

KSIEGA JAKOŚCI



Egzemplarz nr: 0

Edycja: II

Wersja: I

	Imię i nazwisko	Data	Podpis
Opracował	Beata Szambora	08.06.2018	
Sprawdził	Ewelina Lewicka	14.06.2018	
Zatwierdził	Agata Świderska-Ostapiak	15.06.2018	

Nowa Sól, czerwiec 2018

	KSIĘGA JAKOŚCI	Edycja II Wersja: I/2018
		Strona: 1/39

0.1 SPIS TREŚCI	1
0.2 Karta nowelizacji Księgi Jakości	3
1. PREZENTACJA FIRMY	5
1.1 Nazwa, adres oraz status prawny	5
1.2 Historia, przedmiot i zakres działania	5
1.3 Struktura organizacyjna i zatrudnienie.....	5
1.4 Deklaracja Kierownictwa.....	6
1.5 Dokumenty związane	6
2. ZARZĄDZANIE KSIĘGĄ JAKOŚCI	7
2.1 Redagowanie i zatwierdzanie	7
2.2 Ewidencja i rozpowszechnianie	7
2.3 Aktualizacja	8
2.4 Przechowywanie i archiwizowanie.....	8
2.5 Dokumenty związane	8
3. TERMINOLOGIA	9
3.1 Definicje	9
3.2 Skróty	14
3.3 Dokumenty związane	14
4. SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ	14
4.1 Kontekst Organizacji	14
4.2 Potrzeby i oczekiwania stron zainteresowanych.....	15
4.3 System Zarządzania Jakością i jego procesy.....	16
4.4 Dokumenty związane	18
5. PRZYWÓDZTWO	19
5.1 Przywództwo i zaangażowanie.....	19
5.2 Orientacja na Klienta	20
5.3 Polityka Jakości	20
5.4 Rola, odpowiedzialność, uprawnienia w Organizacji	22
5.5 Dokumenty związane.....	22
6. PLANOWANIE.....	23
6.1 Działania odnoszące się do ryzyk i szans.....	23
6.2 Cele jakościowe i planowanie ich osiągnięcia.....	24
6.3 Planowanie zmian.....	24
6.4. Dokumenty związane.....	24
7. WSPARCIE.....	25
7.1 Zaopatrzenie w zasoby.....	25
7.2 Ludzie	25
7.3 Komunikacja	26
7.4 Infrastruktura.....	26
7.5 Zasoby do monitorowania i pomiarów.....	26
7.6 Środowisko pracy.....	26
7.7 Dokumenty związane	27
7.8 Dokumentacja Systemu Jakości.....	27
7.9 Wiedza w Organizacji	28

8. DZIAŁANIA OPERACYJNE	30
8.1 Planowanie i nadzór nad działaniami operacyjnymi.....	30
8.2 Wymagania dotyczące świadczonych usług.....	30
8.3 Projektowanie i rozwój wyrobów i usług	30
8.4 Nadzór nad procesami, wyrobami i usługami dostarczany z zewnątrz.....	31
8.5 Dostarczanie usługi.....	31
8.6 Zwolnienie usługi.....	33
8.7 Nadzór nad niezgodnymi wyjściami.....	33
8.8 Dokumenty związane.....	33
9. OCENA EFEKTÓW DZIAŁANIA.....	34
9.1 Monitorowanie i pomiary.....	34
9.2 Wewnętrzne audyty jakości	35
9.3 Przegląd Systemu Zarządzania Jakością	35
9.4 Dokumenty związane.....	36
10. DOSKONALENIE.....	37
10.1 Postanowienia ogólne.....	37
10.2 Niezgodności i działania korygujące.....	37
10.3 Ciągłe doskonalenie.....	37
10.4 Dokumenty związane.....	38
11 INFORMACJE DODATKOWE	39
11.1 Wydawca	39
11.2 Przegląd Księgi Jakości	39
11.3 Autorzy Księgi Jakości	39
11.4 Rozdzielnik Księgi Jakości	39
11.5 Załączniki	39

	KSIĘGA JAKOŚCI	Edycja II Wersja: I/2018
		Strona: 3/39

0.2 Karta nowelizacji Księgi Jakości

KARTA NOWELIZACJI KSIĘGI JAKOŚCI – Edycja I					
Lp.	Rozdział	Strona	Data	Treść zmiany i poprawki	Podpis
1	-----	-----	22.08.2007	Zmiana logo Organizacji w całej Księdze Jakości	
2	1.2	4/29	22.08.2007	Rozszerzono zakres działania Organizacji - laboratorium	
3	2.3 5)	7/29	22.08.2007	Poprawnie wpisano nr procedury	
4	3.3.	9/29	22.08.2007	Zaktualizowano normę	
5	4.2	10/29	22.08.2007	Zmieniono zakres SZJ	
6	7.5	23/29	22.08.2007	Dodano zapis	
7	7.5 1)	23/29	22.08.2007	Dodano zapis	
8	9.3 2)	29/29	22.08.2007	Zmiana składu zespołu	
9	1.2	4/29	22.08.2007	Zmiana właścicieli Spółki	
10	-----	-----	19.10.2009	Wprowadzenie zmian wynikających z wymagań normy ISO 9001:2008	
11	2.2 3)	6/28	14.06.2010	Dodano na końcu zdania: i Załączniku nr 6	
12	9.5 Nr 6	28/28	14.06.2010	Dodano na końcu zdania: i Procedur	
13	3.1 i 3.3	8,9/28	14.11.2010	Ujednolicono w całym dokumencie oznaczenia norm na ISO 9000:2005 i ISO 9001:2008	
14	nagłówek	1-28	22.10.2012	Zmieniono w nagłówku wersję z III na IV	
15	4.2	10	22.10.2012	Zmiana zakresu Systemu Zarządzania Jakością Punkt 4.3 otrzymuje brzmienie: System Zarządzania Jakością zgodny z normą ISO 9001:2008 obejmuje Laboratorium Zakładowe Organizacji i dotyczy badań fizykochemicznych wody i ścieków. W związku ze specyfiką działalności Organizacji z zakresu SZJ dokonano wyłączenia punktu 7.3. „Projektowanie i rozwój”.	
16	5.4 2.2)	16	22.10.2012	Punkt 5.4 otrzymuje brzmienie: 2.2) Cele i mierniki skuteczności ich osiągania są spójne z opublikowaną Polityką Jakości. Cele operacyjne określone na podstawie celów strategicznych i mierniki realizacji tych celów są przedstawione w Załączniku nr 2 , a mierniki realizacji procesów SZJ zapisane są w Załączniku nr 3 .	

	KSIĘGA JAKOŚCI	Edycja II
		Wersja: I/2018
		Strona: 4/39

17	5.3	15	15.01.2016	W pkt. 5.3 Polityka Jakości na końcu dodano zapis „Organizacja zobowiązuje się do ciągłego doskonalenia obowiązującego Systemu Zarządzania Jakością.”	
18	6.2 1	19	15.01.2016	W pkt. 6.2 Zasoby ludzkie, ppkt 1 Postanowienia ogólne, na końcu dodano zapis „Pracownicy zatrudnieni w Laboratorium Zakładowym Organizacji znają zapisy normy ISO 9001:2008 oraz wszystkich obowiązujących dokumentów Systemu Zarządzania Jakością. Szczegółowe wymagania określone są przez Prezesa Zarządu w zakresie obowiązków danego pracownika, a dla osób nowo zatrudnianych w ogłoszeniu o naborze.”	
19	-----	-----	15.06.2018	W związku z koniecznością dostosowania SZJ w Organizacji do wymagań zawartych w normie ISO 9001:2015 Księga Jakości została zmieniona w całości.	

