zarządzania jakością przedkłada Zbiorcze zestawienie celów i zadań wraz z rejestrem ryzyka, na formularzu F3/KJ, do decyzji starosty. Pełnomocnik informuje kierowników komórek organizacyjnych o zatwierdzeniu celów drogą elektroniczną. Pełnomocnik może zaktualizować Zbiorcze zestawienie celów i zadań wraz z rejestrem ryzyka po uzyskaniu informacji od kierownika komórki organizacyjnej o zmianie w Planie celów i zadań. Zaktualizowane zbiorcze zestawienie przedkładane jest do decyzji starosty.

6.3. Planowanie zmian.

Kierownicy komórek organizacyjnych informują starostę o potrzebie zmian w komórce organizacyjnej lub w Zintegrowanym systemie zarządzania jakością i kontroli zarządczej, z czego sporządzają udokumentowaną informację, lub pełnomocnika ds. systemu zarządzania jakością, albo koordynatora kontroli zarządczej, jeśli zmiany miałyby dotyczyć dokumentacji zintegrowanego systemu zarządzania. Aby zmiany zostały skutecznie przeprowadzone każdorazowo należy określić cel zmian i ich potencjalne konsekwencje, zachowanie integralności systemu zarządzania, dostępność środków, a także przydział lub zmianę przydziału odpowiedzialności i uprawnień. W przypadku zmiany dokumentacji zintegrowanego systemu zarządzania pełnomocnik wraz z koordynatorem przygotowują projekt zarządzenia starosty w tej sprawie.

7. Wsparcie.

7.1. Zasoby.

7.1.1. Starosta, podejmując odpowiednie działania, zapewnia ciągłość działalności starostwa i właściwe zasoby (ludzkie, materialne, niematerialne) dla realizacji celów i zadań, poprzez odpowiednią politykę kadrową i finansową.

7.1.2. W zakresie utrzymywania zasobów ludzkich i na środowisko niezbędne dla funkcjonowania



procesów i osiągnięcia zgodności z wymaganiami składa się w szczególności: uchwała budżetowa, regulamin organizacyjny, regulamin naboru na wolne stanowisko urzędnicze, regulamin pracy oraz regulamin użytkownika systemu elektronicznej rejestracji czasu pracy, regulamin wynagradzania, kodeks etyki, polityka bezpieczeństwa ochrony danych osobowych, procedury ujawniania nieprawidłowości oraz ochrony sygnalistów, regulamin wykonywania pracy zdalnej, regulamin monitoringu wizyjnego.

7.1.3. Na infrastrukturę starostwa i na środowisko niezbędne dla funkcjonowania procesów i osiągnięcia zgodności z wymaganiami, składa się w szczególności system urządzeń i wyposażenia zorganizowany tak, aby zapewnić ciągłości działalności, ochronę zasobów i utrzymanie odpowiedniego środowiska pracy, stanowisk, pomieszczeń, archiwum, lokali i budynków. Budynek przy ul. Dworcowej 1 w Kartuzach jest główną siedzibą starostwa, a w razie sytuacji kryzysowej zapewnione jest zastępcze miejsce pracy dla kierownictwa starostwa w budynku przy ul. Gdańskiej 26 w Kartuzach. Istotną część infrastruktury starostwa stanowi system informatyczny (nadzorowany przez administratora bezpieczeństwa systemów), który jest rozbudowywany, modernizowany i aktualizowany stosownie do wymagań oraz możliwości. Konserwację infrastruktury i systemów powierzono na podstawie umów wyspecjalizowanym podmiotom zewnętrznym.

7.1.4. Zintegrowany system zarządzania jest wspierany przez system informatyczny Qasystent. System działa w wewnętrznej sieci informatycznej starostwa i zawiera następujące, wzajemnie ze sobą powiązane moduły (wraz z instrukcjami):

- a) komunikacja wewnętrzna (KW),
- b) system obiegu dokumentów (SOD),
- c) system zarządzania jakością (SZJ),
- d) kontrola zarządcza (KZ),
- e) system zarządzania zasobami ludzkimi (SZZL),
- f) system zarządzania bezpieczeństwem informacji i ochroną danych osobowych (SZBI i ODO)
- g) system zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy (SZBHP),
- h) system zarządzania antykorupcją (SZA).

Pracownicy starostwa posiadają konta w systemie informatycznym Qasystent (indywidualny login i hasło oraz uprawnienia). Pracownicy są zobowiązani do reagowania na komunikaty wyświetlane w systemie oraz na wiadomości od administratorów systemu (lub poszczególnych modułów systemu). Tam, gdzie to możliwe należy sukcesywnie wprowadzać informacje i dane w poszczególnych modułach, biorąc pod uwagę istniejące w starostwie uchwały, zarządzenia, procedury, instrukcje i upoważnienia.

7.1.5. Spójność pomiarowa (pkt 7.1.5.2. normy ISO 9001:2015) nie ma zastosowania w starostwie, co zostało zapisane w pkt 4.3.3. Dla funkcjonowania procesów nie jest stosowane żadne wyposażenie pomiarowe, z wyjątkiem czynności archiwalnych, gdzie w pomieszczeniach archiwum stosowane są wskaźniki do pomiaru temperatury i wilgotności w celu spełnienia wymogów wynikających z instrukcji archiwalnej będącej załącznikiem do rozporządzenia w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

7.1.7. Wszyscy pracownicy starostwa mają dostęp do elektronicznego systemu informacji prawnej, z którego zobowiązani są korzystać w taki sposób, aby móc na bieżąco monitorować aktualność przepisów prawa. Pracownicy mają również dostęp do aktualnych umów, zamówień, systemów i danych, w zakresie im niezbędnym, w ramach zakresu czynności oraz posiadanych uprawnień i upoważnień.

7.1.8. Pracownicy starostwa, w zakresie im niezbędnym, według właściwości, zapoznają się z istniejącymi mechanizmami kontroli realizacji procesów i zadań, które są określone w obowiązujących



przepisach prawa oraz uchwałach i zarządzeniach, instrukcjach oraz procedurach ustnych i pisemnych.

7.1.9. Mechanizmy kontroli operacji finansowych i gospodarczych nadzoruje skarbnik powiatu. Mechanizmy te dotyczą rzetelnego i pełnego dokumentowania i rejestrowania operacji finansowych i gospodarczych, zatwierdzania operacji finansowych przez starostę lub osoby upoważnione, podziału kluczowych obowiązków, weryfikacje operacji finansowych i gospodarczych przed i po realizacji. Szczegółowe mechanizmy określono w procedurach wewnętrznych, upoważnieniach, zakresach czynności, według właściwości.

7.1.10. Za wprowadzenie mechanizmów bezpieczeństwa systemów informatycznych i ochrony danych osobowych odpowiada pełnomocnik starosty ds. bezpieczeństwa informacji, inspektor ochrony danych osobowych i administrator bezpieczeństwa systemów, według właściwości. Mechanizmy te określono głównie w zarządzeniach wewnętrznych, procedurach, upoważnieniach, zakresach czynności.

7.2. Kompetencje.

7.2.1. Wyznaczony pracownik Wydziału Organizacyjnego prowadzi akta osobowe pracowników starostwa, w tym zakresy czynności pracowników, upoważnienia oraz pełnomocnictwa. W systemie Qasystent – moduł SZZL – upoważnienia pracowników, jest prowadzony rejestr upoważnień pozwalający na ustalenie osób aktualnie upoważnionych do wydawania decyzji lub innych dokumentów w postępowaniu administracyjnym, a także osób upoważnionych do innych czynności.