KARTA NOWELIZACJI KSIĘGI JAKOŚCI – Edycja II

Lp.	Rozdział	Strona	Data	Treść zmiany i poprawki	Podpis

	KSIĘGA JAKOŚCI	Edycja II Wersja: I/2018
		Strona: 5/39

1. PREZENTACJA FIRMY

1.1. Nazwa, adres



1.2. Historia, przedmiot i zakres działania

Miejski Zakład Gospodarki Komunalnej spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Nowej Soli jest spółką prawa handlowego, której udziałowcami są Gmina Nowa Sól – Miasto, Gmina Nowa Sól oraz Gmina Otyń. MZGK jako Spółka rozpoczął działalność z dniem 01.09.2004r., jednak firma posiada ponad kilkudziesięcioletnią historię. W sierpniu 1945r. został utworzony Miejski Zakład Użyteczności Publicznej, który przejął do eksploatacji istniejące na terenie miasta Nowa Sól urządzenia wodociągowe i kanalizacyjne. Z biegiem lat zakład był wielokrotnie przekształcany, rozszerzał również zakres swojej działalności.

Obecnie MZGK sp. z o.o. prowadzi działalność w zakresie:

- a) zbiorowego zaopatrzenia w wodę mieszkańców miasta Nowa Sól oraz mieszkańców Ciepłowa i Nowego Żabna w Gminie Nowa Sól;
- b) zbiorowego odbioru ścieków od mieszkańców miasta Nowa Sól, mieszkańców Rudna, Kiełcza, Wrociszowa, Lubieszowa, Ciepłowa i Nowego Żabna w Gminie Nowa Sól, mieszkańców Otynia i Modrzycy w Gminie Otyń;
- c) hurtowego zaopatrzenia w wodę mieszkańców Lubieszowa, Wrociszowa, Starego Stawu, Rudna, Kiełcza i Starej Wsi w Gminie Nowa Sól;
- d) hurtowego odbioru ścieków od mieszkańców Konradowa i Zakęcia w Gminie Otyń;
- d) utrzymywania i eksploatacji urządzeń i sieci wodociągowej i kanalizacyjnej;
- e) działalności laboratoryjnej;
- f) usług budowlanych (roboty drogowe) oraz budowy przyłączy do sieci wodociągowej i kanalizacyjnej.

1.3. Struktura organizacyjna i zatrudnienie

Struktura organizacyjna została przedstawiona na schemacie stanowiącym **Załącznik Nr 1** do Księgi Jakości.

	KSIĘGA JAKOŚCI	Edycja II Wersja: I/2018
		Strona: 6/39

1.4. Deklaracja Kierownictwa

Podejmując decyzję o wdrożeniu Systemu Zarządzania Jakością zgodnego z normą ISO 9001:2015, Prezes Zarządu złożył deklarację odnośnie Polityki Jakości. Jej treść jest rozpowszechniana przez Prezesa Zarządu wśród personelu Organizacji.

1.5. Dokumenty związane

Akty założycielskie i rejestrowe.

	KSIĘGA JAKOŚCI	Edycja II Wersja: I/2018
		Strona: 7/39

2. ZARZĄDZANIE KSIĘGĄ JAKOŚCI

Przedmiotem Księgi Jakości są zasady funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością oraz powiązania występujących w nim procesów.

2.1 Redagowanie i zatwierdzanie

1. Układ redakcyjny Księgi obejmuje:
 - a) punkty – oznaczane kolejnymi liczbami arabskimi,
 - b) podpunkty – oznaczane dwoma kolejnymi liczbami arabskimi, z których pierwsza oznacza numer punktu, a druga kolejny podpunkt,
 - c) wyodrębnione tematy występujące w podpunkcie – oznaczane są kolejnymi liczbami arabskimi bądź kolejnymi literami alfabetu.
2. Na końcu każdego punktu znajduje się podpunkt dotyczący dokumentów związanych z treścią danego punktu.
3. W nagłówku każdej strony umieszczane są następujące elementy: logo, tytuł dokumentu (Księga Jakości), numer edycji, numer wersji, numer strony, łączna liczba stron.
4. Księgę Jakości zatwierdza Prezes Zarządu.

2.2 Ewidencja i rozpowszechnianie

1. Użytkowników Księgi Jakości określa Prezes Zarządu.
2. Wszystkie egzemplarze Księgi Jakości są rejestrowane. Numer egzemplarza znajduje się na stronie tytułowej. Egzemplarz „0” jest egzemplarzem podstawowym, z którego Pełnomocnik ds. SZJ powiela pozostałe egzemplarze (w razie zaistnienia takiej potrzeby).
3. Księgę Jakości rozpowszechnia Pełnomocnik ds. SZJ. W formie elektronicznej Księga Jakości jest dostępna dla każdego pracownika Organizacji na stronie internetowej www.mzgkns.pl/ksiega-jakosci.html. W formie papierowej (kopie egzemplarza „0”) Księgę Jakości Pełnomocnik udostępnia w uzasadnionych przypadkach i fakt ten odnotowuje w Załączniku nr 6.
4. Udostępnianie Księgi Jakości osobom lub instytucjom zewnętrznym odbywa się tylko za zgodą i na zasadach określonych przez Prezesa Zarządu (egzemplarz ten nie podlega aktualizacji i jest opatrzony adnotacją „Egzemplarz nie nadzorowany”).
5. Odbiorca Księgi Jakości w formie papierowej potwierdza jej odbiór.
6. Zabronione jest kopiowanie, udostępnianie i rozpowszechnianie Księgi Jakości lub jej fragmentów bez zgody Prezesa Zarządu.

2.3 Aktualizacja

1. Zmiany w Księdze Jakości wprowadza Pełnomocnik ds. SZJ i zatwierdza Prezes Zarządu.
2. Wprowadzanie zmian w Księdze Jakości następuje poprzez wymianę stron na nowe zawierające zmienioną treść z podaniem daty, edycji i wersji, strony
3. Każda zmiana rejestrowana jest w Karcie nowelizacji Księgi Jakości. Kartę prowadzi Pełnomocnik ds. SZJ.
4. Decyzję o nowej edycji Księgi Jakości podejmuje Prezes Zarządu.
5. Zasady wprowadzania i oznaczania zmian określa procedura P6-01 Nadzór nad udokumentowanymi informacjami.

2.4 Przechowywanie i archiwizowanie

1. Za przechowywanie i archiwizowanie Księgi Jakości odpowiedzialny jest Pełnomocnik ds. SZJ.
2. Do obowiązków Pełnomocnika ds. SZJ w zakresie archiwizowania Księgi Jakości należy przechowywanie egzemplarza nr „0” wszystkich kolejnych wydań wraz z wprowadzonymi zmianami.