7.2.2. Starosta zapewnia pracownikom możliwości rozwoju i podwyższania kompetencji. Pracownicy starostwa mogą brać udział w szkoleniach, kursach, studiach i innych formach doskonalenia zawodowego.

7.2.3. Stosownie do potrzeb mogą być organizowane szkolenia wewnętrzne dla grupy pracowników. Pracownicy potwierdzają pisemnie udział w szkoleniu wewnętrznym. Organizator szkolenia wewnętrznego informuje pełnomocnika ds. systemu zarządzania jakością o szkoleniu drogą elektroniczną, w terminie 7 dni od jego zakończenia, w tym przekazuje informację o dacie i temacie szkolenia oraz liczbie przeszkolonych pracowników.

7.2.4. Na szkolenia zewnętrzne pracownicy typowani są przez bezpośredniego przełożonego. Każdorazowo zgodę na udział w szkoleniu zewnętrznym wyraża starosta. Uczestnik szkolenia zewnętrznego składa kopię zaświadczenia (certyfikatu) ze szkolenia wraz z krótką pisemną oceną szkolenia do kancelarii starostwa, w terminie 7 dni od zakończenia szkolenia.

7.3. Świadomość.

7.3.1. Pracownicy starostwa są świadomi Polityki jakości i misji starostwa, swojego wkładu w skuteczność systemu zarządzania, a także konsekwencji niezgodności z wymaganiami. Powyższe jest zapewnione między innymi dzięki promowaniu zasad i standardów zarządzania przez kierownictwo starostwa, nadzorowi, odpowiedzialności, profesjonalizmowi i samokontroli pracowników, czynnemu udziałowi kierowników komórek organizacyjnych i pracowników w audytach wewnętrznych i zewnętrznych systemu zarządzania jakością, potwierdzeniu zapoznania się ze Zintegrowaną Księgą Jakości, przygotowywaniu informacji na przegląd systemu zarządzania oraz bieżącej współpracy z pełnomocnikiem ds. systemu zarządzania jakością i koordynatorem kontroli zarządczej.



7.3.2. Kierownicy komórek organizacyjnych i pracownicy starostwa, do 21 stycznia danego roku, składają do koordynatora kontroli zarządczej ankietę samooceny zintegrowanego systemu zarządzania jakością i kontroli zarządczej za rok poprzedni. Projekt ankiety, w tym zakres i formę badania, sporządza koordynator kontroli zarządczej, a zatwierdza starosta. Koordynator przekazuje ankietę pracownikom drogą elektroniczną lub w systemie informatycznym nie później niż do 7 stycznia danego roku. Wyniki badania ankietowego przedstawiane są na corocznym przeglądzie systemu zarządzania, o którym mowa w pkt 9.3.

7.4. Komunikacja.

7.4.1. Wykorzystując ogólnodostępne kanały i narzędzia komunikacji oraz systemy informatyczne, pracownicy starostwa są zobowiązani do udostępniania, przekazywania i wymiany bieżącej informacji i dokumentacji zgodnie z przepisami prawa oraz uchwałami, zarządzeniami, instrukcjami i innymi procedurami wewnętrznymi, w szczególności z instrukcją obiegu dokumentów (w tym finansowo-księgowych) i dokumentacją systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji. Pracownicy starostwa zostali wyposażeni w niezbędne zasoby i środki umożliwiające komunikację wewnętrzną i zewnętrzną. Zaleca się aby każdy z pracowników posiadał własną, służbową skrzynkę poczty elektronicznej.

7.4.2. Informacja i dokumentacja dostarczana zarówno wewnątrz starostwa, jak i na zewnątrz musi być:

- a) odpowiednio szczegółowa,
- b) aktualna,
- c) otrzymywana i dostarczana na czas,
- d) zgodna z prawem i standardami,
- e) sprawdzona i wolna od błędów,
- f) łatwo dostępna (pozyskanie i przekazanie informacji nie powinno być zbyt trudne ani uzależnione od nieformalnych kontaktów).

7.4.3. W procesach komunikacji (wymiany informacji, przekazywania dokumentacji i realizacji zadań) mogą być stosowane procedury ustne lub pisemne. Przez procedurę ustną należy rozumieć zorganizowany sposób postępowania zakomunikowany i znany pracownikom oraz innym zainteresowanym stronom, w zakresie im niezbędnym. W przypadku konieczności opracowania, w danej komórce organizacyjnej, pisemnej procedury operacyjnej (na przykład jeżeli proces dotyczy spraw skomplikowanych lub dotyczy kilku komórek organizacyjnych) należy sporządzić projekt zarządzenia starosty obejmujący daną materię.

7.4.4. Zarówno w przypadku stosowania procedury ustnej i pisemnej należy ustalić co i kiedy ma być komunikowane, z kim i jak należy się komunikować, kto odpowiada za monitorowanie i nadzór nad komunikacją, jakie mechanizmy kontroli są stosowane aby komunikacja przebiegła w sposób skuteczny i efektywny.

7.4.5. Do procesów komunikacyjnych należą w szczególności:

- a) narady koordynacyjne,
- b) narady wydziałowe wewnętrzne,
- c) sporządzanie i przekazywanie instrukcji, pism, notatek i materiałów informacyjnych,
- d) funkcjonowanie sieci telefonicznej i informatycznej, baz danych i poczty elektronicznej,
- e) udzielanie informacji publicznej,
- f) reagowanie na skargi i wnioski,
- g) wprowadzanie informacji i danych do Biuletynu Informacji Publicznej oraz systemów informatycznych.



7.4.6. Inicjator procesu komunikacyjnego musi być w stanie wykazać, że podjął wystarczające kroki aby spełnić wymagania (prawne, klienta) lub osiągnąć określony cel. W tym celu z przebiegu procesów komunikacyjnych można sporządzić udokumentowaną informację, o której mowa w pkt 7.5.2. Za udokumentowanie komunikacji wewnętrznej są odpowiedzialni jej inicjatorzy.

7.5. Udokumentowane informacje.

7.5.1. Udokumentowane informacje to pisemne lub elektroniczne potwierdzenie czynności niezbędnych do realizacji procesów, celów i zadań oraz do dostarczenia dowodów zgodności z wymaganiami, skuteczności oraz efektywności działania.

7.5.2. Udokumentowane informacje to dokumenty i zapisy, z tego:

- a) **utrzymywana** udokumentowana informacja to dokumenty, takie, jak: uchwały, zarządzenia, instrukcje, pisemne procedury, sprawozdania, raporty, protokoły, decyzje, umowy, specyfikacje, plany,
- b) **przechowywana** udokumentowana informacja to zapisy, takie jak: dekretacja, znak sprawy, podpis, adnotacja, opis, notatka służbowa, e-mail, lista kontrolna, zapis w systemie informatycznym (w tym zapis w bazie danych).


7.5.3. Nadzór nad udokumentowanymi informacjami odbywa się w trybie niniejszego dokumentu, instrukcji kancelaryjnej, kodeksu postępowania administracyjnego, kodeksu cywilnego i innych przepisów szczególnych oraz wewnętrznych mechanizmów kontroli, w tym procedur systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.

7.5.4. Aby sprawnie zrealizować sprawę, zadanie lub proces należy w szczególności:

- a) sprawdzić przesyłkę przychodzącą, złożony wniosek lub otrzymaną informację pod kątem zgodności z wymaganiami prawnymi, systemowymi, klienta lub strony zainteresowanej oraz potwierdzić zgodność z wymaganiami, o czym mowa w pkt 8.2.3.,
- b) monitorować realizację i zrealizować bez zbędnej zwłoki,
- c) sprawdzić przesyłkę wychodzącą i dokumenty przed ich wydaniem klientowi lub innej stronie zainteresowanej, o czym mowa w pkt 8.6.