2.5 Dokumenty związane

1. Schemat organizacyjny

	KSIĘGA JAKOŚCI	Edycja II Wersja: I/2018
		Strona: 9/39

3. TERMINOLOGIA

3.1 Definicje

1. Definicje i terminy zastosowane w Księdze Jakości są zgodne z normą ISO 9000:2015 – Systemy zarządzania jakością - podstawy i terminologia.
2. Poniżej podano definicje wybranych terminów występujących w niniejszej Księdze.

Audit - systematyczny, niezależny i udokumentowany proces uzyskiwania dowodu z auditu oraz jego obiektywnej oceny w celu określenia stopnia spełnienia kryteriów auditu.

Bezpieczeństwo – stan bez zagrożenia, w którym nie powinny występować zdarzenia prowadzące do urazów, uszkodzeń i degradacji środowiska. Jest to stan przeciwny do niebezpieczeństwa i ryzyka; uwolnienie od nieakceptowalnego ryzyka.

Cel dotyczący jakości – przedmiot starań lub zamierzeń, w odniesieniu do jakości.

Dokument – wyraz myśli ludzkiej ustalony na nośniku materialnym lub elektronicznym przeznaczony do rozpowszechniania

Doskonalenie jakości – część zarządzania jakością ukierunkowana na podniesienie możliwości spełnienia wymagań dotyczących jakości.

Dostawca – organizacja lub osoba fizyczna dostarczająca wyrób Organizacji.

Dostawca kwalifikowany – dostawca posiadający status kwalifikowanego po wykazaniu jego zdolności do spełnienia wyspecyfikowanych wymagań.

Działanie korygujące - działanie w celu wyeliminowania przyczyn wykrytej niezgodności lub innej niepożądanej sytuacji

Efektywność (wydajność) – relacja między osiągniętymi wynikami a wykorzystanymi zasobami.

Identyfikowalność - zdolność do prześledzenia historii, zastosowania lub lokalizacji, tego co jest przedmiotem rozpatrywania.

Informacja – znaczące dane.

Infrastruktura – system urządzeń, wyposażenia i obsługi niezbędny do działania Organizacji.

Jakość - stopień, w jakim zestaw naturalnych właściwości spełnia wymagania.

Kompetencje – już posiadane przez pracownika umiejętności, wiedza, zdolności i chęć do działania.

Konkurenci - inne organizacje, które konkurują z daną Organizacją o zasoby, najczęściej o pieniądze Klientów, siłę roboczą wysokiej jakości.

Konserwacja urządzenia – działania mające na celu zmniejszenie jego zużycia i utrzymanie w należytej czystości.

Kontekst organizacji - jest to kombinacja takich czynników zewnętrznych i wewnętrznych, które wpływają na podejście organizacji do sposobu, w jaki dostarcza produkty i usługi swoim Klientom.

Czynniki zewnętrzne mogą obejmować na przykład czynniki kulturowe, społeczne, polityczne, prawne, regulacyjne, finansowe, technologiczne, ekonomiczne oraz otoczenie konkurencyjne na poziomie międzynarodowym, krajowym, regionalnym i lokalnym.

Czynniki wewnętrzne zwykle obejmują kulturę organizacji, styl zarządzania, strukturę organizacyjną, technologie, systemy informacyjne, procesy decyzyjne (zarówno formalne, jak i nieformalne).

Kontrola - ocenianie zgodności przez obserwację i orzecznictwo w połączeniu – odpowiednio z pomiarami, przeprowadzaniem badań lub stosowaniem sprawdzianów.

Korekcja - działanie w celu wyeliminowania wykrytej niezgodności.

Kontrola metrologiczna – zbiór operacji wymaganych do zapewnienia, że wyposażenie pomiarowe jest zgodne z wymaganiami związanymi z jego zamierzonym użyciem.

Legalizacja - sprawdzenie, stwierdzenie i poświadczenie dowodem legalizacji, że przyrząd pomiarowy spełnia wymagania określone we właściwych przepisach („Prawo o miarach”: 2001).

Likwidowanie – działanie wobec wyrobu niezgodnego w celu uniemożliwienia jego pierwotnie niezamierzonego użycia.

Monitorowanie - polega na określeniu statusu czegoś, co obejmuje obserwację, nadzorowanie, prowadzenie przeglądów; może obejmować pomiary lub prowadzenie testów w określonych odstępach czasu, szczególnie po to, aby wyregulować lub kontrolować.

Nadanie statusu – wyraźne oznaczenie wyrobu lub dokumentu podlegającego przeglądowi, które jednoznacznie potwierdza spełnienie przez niego określonych wymagań.

Najwyższe Kierownictwo – osoba lub grupa osób, które na najwyższym szczeblu kierują obszarem SZJ i go nadzorują.

Naprawa – działanie wobec wyrobu niezgodnego, aby uczynić go możliwym do przyjęcia do zamierzonego użycia.

Nie zgodność - niespełnienie wymagania.

Obszar SZJ – grupa ludzi i infrastruktura, z przypisaniem odpowiedzialności, uprawnień i powiązań objęta SZJ.

Organizacja – grupa ludzi i infrastruktura, z przypisaniem odpowiedzialności, uprawnień i powiązań.

Partnerzy strategiczni - grupa organizacji współpracujących ze sobą w ramach wspólnego przedsięwzięcia. Sojusze strategiczne pomagają firmom zdobywać doświadczenie, którego im brakuje, od innych firm.

Planowanie jakości – część zarządzania jakością ukierunkowana na ustalenie celów dotyczących jakości i określająca procesy operacyjne i związane z nimi zasoby niezbędne do osiągnięcia celów dotyczących jakości.

Polityka jakości - ogół zamierzeń i ukierunkowanie organizacji dotyczące jakości, formalnie wyrażone przez Najwyższe Kierownictwo.

Pomiary - oznaczają określenie wartości, np. fizyczna ilość, wielkość czy wymiary (np. stosując wyposażenie pomiarowe).

Proces – zbiór wzajemnie powiązanych lub wzajemnie oddziałujących działań, które przekształcają wejścia w wyjścia.

Próbka – część jakiejś substancji, materiału lub wyrobu przekazana do badań.

Przegląd - działanie w celu określenia przydatności, adekwatności, skuteczności i wydajności przedmiotu rozważań do osiągnięcia ustalonych celów.

Przegląd Zarządzania – formalna ocena stanu Systemu Jakości oraz jego adekwatności do Polityki Jakości i jej celów przeprowadzana przez Najwyższe Kierownictwo.

Ryzyko - efekt niepewności; efekt ten jest odchyleniem od wartości oczekiwanej – pozytywnym lub negatywnym.

Ryzyko zawodowe – prawdopodobieństwo wystąpienia niepożądanych zdarzeń związanych z wykonywaną pracą, powodujących straty, w szczególności wystąpienia u pracowników niekorzystnych skutków zdrowotnych w wyniku zagrożeń zawodowych występujących w środowisku pracy lub sposobu wykonywania pracy.

Skuteczność - stopień w jakim planowane działania są zrealizowane a planowane wyniki osiągnięte.

	KSIĘGA JAKOŚCI	Edycja II Wersja: I/2018
		Strona: 12/39

Specyfikacja - dokument, w którym podano wymagania.