7.5.5. Wyznaczony pracownik Wydziału Organizacyjnego, prowadzący rejestr uchwał i zarządzeń, sporządza, według potrzeb lub na wniosek, odpis lub kopię uchwały lub zarządzenia dla pracowników lub stron zainteresowanych, w tym również w formie elektronicznej. Uchwały i zarządzenia udostępnia się w Biuletynie Informacji Publicznej. Wybrane uchwały i zarządzenia udostępnia się również w systemie informatycznym Qasystent.

7.5.6. W komórkach organizacyjnych mogą być tworzone wzory wniosków i formularze do realizowanych celów, procesów oraz zadań i udostępniane do wypełnienia klientom i innym stronom zainteresowanym, według formularza F5/KJ. Egzemplarz wzorcowy wniosku lub formularza musi być zatwierdzony przez kierownika komórki organizacyjnej. Kierownicy komórek organizacyjnych, według właściwości, mają obowiązek stałego monitorowania aktualności wydawanych wzorów wniosków, formularzy oraz innych informacji zamieszczanych w Biuletynie Informacji Publicznej, na stronie internetowej powiatu i w systemach informatycznych.

	<p>Starostwo Powiatowe w Kartuzach</p>	<p>SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ ISO 9001:2015 Zintegrowana Księga Jakości</p>	<p>Indeks KJ</p>	<p>Załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 485/2023 Starosty Kartuskiego z dnia 13.01.2023r. w sprawie Zintegrowanego systemu zarządzania jakością i kontroli zarządczej</p>
---	--	--	----------------------	---

8. Działania operacyjne.

8.1. Planowanie i nadzór nad działaniami operacyjnymi.

8.1.1. Starostwo powołane jest do wykonywania zadań powiatu z zakresu administracji publicznej: własnych, zleconych i powierzonych. Planowanie i nadzór nad działaniami operacyjnymi polega głównie na przygotowywaniu planów lub projektów:

- 1) aktów normatywnych (uchwał i zarządzeń),
- 2) dokumentów cywilno-prawnych (na przykład umów i porozumień),
- 3) dokumentów administracyjnych (na przykład decyzji, postanowień i zaświadczeń),
- 4) innych dokumentów, produktów, usług, czynności prawnych, czynności materialno-technicznych oraz informacji dotyczących zadań starostwa i powiatu.

Kierownicy komórek organizacyjnych planują i realizują cele, procesy i zadania oraz inne działania operacyjne według właściwości.

8.2. Wymagania dotyczące produktów i usług.

8.2.1. Komunikacja z klientem.


Komunikacja z klientami starostwa i innymi stronami zainteresowanymi odbywa się wszelkimi możliwymi sposobami i metodami, zgodnie z przepisami prawa, z zachowaniem bezpieczeństwa informacji i danych, a także zasad etycznego postępowania. Pracownicy starostwa zobowiązani są do komunikowania klientom i innym stronom zainteresowanym w jasny i precyzyjny sposób jakie mają uprawnienia i obowiązki, informowania w jakim trybie i terminie załatwiane są sprawy, którzy pracownicy są uprawnieni do udzielania merytorycznych informacji oraz w jaki sposób klient może przedstawić swoje stanowisko i argumenty, wypełnić wniosek, czy złożyć skargę. Szczególną wagę przykładają się do wniosków i zaleceń pokontrolnych wystosowanych przez uprawnione organy kontroli, a także wyników auditów i audytów zewnętrznych.

8.2.2. Określenie wymagań dotyczących produktów i usług.

8.2.2.1. Produkty i usługi to wszelkie kategorie danych wyjściowych takie, jak: dokumenty, informacje, materiały, wyposażenie, czynności i usługi, zapisy i pliki elektroniczne w systemie informatycznym, w tym bazy danych.

8.2.2.2. Wymagania dla produktów i usług starostwa są określone w szczególności w przepisach prawa, normach, standardach, komunikatach, uchwałach i zarządzeniach wewnętrznych, umowach, porozumieniach, wnioskach i projektach, programach, planach, specyfikacjach, kosztorysach, innych dokumentach i czynnościach prawnych lub materialno-technicznych. Pracownicy starostwa są zobowiązani do identyfikowania i monitorowania wymagań.

8.2.2.3. Oczekiwania i wymagania klientów rozpoznawane są w starostwie w drodze analiz informacji wynikających w szczególności z postępowania administracyjnego, cywilnoprawnego, prowadzonych spraw, wniosków i opinii zebranych na przykład w drodze konsultacji społecznych, przekazywanych za pośrednictwem radnych powiatowych, służb, środków masowego przekazu oraz w bezpośrednim kontakcie pracownika ze stronami zainteresowanymi i innej informacji zwrotnej.

	<p>Starostwo Powiatowe w Kartuzach</p>	<p>SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ ISO 9001:2015 Zintegrowana Księga Jakości</p>	<p>Indeks KJ</p>	<p>Załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 485/2023 Starosty Kartuskiego z dnia 13.01.2023r. w sprawie Zintegrowanego systemu zarządzania jakością i kontroli zarządczej</p>
--	--	--	----------------------	---

8.2.3. Przegląd wymagań dotyczących produktów i usług.

8.2.3.1. Przegląd wymagań to wszystkie podejmowane czynności niezbędne do wszczęcia postępowania, załatwienia sprawy, czy uruchomienia i zakończenia danego procesu. Przegląd wymagań przeprowadza uprawniony pracownik (przed dostarczeniem produktu i usługi klientowi) głównie pod kątem:

- a) kompletności,
- b) właściwości rzeczowej i miejscowej,
- c) identyfikacji wnioskodawcy,
- d) innych wymagań formalnych,
- e) zgodności z prawem i procedurami wewnętrznymi (uchwałami, zarządzeniami) oraz umowami, upoważnieniami i pełnomocnictwami.

8.2.3.2. Z przeprowadzonego przeglądu pracownik sporządza odpowiedni zapis na przykład adnotację („wniosek kompletny”, „stwierdzam zgodność”), listę kontrolną, notatkę służbową lub potwierdza datą i podpisem. Za zapis z przeglądu uważa się również odpowiedni zapis w systemie informatycznym, jeżeli posiada on taką funkcjonalność. Kierownicy komórek organizacyjnych mogą ustalić formę zapisu adekwatną do specyfiki danej komórki organizacyjnej.

8.2.3.3. Jeżeli przegląd wymagań wypadnie negatywnie dla klienta lub strony zainteresowanej (uniemożliwiając rozpoczęcie postępowania, załatwienie sprawy), pracownika obowiązuje postępowanie określone w przepisach prawa według właściwości. Dopuszczalne jest przeprowadzenie bieżących działań korekcyjnych, w obecności klienta lub bez, jeśli nie narusza to przepisów zewnętrznych i wewnętrznych, norm i standardów oraz zasad etycznego postępowania i antykorupcji. Z działań korekcyjnych sporządza się zapis jak w pkt 8.2.3.2.

8.2.4. Zmiany wymagań dotyczących produktów i usług oraz związanych z nimi celów, zadań, procesów i ryzyka, muszą być na bieżąco monitorowane przez pracowników, według właściwości i w odpowiedni sposób komunikowane zarówno w komórce organizacyjnej (w sposób ustalony przez kierownika komórki), jak i w starostwie. Pracownicy muszą być świadomi zmienionych wymagań. Sposób monitorowania przedstawiono w pkt 9.1.1.