Strona zainteresowana – osoba lub organizacja, która może wpływać na Organizację, może od niej zależeć lub postrzega siebie w taki sposób, że ma wpływ na podejmowane decyzje lub działalność.

Przykład: Klienci, właściciele, ludzie w Organizacji, dostawcy (3.2.5), banki, regulatorzy, związki zawodowe, partnerzy czy społeczeństwo, które może obejmować konkurentów lub grupy interesu.

Struktura organizacyjna – przypisanie odpowiedzialności, uprawnień i powiązań między ludźmi.

System Zarządzania Jakością – system zarządzania do kierowania Organizacją i jej nadzorowania w odniesieniu do jakości.

Szansa - zbiór okoliczności, które sprawiają, że możliwe staje się zrobienie czegoś. Skorzystanie lub nieskorzystanie z tych możliwości odzwierciedla różny poziom ryzyka.

Szkolenie – synonim kursu, stażu, konferencji naukowej, studiów podyplomowych.

Szkolenie stanowiskowe – szkolenie obejmujące zakres przepisów i obowiązków na określonym stanowisku pracy.

Szkolenie wewnętrzne – szkolenie przeprowadzane wewnątrz obszaru SZJ prowadzone przez szkoleniowca wewnętrznego.

Szkolenie zewnętrzne – szkolenie odbywające się na zewnątrz obszaru SZJ lub prowadzone przez szkoleniowca zewnętrznego na terenie Organizacji.

Środki ochrony indywidualnej – środki przeznaczone do ochrony człowieka przed czynnikami niebezpiecznymi i szkodliwymi występującymi w środowisku pracy. Zalicza się do nich odzież ochronną i środki ochrony kończyn dolnych i górnych, głowy, twarzy i oczu, układu oddechowego, słuchu.

Środowisko pracy - zestaw warunków w jakich praca jest wykonywana.

Udokumentowana informacja – informacja, która powinna być nadzorowana i utrzymywana przez Organizację oraz nośnik, na jakim jest zawarta.

Udokumentowana informacja dotycząca jakości – dokument, w którym przedstawiono uzyskane wyniki lub dowody z przeprowadzonych działań; tam, gdzie informacja zazwyczaj nie stanowi przedmiotu, który podlega zmianom (np. zapisy) organizacja musi przechowywać tę informację.

	KSIEGA JAKOŚCI	Edycja II Wersja: I/2018
		Strona: 13/39

Walidacja – potwierdzenie, poprzez przedstawienie dowodu obiektywnego, że zostały spełnione wymagania dotyczące konkretnego, zamierzonego użycia lub zastosowania.

Walidacja metod - potwierdzenie, przez sprawdzenie i przedstawienie obiektywnego dowodu, że zostały spełnione wymagania dotyczące konkretnego zastosowania metody pomiarów.

Warunki odniesienia - warunki użytkowania przewidziane do badania przyrządu pomiarowego lub do wzajemnego porównywania wyników pomiarów (VIM).

Weryfikacja - potwierdzenie, poprzez przedstawienie dowodu obiektywnego, że zostały spełnione wyspecyfikowane wymagania.

Wiedza - zasób, którego organizacja potrzebuje do wsparcia procesów systemu zarządzania jakością oraz do zapewnienia, że wyroby i usługi będą zgodne z odnoszącymi się do nich wymaganiami.

Wymagania – potrzeba lub oczekiwanie, które zostało ustalone, przyjęte zwyczajowo lub jest obowiązkowe.

Wyposażenie pomiarowe – przyrząd pomiarowy, oprogramowanie, wzorzec jednostki miary, materiał odniesienia lub aparatura pomocnicza lub ich kombinacja, niezbędne do przeprowadzenia procesu pomiarowego.

Wyrób - wynik procesu; produkt lub usługa.

Wymaganie – potrzeba lub oczekiwanie, które zostało ustalone, przyjęte zwyczajowo lub jest obowiązkowe.

Weryfikacja - potwierdzenie, poprzez przedstawienie dowodu obiektywnego, że zostały spełnione wyspecyfikowane wymagania.

Wzorcowanie - zbiór działań ustalających, w określonych warunkach, zależność między wartościami wskazanymi przez przyrząd pomiarowy lub układ odniesienia albo reprezentowanymi przez materialną miarę lub przez materiał odniesienia, a odpowiadającymi im wielkościami, urzeczywistnionymi przez wzorzec jednostki miary (VIM).

Wzorzec odniesienia jednostki miary - wzorzec jednostki miary, zazwyczaj o najwyższej jakości metrologicznej dostępnej na danym terenie, na którym z tego wzorca biorą początek wszelkie pomiary (VIM).

Zadowolenie Klienta – percepcja Klienta dotycząca stopnia, w jakim jego wymagania zostały spełnione.

	KSIĘGA JAKOŚCI	Edycja II Wersja: I/2018
		Strona: 14/39

Zapis - dokument, w którym przedstawiono uzyskane wyniki lub dowody przeprowadzonych działań.

Zarządzanie jakością – skoordynowane działania dotyczące kierowania Organizacją i nadzorowania w odniesieniu do jakości.

3.2 Skróty

Organizacja – Miejski Zakład Gospodarki Komunalnej sp. z o.o. w Nowej Soli

SZJ – System Zarządzania Jakością

3.3 Dokumenty związane

1. Norma ISO 9000:2015 - Systemy zarządzania jakością - podstawy i terminologia
2. Norma ISO 9001:2015 - Systemy zarządzania jakością - wymagania

4. SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

4.1 Kontekst Organizacji

Określono wymagania, potrzeby i oczekiwania Klientów, którzy płacą za wykonane usługi. Na tej podstawie określono czynniki zewnętrzne i wewnętrzne, które wpływają negatywnie lub pozytywnie na spełnianie przez Spółkę tych wymagań, potrzeb i oczekiwań.

Do czynników wewnętrznych zaliczono m.in.:

- a) lokalizację Laboratorium Zakładowego;
- b) styl zarządzania i atmosferę w pracy;
- c) dostęp do Internetu;
- d) kompetencje personelu.

Do czynników zewnętrznych zaliczono m.in.:

- a) otoczenie ekonomiczne (% PKB, inflacja wpływająca na wzrost kosztów bieżącej działalności, rynek pracy w Nowej Soli – na rynku lokalnym i stopa bezrobocia);
- b) otoczenie polityczno-prawne, które ma wpływ na istnienie oraz na sposób działania Spółki;
- c) otoczenie techniczne i trendy w tym zakresie, m.in. wprowadzenie w Spółce elektronicznego obiegu dokumentów, zbudowanie portalu usług elektronicznych;
- d) otoczenie ekonomiczno- społeczno-kulturowe (m.in. dostępność kompetentnego personelu, wysokość wynagrodzeń);
- e) konkurencję.

	KSIĘGA JAKOŚCI	Edycja II Wersja: I/2018
		Strona: 15/39

Na podstawie czynników wewnętrznych i zewnętrznych, które wpływają (lub mogą wpływać) negatywnie na osiągnięcie przez Spółkę zakładanych celów, określono odpowiednio ryzyka wewnętrzne i zewnętrzne. Przypisano je do odpowiednich procesów. Te procesy uznano za istotne, tj. mające bezpośredni wpływ na terminowość dostarczenia zleceńdodawcom badań wyników analiz oraz na ich miarodajność.

Na podstawie czynników wewnętrznych i zewnętrznych, które wpływają pozytywnie na osiągnięcie przez Spółkę zakładanych celów, określono odpowiednio szanse wewnętrzne i zewnętrzne. Wnioski z przeanalizowania informacji zebranych na temat kontekstu organizacji stanowią wejście do planowania Systemu Zarządzania Jakością (z wykorzystaniem myślenia opartego na ryzyku - **Analiz ryzyka**).

Kierownictwo przeprowadza takie analizy i wyciąga w tej kwestii wnioski.

Identyfikację procesów oraz ich okresową analizę i aktualizację przeprowadza Pełnomocnik ds. SZJ. Wykaz zidentyfikowanych procesów, ich wzajemne powiązania i zależności przedstawia **Załącznik nr 4**.

4.2 Potrzeby i oczekiwania stron zainteresowanych

Biorąc pod uwagę wpływ lub potencjalny wpływ na zdolność Miejskiego Zakładu Gospodarki Komunalnej sp. z o.o. w Nowej Soli do ciągłego realizowania usług w taki sposób, aby zadowolić Klientów wybrano strony zainteresowane, które w danym okresie są istotne dla jego Systemu Zarządzania Jakością. Są nimi m.in.

- a) Urząd Miejski w Nowej Soli;
- b) Urzędy Gmin współwłaścicieli Spółki;
- c) Państwowe Gospodarstwo Wodne „Wody Polskie”;
- d) Urząd Wojewódzki;
- e) instytucja nadzoru – Państwowa Inspekcja Sanitarna;
- f) dostawca usług laboratoryjnych (podwykonawca);
- g) dostawcy usług serwisowych;
- h) dostawcy usług informatycznych.

Potrzeby i oczekiwania Klientów oraz innych stron zainteresowanych są systematycznie rozpoznawane w wyniku podejmowania następujących działań:

- a) identyfikacja wymagań przepisów prawnych odnoszących się do przedmiotu działalności;
- b) badanie zadowolenia Klientów i innych istotnych stron zainteresowanych oraz identyfikowanie ich potrzeb i oczekiwań.

	KSIĘGA JAKOŚCI	Edycja II Wersja: I/2018
		Strona: 16/39

W celu identyfikacji nowych potrzeb i oczekiwań obecnych i potencjalnych Klientów podejmowane są następujące działania:

- a) identyfikacja i ocena konkurencji na rynku;
- b) identyfikacja możliwości rynkowych.

Ustalono częstotliwość monitorowania (czy potrzeby i oczekiwania wybranych istotnych stron zainteresowanych nie uległy zmianie). Następnie zebrane informacje na ten temat są analizowane i odpowiednio reaguje na zaistniałe zmiany. Powyższe informacje stanowią dane wejściowe do procesu planowania Systemu Zarządzania Jakością, jako jedne z potencjalnych ryzyk i szans.

4.3 System Zarządzania Jakością i jego procesy

System Zarządzania Jakością zgodny z normą ISO 9001:2015 obejmuje całą Organizację, w tym Laboratorium Zakładowe Organizacji w zakresie badań fizykochemicznych wody i ścieków. W związku ze specyfiką działalności Organizacji z zakresu SZJ dokonano wyłączenia punktu 8.3. „Projektowanie i rozwój wyrobów i usług”. Charakter i zakres prowadzonej działalności uzasadniają wybór modelu zgodnego z wymaganiami normy ISO 9001:2015.

System Zarządzania Jakością opiera się na trzech koncepcjach:

1. Podejście procesowe – myślenie oparte na procesie.
2. Podejście oparte na ryzyku – myślenie oparte na ryzyku polegające na ustalaniu, które procesy systemu zarządzania jakością są bardziej istotne od innych na podstawie kryterium, jakim jest ryzyko nie osiągnięcia zaplanowanych wyników i jaki jest wpływ danego procesu na jakość wykonywanych analiz.
3. Cykl PDCA – (p. 0.3.2 „Cykl „Planuj – Wykonaj – Sprawdź – Działaj”) polegający na odpowiednim planowaniu każdego z procesów, ich realizacji, sprawdzaniu uzyskiwanych wyników i doskonaleniu.

Ad 1. Podejście procesowe

Zgodnie z podejściem procesowym ustalono metody zarządzania zidentyfikowanymi procesami oraz określono ich wzajemne powiązania i zależności.

Identyfikację procesów oraz ich okresową analizę i aktualizację przeprowadza Pełnomocnik we współpracy z Prezesem Zarządu.

W Systemie Zarządzania Jakością wyodrębniono cztery grupy procesów:

1. Procesy zarządzania,
2. Proces Główny (realizacji usługi),
3. Procesy pomiarów, analizy, doskonalenia,
4. Procesy zarządzania zasobami.

	KSIĘGA JAKOŚCI	Edycja II Wersja: I/2018
		Strona: 17/39

Poszczególne procesy zostały opisane w procedurach i instrukcjach. Wykaz procedur Systemu Zarządzania Jakością stanowi **Załącznik nr 5** do Księgi Jakości.

Wzajemne zależności i oddziaływania między procesami przedstawia **Załącznik nr 4** – mapa procesów. Do każdego zidentyfikowanego procesu przypisano jego właściciela. Właścicielami procesów są członkowie Kierownictwa lub wyznaczone przez nie osoby. Do ich obowiązków i kompetencji należy zarządzanie procesem w cyklu PDCA, w tym:

- a) określanie celów procesu na podstawie celów strategicznych, biznesowych i jakościowych założonych do osiągnięcia w danym okresie oraz wymagań, potrzeb i oczekiwań Klientów;
- b) identyfikacja ryzyk niespełnienia wymagań Klientów i/lub celów Spółki przez proces i szans, które można wykorzystać, aby proces przyczynił się do jeszcze lepszego zadowolenia Klientów;
- c) inicjowanie i nadzorowanie działań minimalizujących zidentyfikowane ryzyko i wzmacniających szanse;
- d) identyfikowanie potrzeb w zakresie zasobów, w tym informacji, niezbędnych do skutecznego przebiegu danego procesu oraz informowanie o nich Prezesa Zarządu;
- e) opiniowanie dokumentów związanych z procesem;
- f) sprawdzanie, czy proces przebiega zgodnie z planem;
- g) okresowa ocena skuteczności działań minimalizujących ryzyka i wzmacniających szanse
- h) inicjowanie działań korygujących;
- i) inicjowanie zmian w procesie i przekazywanie informacji o nich Pełnomocnikowi ds. SZJ;
- j) informowanie Pełnomocnika ds. SZJ o nowych ryzykach i szansach odnoszących się do procesu, które mogą wpłynąć negatywnie na jego skuteczność;
- k) doskonalenie procesu.

Ad 2. Myślenie oparte na ryzyku

Myślenie oparte na ryzyku jest częścią podejścia procesowego. Nie wszystkie procesy mają taki sam wpływ na osiąganie celów Systemu, w tym m.in. na jakość wykonywanych badań fizykochemicznych wody i ścieków wykonywanych w Laboratorium Zakładowym. W niektórych przypadkach niezgodności stanowią małe zagrożenie, w innych mogą doprowadzić do poważnych problemów finansowych. Dlatego, na podstawie zidentyfikowanego ryzyka, określa się procesy istotne i ocenia, jaki mają wpływ na cały System Zarządzania Jakością.