8.3. Projektowanie i rozwój wyrobów i usług.

Ten punkt normy ISO 9001:2015 nie ma zastosowania w starostwie, co zostało zapisane w pkt 4.3.3.

8.4. Nadzór nad procesami, wyrobami i usługami dostarczonymi z zewnątrz.

8.4.1. Postanowienia ogólne.

Celem nadzoru jest w szczególności upewnienie się, żeby procesy, produkty lub usługi dostarczane z zewnątrz nie wpływały negatywnie na działalność starostwa, w tym na ponoszenie zbyt wysokich kosztów. Wymagania i kryteria nadzoru są określone w przepisach prawa, uchwałach, zarządzeniach, umowach, procedurach, zamówieniach, specyfikacjach, wnioskach i innej dokumentacji tworzonej i przechowywanej w komórkach organizacyjnych.

8.4.2. Zakupy i współpraca z dostawcami opiera się w dużej mierze na zamówieniach publicznych, w związku z czym pracownicy starostwa są zobowiązani do stosowania i przestrzegania w szczególności przepisów i procedur z zakresu ustawy prawo zamówień publicznych, ustawy o finansach publicznych, ustawy o rachunkowości oraz mechanizmów kontroli operacji finansowych i gospodarczych obowiązujących w starostwie.



8.4.3. Rodzaj i zakres nadzoru.

Kierownicy komórek organizacyjnych i pracownicy według właściwości i upoważnień, prowadzą nadzór i kontrolę nad:

- a) produktami i usługami od zewnętrznych dostawców, które są przeznaczone do włączenia do własnych produktów lub usług starostwa,
- b) produktami i usługami dostarczonymi bezpośrednio do klientów przez zewnętrznych dostawców w imieniu starostwa lub powiatu,
- c) procesami lub częścią procesu dostarczanego przez zewnętrznego dostawcę w wyniku decyzji podjętej przez starostę, zarząd lub radę powiatu,
- d) realizacją umów i porozumień,
- e) obiegiem informacji o dostarczanych produktach lub usługach.

Z przeprowadzonego nadzoru i kontroli należy sporządzić udokumentowaną informację, według odpowiednich kryteriów i wymagań, o których mowa w pkt 8.4.1. Udokumentowana informacja nie jest konieczna, jeśli nie jest wymagana przepisami prawa, a koszty jej sporządzenia przewyższałyby korzyści. W takiej sytuacji przeprowadzający nadzór lub kontrolę musi być w stanie wykazać, że podjął wystarczające kroki i zapewnił odpowiednie zasoby i środki, aby dostarczyć produkt, osiągnąć cel oraz zrealizować dany proces i zadanie.

8.4.4. Informacje dla zewnętrznych dostawców.

Pracownicy starostwa, w zakresie swoich kompetencji i obowiązków, zobowiązani są do interakcji z zewnętrznymi dostawcami produktów i usług tak, żeby wcześniej ustalone (wewnętrznie) wymagania i zasady były w odpowiedni sposób, zgodnie z prawem, w odpowiedniej formie i jakości zakomunikowane dostawcy zewnętrznemu. Określane są warunki stawiane dostawcom i badane są przesłanki wykluczania wykonawców z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego oraz ocena skutków finansowych i bieżące ryzyko operacyjne. Wykorzystywane są najefektywniejsze kanały komunikacji odpowiadające danemu procesowi.

8.5. Produkcja i dostarczanie usługi.

8.5.1. Nadzorowanie produkcji i dostarczanie usługi.

8.5.1.1. Realizacja zadań i procesów odbywa się w starostwie warunkach nadzorowanych, w tym:

- a) pracownicy posiadają imienne zakresy czynności, stosowne upoważnienia i pełnomocnictwa, wiedzę, kwalifikacje i kompetencje aby dostarczać stronom zainteresowanym produkty i usługi zgodne z wymaganiami,
- b) w ramach mechanizmów kontroli stosuje się odpowiednie zarządzenia, procedury, instrukcje obowiązujące w starostwie,
- c) w ramach mechanizmów kontroli funkcjonuje samokontrola, czyli sprawdzanie wykonywania własnej pracy, do której zobowiązani są wszyscy pracownicy oraz osoby wykonujące pracę w starostwie bez względu na zajmowane stanowisko i rodzaj wykonywanej pracy,
- d) w ramach mechanizmów kontroli funkcjonuje kontrola funkcjonalna, czyli sprawowanie nadzoru służbowego nad pracą podległych pracowników, w tym kontrola produktu lub usługi, przez kierownika komórki organizacyjnej, przed wydaniem zainteresowanej stronie (w przypadku pracowników działających z upoważnienia starosty kontrola przez kierownika komórki nie jest obligatoryjna),
- e) zadania realizowane przez audytora wewnętrznego w ramach planu audytu wewnętrznego,
- f) audyty przeprowadzane przez inspektora ochrony danych osobowych w trybie procedury audytu i przeglądu systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji
- g) audyty przeprowadzane w ramach zintegrowanego systemu zarządzania jakością i kontroli



zarządczej, o których mowa w pkt 9.2.,

h) nadzór nad udokumentowanymi informacjami, o których mowa w pkt 7.5.

8.5.1.2. W przypadku wykrycia nieprawidłowości pracownik dokonujący samokontroli jest zobowiązany podjąć niezbędne działania korekcyjne w celu wyeliminowania nieprawidłowości, a jeśli jest to wymagane uzyskać także akceptację bezpośredniego przełożonego do podjęcia tych działań lub innych działań doskonalących, o których mowa w pkt 10.2.

8.5.1.3. W przypadku wykrycia nieprawidłowości kierownik komórki organizacyjnej jest zobowiązany podjąć niezbędne działania korekcyjne w celu wyeliminowania nieprawidłowości, a jeśli jest to wymagane uzyskać także akceptację starosty do podjęcia tych działań lub innych działań doskonalących, o których mowa w pkt 10.2.

8.5.2. Identyfikacja i identyfikowalność.

Sposób identyfikacji spraw, postępowań i udokumentowanych informacji określony jest w rozporządzeniu w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych, w tym wszystkie czynności związane z wytwarzaniem lub przyjmowaniem dokumentacji, potwierdzaniem jej odbioru, weryfikacją oznakowania, rejestracją, dekretacją i obiegiem, przechowywaniem i przekazywaniem do archiwum.

8.5.3. Własność należąca do klientów lub dostawców zewnętrznych.


Własność należąca do klientów lub dostawców zewnętrznych dotyczy w szczególności dokumentacji, licencji dostarczanych do starostwa, wymaganych do załatwienia sprawy, osiągnięcia celu i realizacji procesu, zadania. W przypadkach własności klienta obejmujących własność intelektualną i dane osobowe wdrożono system zarządzania bezpieczeństwem informacji, w tym ochrony danych osobowych, wyznaczono pełnomocnika starosty ds. bezpieczeństwa informacji i inspektora ochrony danych osobowych.

8.5.4. Zabezpieczenie.

Produkt lub usługa podczas procesu przetwarzania i dostarczania do klienta jest zabezpieczony poprzez:

- a) jego identyfikację zgodnie z instrukcją kancelaryjną i archiwalną,
- b) spełnienie wymogów ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych i ustawy o ochronie danych osobowych,
- c) spełnienie wymogów przepisów szczególnych, norm i standardów, w tym ochrony i zabezpieczeń fizycznych,
- d) spełnienie wymogów projektów i strategii, w których uczestniczy starostwo lub powiat,
- e) działania wynikające z wewnętrznych zarządzeń, instrukcji, procedur, w tym systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.