Ad. 2 Cykl PDCA - przygotowuje do wprowadzania zmian w poszczególnych procesach odpowiednio często, aby nadążały one za zmianami zachodzącymi w otoczeniu zewnętrznym i wewnętrznym Miejskiego Zakładu Gospodarki Komunalnej Sp. z o.o. w Nowej Soli.

PDCA działa jako cykl ciągłego doskonalenia z myśleniem opartym na ryzyku na każdym jego etapie.

	KSIĘGA JAKOŚCI	Edycja II Wersja: I/2018
		Strona: 18/39

PDCA obejmuje następujące etapy:

P (z ang. „Plan”) Planuj: zbiór celów dla Systemu i procesów potrzebnych do osiągnięcia oczekiwanych wyników („co należy zrobić” i „jak należy to wykonać”)

D (z ang. „Do”) Wykonaj: wdrażaj do praktyki i nadzoruj, czy praktyka jest zgodna z planami

C (z ang. „Check”) Sprawdzaj: monitoruj i mierz procesy i wyniki w odniesieniu do polityk, celów i wymagań oraz przedstawiaj uzyskane wyniki

A (z ang. „Act”) Działaj: podejmuj działania w celu poprawy przebiegu procesów.

Sposób planowania danego procesu i nadzór nad jego przebiegiem jest ustalany i dokumentowany w zależności od kontekstu, w jakim działa organizacja.

4.4 Dokumenty związane

1. Schemat organizacyjny
2. Polityka Jakości
3. Mapa Procesów

	KSIĘGA JAKOŚCI	Edycja II Wersja: I/2018
		Strona: 19/39

5. PRZYWÓDZTWO

5.1 Przywództwo i zaangażowanie

W Systemie Zarządzania Jakością Prezes Zarządu spełnia rolę wiodącą. Sprawowanie tej roli zapewniają:

1. Zaangażowanie Kierownictwa w funkcjonowanie, doskonalenie i rozwój Systemu poprzez:
 - a) ustanowienie wewnętrznych procedur postępowania niezbędnych w Systemie i sprawowanie nad nimi stałego nadzoru;
 - b) wytyczanie celów strategicznych dla Organizacji i na tej podstawie ustanawianie Polityki Jakości, a następnie upowszechnianie jej wśród personelu;
 - c) opracowanie i skuteczne utrzymywanie przez kierownictwo Organizacji Systemu Zarządzania Jakością w sposób korzystny dla Organizacji oraz zwiększający zadowolenie Klientów.
 Zapewnianie przydatności i adekwatności Systemu Zarządzania Jakością następuje poprzez dokonywanie przeglądów zarządzania. Tryb postępowania w tym zakresie opisuje procedura **P5-01 Przegląd SZJ wykonywany przez kierownictwo**.
 - d) angażowanie pracowników w działania na rzecz jakości poprzez rozpowszechnianie wymagań i celów dotyczących jakości;
 - e) różnorodne formy komunikowania z Klientami;
 - f) sprawowanie nadzoru merytorycznego nad dokumentacją Systemu (sprawdzanie, zatwierdzanie, wprowadzanie zmian).
2. Dostarczanie niezbędnych zasobów, a zwłaszcza:
 - a) wykwalifikowanego i kompetentnego personelu;
 - b) środków finansowych i infrastruktury.
3. Przyjęte rozwiązania organizacyjne zapewniające wpływ Kierownictwa Organizacji na kształt i rozwój Systemu, a mianowicie:
 - a) określenie obowiązków i odpowiedzialności w zakresie jakości i zapisanie ich w poszczególnych procedurach;
 - b) sprawowanie nadzoru nad dokumentacją i zapisami dotyczącymi jakości.
4. Sprawowanie funkcji nadzoru i kontroli poprzez:
 - a) auditowanie wszystkich komórek organizacyjnych i obszarów objętych Systemem i okresową ocenę auditorów – procedura **P4-01 Wewnętrzne audyty jakości**;
 - b) ocenę efektywności realizowanych działań korygujących.
 - c) ocenianie w zaplanowanych odstępach czasu (nie rzadziej niż raz w roku) przydatności, adekwatności i skuteczności Systemu oraz aktualności przyjętej Polityki Jakości – procedura **P5-01 Przegląd SZJ wykonywany przez kierownictwo**.

	KSIĘGA JAKOŚCI	Edycja II Wersja: I/2018
		Strona: 20/39

5.2 Orientacja na Klienta

1. Celem działalności Organizacji jest produkcja wyrobów spełniających wymagania Klienta.
2. System Zarządzania Jakością identyfikuje następujące strony zainteresowane działalnością Organizacji, z których każda ma swoje potrzeby i oczekiwania:
 - a) Klienci,
 - b) pracownicy Organizacji,
 - c) zarząd,
 - d) instytucje nadzoru,
 - e) organy administracyjne.

W spełnianiu potrzeb i oczekiwań stron zainteresowanych, w tym potencjalnych Klientów niezbędne jest podejmowanie następujących działań:

- a) identyfikacja i ocena konkurencji,
- b) identyfikacja możliwości rynkowych,
- c) identyfikacja słabości i możliwości poprawy konkurencyjności.

Potrzeby oraz oczekiwania Klientów i innych stron zainteresowanych są systematycznie rozpoznawane w wyniku badania ich zadowolenia i identyfikowania wymagań.

5.3 Polityka Jakości

Prezes Zarządu wraz z Pełnomocnikiem Zarządu ds. SZJ określa i zatwierdza do stosowania w Miejskim Zakładzie Gospodarki Komunalnej sp. z o.o. w Nowej Soli deklaracje Polityki Jakości. Są one odpowiednie do celu istnienia i do kontekstu Organizacji oraz wspierają strategiczny kierunek rozwoju. Politykę Jakości wyznacza Klient i jako jedyny arbiter weryfikuje, potwierdza i określa nowe kierunki rozwoju.

Podczas ustalania założeń Polityki Jakości wzięto pod uwagę:

- a) oczekiwany poziom zadowolenia Klientów oraz innych istotnych stron zainteresowanych,
- b) sprzyjające okazy i konieczność ciągłego doskonalenia,
- c) niezbędne zasoby,
- d) udział dostawców i partnerów.

Polityka Jakości zawiera zarówno stwierdzenia określające oczekiwany, poziom jakości, jak i sposób, w jaki ten poziom ma zostać osiągnięty.

Kierownictwo wyjaśniło pracownikom, jak każde z tych ogólnych założeń ma być realizowane przez nich na stanowiskach pracy. Dzięki temu pracownicy zdają sobie sprawę z tego, w jaki sposób swoją pracą przyczyniają się do spełniania wymagań, potrzeb i oczekiwań Klientów.

POLITYKA JAKOŚCI

Politykę Jakości Miejskiego Zakładu Gospodarki Komunalnej sp. z o.o. w Nowej Soli wyznacza Klient i jako jedyny arbiter weryfikuje, potwierdza i określa nowe kierunki rozwoju.