Pracownicy są zobowiązani do zabezpieczania produktów lub usług na każdym etapie realizacji, w tym przed dostępem osób nieupoważnionych. Dostarczanie przesyłek, dokumentów i informacji klientom i innym stronom zainteresowanym odbywa się bezpośrednio w starostwie (według właściwości komórek organizacyjnych), za pośrednictwem operatora pocztowego na podstawie umowy lub w określonych przypadkach przesyłki mogą być dostarczane przez pracowników osobiście (z zachowaniem przepisów kancelaryjnych), lub drogą elektroniczną i za pomocą odpowiednich systemów informatycznych.

	<p>Starostwo Powiatowe w Kartuzach</p>	<p>SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ ISO 9001:2015 Zintegrowana Księga Jakości</p>	<p>Indeks KJ</p>	<p>Załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 485/2023 Starosty Kartuskiego z dnia 13.01.2023r. w sprawie Zintegrowanego systemu zarządzania jakością i kontroli zarządczej</p>
---	--	--	----------------------	---

8.5.5. Działania po dostawie.

Działania po dostawie produktu lub usługi wynikają i związane są głównie z wymaganiami wynikającymi z przepisów prawa. Istotną częścią działań po dostawie jest wszelka informacja zwrotna od klientów i innych stron zainteresowanych oraz informacja z otoczenia zewnętrznego. Szczególną wagę przywiązuje się do skarg i wniosków, orzeczeń administracyjnych, orzeczeń sądów oraz wyników kontroli i audytów zewnętrznych. W razie potrzeby przeprowadzane są działania doskonalące, o których mowa w pkt 10.2.1. Pracownicy starostwa, będący funkcjonariuszami publicznymi w rozumieniu ustawy o odpowiedzialności majątkowej funkcjonariuszy publicznych za rażące naruszenie prawa, ponoszą odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy wykonywaniu władzy publicznej, za działania lub zaniechania prowadzące do rażącego naruszenia prawa. Do osób pełniących funkcje publiczne mają zastosowanie przepisy kodeksu karnego. Pracownicy odpowiadają również za naruszenie dyscypliny finansów publicznych, w tym za naruszenie obowiązków w zakresie kontroli zarządczej.

8.5.6. Nadzór nad zmianami.

Nadzór nad zmianami w realizacji zadań i procesów (produkcji i dostarczaniu usług) jest sprawowany przez kierownictwo starostwa, kierowników komórek organizacyjnych i pracowników w taki sposób, aby zachować ciągłość działalności i zgodności z wymaganiami. Pracownicy, w ramach bieżącej pracy, przeglądają i analizują zmiany przepisów, otoczenia, wymagań klientów i innych stron zainteresowanych, a w razie potrzeby wprowadzane są niezbędne działania doskonalące. Z istotnych działań sporządzane są udokumentowane informacje, o których mowa w pkt 7.5.

8.6. Zwolnienie produktów i usług.

Przed wydaniem produktu lub usługi klientowi lub innej stronie zainteresowanej odbywa się weryfikacja. Jeśli przepisy lub procedury nie stanowią inaczej, to autor produktu lub usługi potwierdza, datą i podpisem, spełnienie wymagań (na przykład na drugim egzemplarzu dokumentu, w notatce służbowej lub w systemie informatycznym). W przypadku osób nie działających z upoważnienia starosty, przeglądu przed wydaniem produktu lub usługi dokonuje również kierownik komórki organizacyjnej. Jego podpis jest równoznaczny z zapisem z przeglądu. Nie można wydać produktu lub usługi niekompletnej, niezgodnej z przepisami lub posiadającej inne wady oraz zatwierdzonej przez osobę nieuprawnioną.

8.7. Nadzór nad niezgodnymi wyjściami.

8.7.1. W celu zminimalizowania zagrożeń w realizacji procesów i zadań starostwa oraz monitorowania i ewidencjonowania niezgodności w przypadku ujawnienia produktu niezgodnego z wymaganiami oraz zapewnienia nadzoru nad produktem niezgodnym i wyeliminowania go z obrotu prawnego sporządza się raporty niezgodności na formularzu F6/KJ.

8.7.2. Potencjalny produkt niezgodny jest identyfikowany w szczególności w wyniku:

- a) postępowania administracyjnego (na przykład uchylenie decyzji, złożenie zasadnej skargi),
- b) postępowania cywilnego (na przykład nieprzestrzeganie zapisów umowy, negatywne orzeczenie w sprawie zamówień publicznych),
- c) kontroli zewnętrznej (na przykład stwierdzenie istotnej nieprawidłowości).

8.7.3. Pracownik, w tym pracownik kancelarii (rejestrujący przesyłki przychodzące), w przypadku pojawienia się potencjalnego produktu niezgodnego, wpisuje go do rejestru potencjalnych produktów niezgodnych na formularzu F7/KJ i informuje pełnomocnika ds. systemu zarządzania jakością.



Pełnomocnik odnotowuje potencjalny produkt niezgodny w rejestrze produktów niezgodnych na formularzu F8/KJ i powiadamia kierownika danej komórki organizacyjnej. Kierownik komórki ocenia potencjalny produkt niezgodny pod kątem jego zgodności z przepisami, zintegrowanym systemem zarządzania jakością i kontroli zarządczej, wymaganiami klienta i innych zainteresowanych stron i decyduje o sporządzeniu raportu niezgodności. W przypadku zakwalifikowania potencjalnego produktu jako produkt niezgodny sporządza się raport niezgodności na formularzu F6/KJ. Raport należy przekazać pełnomocnikowi, w terminie 14 dni od powiadomienia, drogą elektroniczną, lub w systemie informatycznym. W tym samym terminie należy poinformować pełnomocnika o niezaklasyfikowaniu produktu jako niezgodnego i odstąpieniu od sporządzenia raportu krótko to uzasadniając. W tym drugim przypadku nie sporządza się raportu, a pełnomocnik dokonuje odpowiedniego zapisu w rejestrze produktów niezgodnych.

8.7.4. Pełnomocnik w raporcie niezgodności odpowiednio kwalifikuje niezgodności, proponuje dodatkowe działania korygujące lub zapobiegawcze, albo ustala z kierownikiem komórki inny sposób postępowania. Pełnomocnik przekazuje raport z powrotem do komórki organizacyjnej drogą elektroniczną lub w systemie informatycznym, z możliwością wydruku w każdym czasie (wydruk musi być podpisany).

8.7.5. Pełnomocnik, w uzgodnionym z kierownikiem komórki organizacyjnej terminie i formie, dokonuje przeglądu postępowania z produktem niezgodnym i sporządza stosowny zapis w raporcie niezgodności.

9. Ocena efektów.

9.1. Monitorowanie, pomiary, analiza i ocena.

9.1.1. Postanowienia ogólne.

Przez monitorowanie należy rozumieć zorganizowany sposób obserwacji, który najczęściej jest ciągły i długoterminowy. Monitorowanie polega na systematycznym zbieraniu, analizowaniu ilościowych i jakościowych informacji na temat danego procesu i realizowanego zadania. Kierownicy komórek organizacyjnych:

- a) ustalają w formie ustnej lub pisemnej zasoby do monitorowania (kto jest odpowiedzialny, jakie wyposażenie jest niezbędne), punkty kontrolne (terminy, ilości) i sposób raportowania (kiedy przekazać lub sporządzić informację), biorąc pod uwagę kryteria, o których mowa w pkt. 4.1.3 i w organizacji procesów na rys. nr 2.,
- b) ustalają w formie ustnej lub pisemnej szczegółowe kryteria monitorowania dla realizowanego procesu, zadania, produktu lub usługi,
- c) co roku na przegląd systemu zarządzania, o którym mowa w pkt 9.3., przedkładają krótką informację z monitorowania celów, zadań, procesów i ryzyka w komórce organizacyjnej oraz spełnienia (bądź niespełnienia) kryteriów monitorowania.

9.1.2. Zadowolenie klienta.

9.1.2.1. Kierownicy komórek organizacyjnych co roku na przegląd systemu zarządzania, o którym mowa w pkt 9.3., składają krótką informację o skuteczności i efektywności załatwianych spraw, procesach komunikacyjnych i doskonaleniu jakości pracy w odniesieniu do zadowolenia klienta ze spełnienia realnych wymagań, o czym mowa w pkt 9.3.2.

9.1.2.2. Pełnomocnik ds. systemu zarządzania jakością wraz z koordynatorem kontroli zarządczej opracowują projekt ankiety badania jakości w starostwie, który zatwierdza starosta oraz opracowują



wyniki badania na przegląd systemu zarządzania, o którym mowa w pkt 9.3. Ankiety są udostępnione do wypełnienia w formie papierowej oraz w formie elektronicznej na stronie internetowej starostwa i w Biuletynie Informacji Publicznej. W siedzibach komórek organizacyjnych znajduje się informacja o możliwości wypełnienia ankiet zarówno w formie papierowej, jak i elektronicznej.

9.1.2.3. W zakresie przyjmowania skarg i wniosków sekretarz powiatu, który jest liderem tego procesu, analizuje treść pisma i ocenia według kryteriów określonych w kodeksie postępowania administracyjnego czy pismo jest skargą, według właściwość starostwa do rozpatrzenia skargi oraz uruchamia postępowanie wyjaśniające. Postępowanie wyjaśniające nie może być prowadzone przez komórkę organizacyjną lub pracownika starostwa, którego skarga dotyczy oraz pracownika, wobec którego osoba, której dotyczy skarga, pozostaje w stosunku nadrzędności służbowej. Odpowiedzi na skargę udziela się w terminie niezwłocznym, nie później jednak niż w ciągu 21 dni od daty wpływu do starostwa. Jeżeli skarga okaże się zasadna kierownik komórki organizacyjnej sporządza raport niezgodności, o którym mowa w pkt 8.7.2.

9.1.2.4. W oparciu o rozporządzenie w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków określone zostały następujące czynności niezbędne do realizacji tego procesu:

- a) przyjęcie skargi w formie ustnej odbywa się poprzez sporządzenie protokołu przez starostę, wicestarostę bądź sekretarza powiatu ewentualnie przez pracownika Wydziału Organizacyjnego odpowiedzialnego za organizację przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków,
- b) zapis dokumentujący przyjęcie skargi pisemnej bądź ustnej sporządza pracownik kancelarii ogólnej w rejestrze kancelaryjnym – jest on dostępny w kancelarii ogólnej,
- c) zapis dokumentujący dyspozycje zbadania skargi formułuje starosta, wicestarosta, sekretarz powiatu na skardze poprzez podpisanie i datowanie (tak zwana dekretacja),
- d) zapis z przeglądu (analizy) treści skargi i dokumentujący dyspozycje dotyczące rozpatrzenia skargi sporządza sekretarz powiatu na skardze i opatruje swoim podpisem i datą,
- e) zapis w rejestrze skarg sporządza pracownik Wydziału Organizacyjnego jednocześnie nadając skardze znak sprawy, zgodnie z instrukcją kancelaryjną,
- f) postanowienie o przekazaniu skargi według właściwości do jej rozpatrzenia, opracowuje pracownik wydziału organizacyjnego i podpisuje sekretarz powiatu, działając z upoważnienia starosty,
- g) zapisy dokumentujące przeprowadzenie czynności w postępowaniu wyjaśniającym sporządza pracownik prowadzący postępowanie w formie protokołu lub adnotacji w aktach skargi,
- h) projekt zawiadomienia o załatwieniu skargi opracowuje kierownik komórki organizacyjnej starostwa, opatrując go swoim podpisem i datą,
- i) zapisy z przeglądu sporządza sekretarz powiatu parafując projekt odpowiedzi, jako zgodny ze stanem faktycznym, a w razie nieobecności lub w razie niemożności pełnienia obowiązków przez sekretarza sprawę prowadzi pracownik wydziału organizacyjnego odpowiedzialny za organizację przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków,
- j) starosta, wicestarosta lub sekretarz powiatu swoim podpisem na dokumencie ostatecznie akceptuje treść zawiadomienia o załatwieniu skargi.

9.1.3. Analiza i ocena.

Analiza i ocena danych i informacji z monitorowania procesów i zadań przeprowadzana jest w komórkach organizacyjnych na bieżąco, w różnych formach, w ramach bieżącej działalności, a także cyklicznie w sprawozdaniach międzysesyjnych składanych przez kierowników komórek organizacyjnych do Wydziału Organizacyjnego 7 dni przed sesją rady powiatu oraz rocznie w trybie przeglądu systemu zarządzania, o którym mowa w pkt 9.3. Z analizy i oceny, jeśli jest to istotne lub wymagane, sporządza



się udokumentowaną informację, o której mowa w pkt 7.5.2.

9.2. Audit wewnętrzny.

9.2.1. Celem auditu wewnętrznego zintegrowanego systemu zarządzania jakością i kontroli zarządczej jest potwierdzenie zgodności działania starostwa z wymaganiami normy ISO 9001:2015, celami ustawowymi i standardami kontroli zarządczej oraz innymi przepisami prawa.

9.2.2. Pełnomocnik ds. systemu zarządzania jakością jest odpowiedzialny za zapewnienie wystarczającej liczby auditorów wewnętrznych, planowanie auditów wewnętrznych i nadzór nad ich wykonaniem. Auditorzy wewnętrzni zintegrowanego systemu zarządzania jakością i kontroli zarządczej są odpowiedzialni za wykonanie i udokumentowanie powierzonych im auditów w sposób rzetelny i profesjonalny. Koordynator kontroli zarządczej jest również auditorem.

9.2.3. Auditor wewnętrzny zintegrowanego systemu zarządzania jakością i kontroli zarządczej jest upoważniony do przetwarzania danych osobowych, ma prawo wstępu do komórek organizacyjnych starostwa oraz wglądu do wszelkich niezbędnych dokumentów, informacji i danych oraz do innych materiałów związanych z funkcjonowaniem starostwa w zakresie auditu, w tym w systemie informatycznym.

9.2.4. Kierownicy komórek organizacyjnych odpowiedzialni są za udostępnianie auditorom udokumentowanych informacji dotyczących spełnienia określonych wymagań i przeprowadzanie działań doskonalących, o których mowa w pkt 10.2.1., związanych z odnotowanymi niezgodnościami i spostrzeżeniami wynikającymi z auditu.

9.2.5. Pełnomocnik ds. systemu zarządzania jakością, planuje audyty wewnętrzne w określonych odstępach czasu w taki sposób, aby objąć nimi całą działalność w obszarze zintegrowanego systemu zarządzania jakością. W tym celu sporządza na formularzu F9/KJ program auditów wewnętrznych na dany rok kalendarzowy i przedstawia go do zatwierdzenia staroście do 28 lutego danego roku. W oparciu o program auditów pełnomocnik, wraz z koordynatorem kontroli zarządczej, ustala grafik auditów na formularzu F10/KJ, w formie elektronicznej, z możliwością wydruku w każdym czasie (wydruk musi być podpisany).