Nasza misja:

Zdobycie statusu skutecznego, profesjonalnego i niezawodnego operatora usług branży wodno-kanalizacyjnej.

Nasza wizja:

Zaspokajanie potrzeb naszych Klientów poprzez ścisłą integrację działań gospodarczych, ekonomicznych i społecznych.

Pelne zadowolenie Klienta z jakości świadczonych usług jest naszym nadrzędnym celem. Osiągnięcie tego celu jest możliwe dzięki przestrzeganiu następujących zasad:

1. Nieustanne doskonalenie naszych usług. Stałe dążenie do minimalizacji prawdopodobieństwa popełniania błędów w procesie realizacji usługi, co pozwala na postrzeganie naszego Zakładu jako firmy profesjonalnej i przyjaznej Klientowi.
2. Zawieranie umów jedynie z najlepszymi dostawcami.
3. Świadczenie usług wymagającym, wiarygodnym Klientom.
4. Ciągłe podnoszenie kwalifikacji personelu.
5. Unowocześnianie sprzętu i infrastruktury
6. Zapewnienie warunków, w których wszyscy pracownicy aktywnie włączają się w działania na rzecz doskonalenia jakości oraz urzeczywistniania przemian zachodzących w Miejskim Zakładzie Gospodarki Komunalnej sp. z o.o. w Nowej Soli.

Powyższa Polityka Jakości stanowi deklarację, że zarówno Zarząd, jak i wszyscy pracownicy uznają za priorytetowe zadania wynikające z Systemu Zarządzania Jakością.

Przyjmuję odpowiedzialność za wdrażanie i realizację Polityki Jakości.

Prezes Zarządu

PREZES ZARZĄDU

Agata Świdarska-Ostapiak

Nowa Sól, dnia 15.06.2018r.

	KSIĘGA JAKOŚCI	Edycja II Wersja: I/2018
		Strona: 22/39

5.4 Role, odpowiedzialność i uprawnienia w Organizacji

1. Odpowiedzialności i uprawnienia

1. Prezes Zarządu posiada uprawnienia władcze, zapewnia środki niezbędne do wdrożenia, funkcjonowania i doskonalenia Systemu Zarządzania Jakością oraz nadzoruje ocenę jego skuteczności i efektywności.
2. Prezes Zarządu współuczestniczy w ustanawianiu Polityki Jakości.
3. Prezes Zarządu organizuje, wdraża i doskonali działania objęte Systemem Zarządzania Jakością w podległych mu komórkach organizacyjnych oraz nadzoruje ich realizację. Posiada uprawnienia do wnioskowania w sprawie funkcjonowania i doskonalenia SZJ oraz inicjowania niezbędnych zmian.
4. Odpowiedzialność za działania i podejmowane decyzje w ramach danego procesu ustalona jest w poszczególnych procedurach SZJ (według wykazu procedur – **Załącznik nr 5** do niniejszej Księgi Jakości).

2. Przedstawiciel Kierownictwa

Pełnomocnik ds. SZJ należy do kręgu najwyższego Kierownictwa i zarządza Systemem Zarządzania Jakością. Ponadto Pełnomocnik ds. SZJ reprezentuje Organizację w sprawach dotyczących jakości, ingeruje w każdy proces prowadzony niezgodnie z wymaganiami, z prawem do jego wstrzymania włącznie.

5.5 Dokumenty związane

1. Polityka Jakości
2. Mapa Procesów

6. PLANOWANIE

6.1 Działania odnoszące się do ryzyk i szans

1. Proces planowania obejmuje:
 - a) cele i zadania wynikające z Polityki Jakości,
 - b) jakość procesów,
 - c) wewnętrzne audyty jakości,
 - d) przeglądy Systemu Zarządzania Jakością,
 - e) działania korygujące,
 - f) szkolenie personelu,
 - g) czynniki zewnętrzne i wewnętrzne, które mogą wpływać lub wpływają negatywnie albo pozytywnie na osiągnięcie zgodności wykonywanych usług z odnoszonymi do nich wymaganiami, a także zagrożenia i szanse związane ze spełnianiem przez Organizację objętą SZJ, potrzeb i oczekiwań istotnych stron zainteresowanych; czynniki, które mają negatywny wpływ, mogą powodować odchylenia od zaplanowanych wyników dotyczących procesów i SZJ;
 - h) Zarząd i kierownictwo określa odpowiednio ryzyka zewnętrzne i wewnętrzne oraz szanse zewnętrzne i wewnętrzne. Pełnomocnik przypisuje je do konkretnych procesów. Następnie wraz z właścicielem danego procesu ustala, czy to ryzyko jest akceptowalne. Jeśli zostanie podjęta decyzja, że jest akceptowalne, to nie podejmuje się działań, tylko monitoruje sytuację. W przypadku, gdy uznano, że ryzyko jest nieakceptowane, ustala się, jakie działania należy podjąć, aby zminimalizować prawdopodobieństwo jego wystąpienia lub jego negatywne skutki. W przypadku pojawiającej się szansy, ustala się działania mające na celu jej maksymalne wykorzystanie.
 - i) Pełnomocnik wprowadza te działania do odpowiednich procesów. Okresowo na podstawie m.in. stwierdzonych niezgodności i efektów, jakie te działania przyniosły, ocenia skuteczność działań odnoszących się do ryzyk i szans.
 - j) Sposób zarządzania zidentyfikowanymi ryzykami zależy od kontekstu biznesowego, m.in. od krytycznych właściwości usług, jakie świadczy Organizacja, złożoności procesów, potencjalnych konsekwencji wystąpienia błędów.
 - k) Rozważania dotyczące ryzyk i szans oraz sposobu ich minimalizowania mają na celu:
 - a) zapewnienie, aby SZJ mógł osiągać zamierzone wyniki,
 - b) zwiększanie pożądaných skutków,
 - c) zapobieżenie wystąpieniu niepożądanych skutków lub ich ograniczenie,
 - d) osiągnięcie doskonalenia.

Analiza ryzyk i szans zawarta jest w dokumencie **Rejestr ryzyk** sporządzonym na formularzu F103 do procedury **P7-01 Identyfikacja i szacowanie ryzyka**.

	KSIĘGA JAKOŚCI	Edycja II Wersja: I/2018
		Strona: 24/39

6.2 Cele jakościowe i planowanie ich osiągnięcia

Działania realizowane w Systemie Zarządzania Jakością są planowane. Zadaniem planowania jest zapewnienie środków niezbędnych do osiągnięcia wyznaczonych celów dotyczących jakości. **Cele i mierniki skuteczności ich osiągnięcia są spójne z opublikowaną Polityką Jakości.** Cele operacyjne określone na podstawie celów strategicznych i mierniki realizacji tych celów są przedstawione w Załączniku nr 2, a mierniki realizacji procesów SZJ zapisane są w Załączniku nr 3.

6.3 Planowanie zmian

W przypadku stwierdzenia potrzeby wprowadzenia istotnych zmian w SZJ, przeprowadza się je w sposób zaplanowany. Podczas planowania rozważa się następujące kwestie:

- cel zmian i ich potencjalne konsekwencje,
- integralność Systemu Zarządzania Jakością,
- dostępność zasobów,
- przydział lub zmianę przydziału odpowiedzialności i uprawnień.