9.2.6. Nie później niż 7 dni przed planowanym auditem w danej komórce organizacyjnej pełnomocnik, ustala cel, zakres i termin auditu, wyznacza auditora lub auditorów, w tym auditora wiodącego, z którym ustala zadanie do auditowania i powiadamia zainteresowane strony o audicie oraz wystawia kartę auditu na formularzu F11/KJ. Dokumentacja auditów wewnętrznych jest również prowadzona w systemie informatycznym Qasystem – moduł SZJ – wewnętrzne audyty.

9.2.7. Audit wewnętrzny może przeprowadzać pełnomocnik osobiście, auditorzy wewnętrzni zintegrowanego systemu zarządzania, nie powiązani bezpośrednio z przedmiotem i podmiotem auditu, a także auditor zewnętrzny o odpowiednich kwalifikacjach. Wyznaczony auditor wiodący sporządza listę pytań kontrolnych na formularzu F12/KJ, obejmującą zakres auditu wyznaczony w karcie auditu.

9.2.8. Auditorzy przeprowadzają audit zbierając obiektywne dowody, potwierdzające zgodność lub niezgodność praktyki postępowania z wymaganiami. Notatki sporządzane są na liście pytań w formie tradycyjnej lub elektronicznej, z możliwością wydruku w każdym czasie (wydruk musi być podpisany). Auditor wiodący formułuje stwierdzone niezgodności i spostrzeżenia na karcie auditu, omawiając je z auditowanym i uzyskuje jego pisemne potwierdzenie na karcie auditu. W przypadku odmowy potwierdzenia niezgodności lub spostrzeżeń auditor sporządza notatkę na karcie auditu. Dopuszczalne



jest przeprowadzenie przez kierownika komórki organizacyjnej lub pracownika, w trakcie auditu, bieżących działań korekcyjnych, w celu wyeliminowania wykrytej niezgodności, co zostaje odnotowane przez auditora.

9.2.9. Najpóźniej 7 dni po zakończeniu auditu, auditor przekazuje pełnomocnikowi ds. systemu zarządzania jakością kartę auditu wraz z listą pytań i ewentualnymi notatkami oraz omawia z pełnomocnikiem wyniku auditu. Pełnomocnik dokonuje przeglądu zapisów w karcie auditu i pozostałej dokumentacji auditowej, z czego sporządza zapis, a następnie, w przypadku stwierdzonych niezgodności, podejmuje decyzję w sprawie podjęcia działań doskonalących, o których mowa w pkt 10.2.1. W przypadku spostrzeżeń pełnomocnik podejmuje decyzję co do dalszego postępowania z nimi i zawiadamia auditowaną komórkę drogą elektroniczną w ciągu 14 dni od auditu.

9.3. Przegląd zarządzania.

9.3.1. Postanowienia ogólne.

Starosta raz w roku przeprowadza przegląd zintegrowanego systemu zarządzania. Przegląd ma na celu podsumowanie zintegrowanego systemu zarządzania jakością i kontroli zarządczej, zapewnienie stałej przydatności, adekwatności, skuteczności oraz określenie ewentualnych zmian w systemie. Przegląd ma również umożliwić doskonalenie systemu oraz uzyskanie racjonalnego zapewnienia o stanie i funkcjonowaniu kontroli zarządczej. Racjonalne zapewnienie zakłada, że koszt funkcjonowania zintegrowanego systemu zarządzania jakością i kontroli zarządczej nie powinien przekraczać uzyskanych dzięki niemu korzyści. Zintegrowany system zarządzania jest ukierunkowany na to, że uzyskiwane są najlepsze efekty z danych nakładów przy optymalnym doborze metod i środków służących osiągnięciu założonych celów, a działania starostwa są:

- a) uporządkowane (celowe, dobrze zorganizowane, metodyczne),
- b) etyczne (powiązane z zasadami moralnymi),
- c) oszczędne i gospodarne,
- d) wydajne (pożądana ilość i jakość w stosunku do nakładów)
- e) skuteczne (wyniki odpowiadają celowi lub też oczekiwanym efektom),
- f) spójne z Polityką jakości i misją starostwa.

Kierownicy komórek organizacyjnych zobowiązani są do stosowania wyżej wymienionych zasad.

9.3.2. Dane wejściowe do przeglądu zarządzania.

Przegląd systemu zarządzania przeprowadzany jest do 28 lutego danego roku, zaś jego konkretny termin wyznacza starosta na wniosek pełnomocnika ds. systemu zarządzania jakością. Przygotowaniem danych wejściowych do przeglądu zajmuje się pełnomocnik ds. systemu zarządzania jakością, który pozyskuje informacje od kierowników komórek organizacyjnych, na formularzu F13/KJ, nie później niż do 31 stycznia danego roku za rok poprzedni. Na podstawie tych informacji pełnomocnik, wraz z koordynatorem, sporządza sprawozdanie z funkcjonowania zintegrowanego systemu zarządzania za poprzedni rok i przekazuje je staroście oraz kierownikom komórek organizacyjnych. Danymi wejściowymi do przeglądu zarządzania są w szczególności:

- a) informacja o realizacji celów i zadań określonych w planie celów i zadań oraz zarządzaniu ryzykiem przy ich realizacji,
- b) informacje z auditów wewnętrznych i zewnętrznych,
- c) informacja o sposobie i poziomie przeprowadzonych działań doskonalących,
- d) informacje z audytów i kontroli zewnętrznych,
- e) informacja dotycząca wyników ankietowego badania jakości, skarg i wniosków oraz samooceny



- zintegrowanego systemu zarządzania,
- f) informacja dotycząca liczby wydanych decyzji, postanowień, odwołań i zażaleń w związku z wydawanymi decyzjami administracyjnymi,
 - g) informacja z realizacji i monitorowania celów, zadań, procesów i ryzyka określonych w wykazie zadań, w tym stopień osiągnięcia celów, poziom spełnienia kryteriów, adekwatność zarządzania ryzykiem,
 - h) informacja o doskonaleniu kwalifikacji i kompetencji pracowników, w tym informacja o szkoleniach wewnętrznych i zewnętrznych,
 - i) informacja o skuteczności i efektywności załatwianych spraw, procesach komunikacyjnych i doskonaleniu jakości pracy w odniesieniu do zadowolenia klienta ze spełnienia realnych wymagań i informacjach zwrotnych od klientów,
 - j) sprawozdanie o wynikach podjętych działań, które wynikały z poprzedniego przeglądu zarządzania, prognoza zmian, mogących wpłynąć na system zarządzania i propozycje / zalecenia dotyczące doskonalenia systemu zarządzania.

9.3.3. Dane wyjściowe z przeglądu zarządzania.

Pełnomocnik ds. systemu zarządzania jakością, w terminie do 7 dni po przeglądzie systemu zarządzania, sporządza raport z przeglądu. Raport zawiera wytyczne działań w zakresie doskonalenia zintegrowanego systemu zarządzania jakością i kontroli zarządczej, w tym podnoszenia poziomu jakości świadczonych usług. W raporcie określa się między innymi terminy realizacji przyjętych działań oraz wykonawców. Pełnomocnik przedkłada raport staroście do zatwierdzenia oraz przekazuje kopię raportu kierownikom komórek organizacyjnych drogą elektroniczną.

10. Doskonalenie.

10.1. Postanowienia ogólne.

Warunkiem realizacji zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy, przy jednoczesnym zorientowaniu na zadowolenie klienta i innych stron zainteresowanych z uzyskanego produktu lub usługi, jest systematyczne doskonalenie i monitorowanie zintegrowanego systemu zarządzania.

10.2. Niezgodności i działania korygujące.

10.2.1. Przy niekorzystnych sytuacjach mogących wpłynąć na wynik systemu zarządzania lub istotnym ryzyku, albo wystąpieniu niezgodności, w tym nieprawidłowości ujawnionych podczas samokontroli lub kontroli funkcjonalnej, niezgodności ujawnionych podczas auditów wewnętrznych lub audytów i kontroli zewnętrznych, oceniane są potrzeby uruchomienia działań doskonalących:

- a) korekcyjnych: podejmowanych w celu wyeliminowania wykrytej niezgodności,
- b) korygujących: podejmowanych jeżeli powtórzenie się niezgodności z tych samych przyczyn oddziaływałoby w sposób negatywny na zintegrowany system zarządzania,
- c) zapobiegawczych: podejmowanych w celu wyeliminowania przyczyny potencjalnej niezgodności, ryzyka lub innej potencjalnej sytuacji niepożądaney.

10.2.2. Działania doskonalące może zainicjować kierownik komórki organizacyjnej lub pełnomocnik ds. systemu zarządzania jakością wraz z koordynatorem kontroli zarządczej, sporządzając kartę działań doskonalących na formularzu F14/KJ lub w systemie informatycznym.



10.2.3. Kierownik komórki organizacyjnej przesyła kartę działań doskonalących pełnomocnikowi ds. systemu zarządzania jakością drogą elektroniczną lub zgłasza działanie w systemie informatycznym Qasystent – moduł SZJ – działania doskonalące.

10.2.4. Pełnomocnik ds. systemu zarządzania jakością, w porozumieniu z koordynatorem kontroli zarządczej, akceptuje działania doskonalące pod kątem wymagań zintegrowanego systemu zarządzania lub uzgadnia zmiany z kierownikiem danej komórki organizacyjnej. Po akceptacji lub uzgodnieniu pełnomocnik uzyskuje podpis kierownika komórki organizacyjnej i przekazuje kartę działań doskonalących staroście do zatwierdzenia. Zatwierdzoną kartę pełnomocnik przekazuje kierownikowi komórki organizacyjnej za potwierdzeniem odbioru lub w systemie informatycznym. W przypadku niezatwierdzenia działań przez starostę pełnomocnik dokonuje zapisu na karcie stosując się do poleceń starosty. Kierownik komórki organizacyjnej wdraża zatwierdzone działania, a po ich zakończeniu wynik zapisuje na karcie lub w systemie informatycznym i przekazuje pełnomocnikowi, który stwierdza zrealizowanie działania lub inicjuje podjęcie kolejnego działania.

10.2.5. Podczas auditu, wyznaczony auditor sprawdza wykonanie działań doskonalących w komórce, z czego sporządza odpowiedni zapis na karcie lub w systemie informatycznym. Skuteczność działań doskonalących wiąże się z potwierdzeniem wyeliminowania lub ograniczenia (na przykład poprzez stosowanie odpowiedniego nadzoru) niezgodności lub ryzyka. Wyniki z przeprowadzonych działań pełnomocnik przedstawia staroście w sprawozdaniu na przegląd systemu zarządzania i na bieżąco w razie potrzeby.

10.3. Ciągłe doskonalenie.

Ciągłe doskonalenie polega w szczególności na:

- a) podnoszeniu kwalifikacji i kompetencji pracowników,
- b) wyciąganiu wniosków z monitorowania, nadzorowania zadań i procesów oraz auditów i audytów wewnętrznych, kontroli i audytów zewnętrznych,
- c) przeprowadzaniu działań doskonalących,
- d) pozyskiwaniu informacji zwrotnej od klientów i innych stron zainteresowanych,
- e) zaangażowaniu wszystkich pracowników starostwa, niezależnie od szczebla, w stałe poszukiwanie pomysłów udoskonalenia procesów i zadań w celu eliminowania bieżących problemów, zapobieganie występowaniu ich w przyszłości, a także powstawanie innowacyjnych rozwiązań zgodnych z obowiązującymi przepisami prawa i procedurami obowiązujących w starostwie,
- f) zachęcaniu pracowników do zgłaszania rozwiązań mających na celu usprawnienie zintegrowanego systemu zarządzania jakością i kontroli zarządczej między innymi w formie samooceny zintegrowanego systemu zarządzania oraz zgłaszania postulatów i uwag w systemie Qasystent – moduł KW – komunikacja wewnętrzna – skrzynka pomysłów i uwag.

Działania doskonalące są omawiane między innymi na corocznym przeglądzie systemu zarządzania, a także w terminach ustalonych indywidualnie przez starostę. Z najistotniejszych działań sporządza się udokumentowane informacje, o których mowa w pkt 7.5.2.

11. Wykaz formularzy.

W tabeli nr 5 przedstawiono wykaz formularzy do Zintegrowanej Księgi Jakości. Formularze zawarto w załączniku nr 2 do zarządzenia starosty w sprawie Zintegrowanego systemu zarządzania jakością i kontroli zarządczej. Aktualność i adekwatność formularzy do Zintegrowanej księgi jakości zapewniają pełnomocnik ds. systemu zarządzania jakością i koordynator kontroli zarządczej.



Starostwo Powiatowe
w Kartuzach

**SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ
ISO 9001:2015
Zintegrowana Księga Jakości**

**Indeks
KJ**

Załącznik nr 1
do zarządzenia Nr 485/2023
Starosty Kartuskiego z dnia 13.01.2023r.
w sprawie Zintegrowanego systemu
zarządzania jakością i kontroli zarządczej

Tabela nr 5

Lp.	Indeks formularza	Nazwa formularza	Pkt Zintegrowanej Księgi Jakości / strona
1	2	3	4
1	F1/KJ	Oświadczenie o stanie zintegrowanego systemu zarządzania jakością i kontroli zarządczej	5.1.1. / s. 8
2	F2/KJ	Plan celów i zadań	6.1.3. / s. 10, 6.2.2. / s. 12
3	F3/KJ	Zbiorcze zestawienie celów i zadań z rejestrem ryzyka	6.1.3. / s. 10, 6.2.6. / s. 13
4	F4/KJ	Rejestr potencjalnych skutków oraz czynników, źródeł i obszarów ryzyka	6.1.3. / s.10
6	F5/KJ	Wzór wniosku lub formularza	7.5.6. / s. 17
7	F6/KJ	Raport niezgodności	8.7.1. / s. 22, 8.7.3. / s. 23
8	F7/KJ	Rejestr potencjalnych produktów niezgodnych	8.7.3. / s. 22
9	F8/KJ	Rejestr produktów niezgodnych	8.7.3. / s. 22
10	F9/KJ	Program auditów wewnętrznych	9.2.5. / s. 25
11	F10/KJ	Grafik auditów wewnętrznych	9.2.5. / s. 25
12	F11/KJ	Karta auditu wewnętrznego	9.2.5. / s. 25
13	F12/KJ	Wzór listy pytań do auditu wewnętrznego	9.2.6. / s. 25
14	F13/KJ	Dane na przegląd systemu zarządzania	9.3.2. / s. 26
15	F14/KJ	Karta działań doskonalących	10.2.1. / s. 27