Te zmiany mogą się odnosić do każdego elementu procesu:

- danych wejściowych do procesu,
- zasobów,
- ludzi (uczestników procesu),
- działań,
- mierników,
- pomiarów,
- wyjść z procesu.

Zmiany mogą być dokonywane w:

- procesach,
- udokumentowanej informacji,
- wyposażeniu,
- szkoleniu personelu,
- wyborze dostawców,
- nadzorowaniu dostawców,
- komunikacji z Klientami,
- komunikacji w łańcuchu dostaw,
- zlecaniu realizacji procesu/ etapu procesu stronie zewnętrznej, itp.

6.4 Dokumenty związane

Analiza ryzyk

	KSIĘGA JAKOŚCI	Edycja II Wersja: I/2018
		Strona: 25/39

7. WSPARCIE

7.1 Zaopatrywanie w zasoby

Podstawą do zaopatrywania w zasoby niezbędne dla funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością są cele strategiczne oraz przyjęta Polityka Jakości .

Zarząd zapewnia zasoby niezbędne do:

- a) właściwego funkcjonowania procesów usługowych,
- b) wdrażania, utrzymywania i doskonalenia Systemu Zarządzania Jakością,
- c) spełniania wymagań Klientów i innych stron zainteresowanych oraz przepisów prawnych.

Prezes Zarządu zapewnia w odpowiednim przedziale czasowym środki dotyczące realizacji strategii i celów odnośnie Systemu Zarządzania Jakością, które są niezbędne do prawidłowego i skutecznego przebiegu procesów Systemu Zarządzania Jakością i ich doskonalenia.

Do podejmowania decyzji o tym, jakie zasoby alokować wykorzystuje się analizę koszty-korzyści, ocenia ryzyko.

Zarządzanie zasobami jest prowadzone w taki sposób, aby udawało się osiągać zaplanowane wyniki.

7.2 Ludzie

1. Postanowienia ogólne

Zatrudnianie pracowników jest realizowane w oparciu o wymagania ustalone przez Prezesa Zarządu.

Obowiązki ogólne pracownika wyznacza zakres działania komórki organizacyjnej oraz przepisy prawne, a zadania i kompetencje w zakresie jakości – odpowiednie procedury SZJ.

Pracownicy zatrudnieni w Laboratorium Zakładowym Organizacji znają zapisy normy ISO 9001:2015 oraz wszystkich obowiązujących dokumentów Systemu Zarządzania Jakością.

Szczegółowe wymagania określone są przez Prezesa Zarządu w zakresie obowiązków danego pracownika, a dla osób nowo zatrudnianych w ogłoszeniu o naborze.

2. Kompetencje świadomość i szkolenie

Stworzony system umożliwia wszystkim pracownikom doskonalenie posiadanych kwalifikacji; służą temu:

- a) planowanie potrzeb szkoleniowych,
- b) kwalifikowanie instytucji szkoleniowych,
- c) dokumentowanie działalności szkoleniowej i jej ocena,
- d) ocena efektywności szkoleń.

7.3 Komunikacja

Komunikacja wewnętrzna i zewnętrzna

W Organizacji obowiązują następujące zasady komunikacji:

1. Wszystkie informacje zewnętrzne są identyfikowane, rejestrowane i rozpowszechniane, zgodnie z rozdzielnikiem.
2. Rodzaj i zakres informacji dotyczących jakości wyznaczają procedury SZJ.
3. Przekazywane informacje wewnętrzne są udokumentowane.
4. Kontakty z Klientami i innymi stronami zainteresowanymi są utrzymywane przez upoważnione osoby.

7.4 Infrastruktura

1. Zakupy maszyn i urządzeń są planowane.
2. Za nadzór nad maszynami i urządzeniami odpowiada wyznaczona osoba.
3. Określono zasady eksploatacji i nadzoru nad maszynami i urządzeniami.

7.5 Zasoby do monitorowania i pomiarów

Dobór przyrządów pomiarowych i monitorujących oraz urządzeń zapewnia potwierdzenie spełnienia wymagań dotyczących wyrobu.

Całe wyposażenie stosowane do pomiarów, monitorowania i badań jest:

- a) zidentyfikowane i ewidencjonowane,
- b) potwierdzone metrologicznie w sposób udokumentowany,
- c) regularnie wzorcowane/ sprawdzane/ kalibrowane w ustalonych odstępach czasu,
- d) użytkowane zgodnie z przeznaczeniem,
- e) zabezpieczone przed utratą właściwości metrologicznych.

7.6 Środowisko pracy

Zarządzanie środowiskiem pracy w aspekcie bezpieczeństwa należy do uprawnień i obowiązków Prezesa Zarządu.

Nadzorowanie środowiska pracy obejmuje:

1. Identyfikację wymagań dotyczących warunków środowiskowych z punktu widzenia jakości i bezpieczeństwa.
2. Identyfikację czynników szkodliwych dla zdrowia na danym stanowisku pracy i ocenę ryzyka zawodowego.
3. Okresowy pomiar warunków środowiskowych i czynników szkodliwych dla zdrowia.
4. Wstępne i okresowe szkolenie pracowników w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.
5. Właściwą gospodarkę odpadami.
6. Określanie i aktualizację procedur postępowania w sytuacjach awaryjnych.

	KSIĘGA JAKOŚCI	Edycja II Wersja: I/2018
		Strona: 27/39

7.7 Dokumenty związane

1. Przepisy prawne i normy dotyczące BHP
2. Przepisy prawne dotyczące odpadów i ochrony środowiska

7.8 Dokumentacja Systemu Jakości

1. Informacje ogólne

1. Dokumentacja Systemu Zarządzania Jakością obejmuje:
 - a) udokumentowaną Politykę Jakości,
 - b) Księgę Jakości,
 - c) procedury i instrukcje,
 - d) dokumenty Organizacji przywołane w niniejszej Księdze,
 - e) udokumentowane informacje dotyczące jakości.
2. Dokumentacja Systemu Zarządzania Jakością została opracowana w taki sposób, aby była kompatybilna ze strukturą organizacyjną Organizacji oraz spełniała wymagania normy ISO 9001:2015.
3. Metodykę opracowywania i zarządzania dokumentacją określono w Księdze Jakości – punkt 2 oraz w procedurze **P6-01 Nadzór nad udokumentowanymi informacjami**.
4. Wykaz procedur zawiera Załącznik nr 5 do niniejszej Księgi. Formularze do udokumentowanych informacji i zasady ich sporządzania określają poszczególne procedury.
5. Odpowiedzialność za zgodność dokumentacji z wymaganiami normy ISO 9001:2015 ponosi Pełnomocnik ds. SZJ.
6. Podstawowy komplet dokumentacji (egz. nr „0”) podlega archiwizowaniu.

2. Księga Jakości

Księga Jakości jest dokumentem, który służy jako przewodnik po udokumentowanym Systemie Zarządzania Jakością. Zarządzanie Księgą Jakości opisano w punkcie 2.

3. Nadzór nad dokumentami

1. Wszystkie dokumenty wewnętrzne i zewnętrzne związane z Systemem Zarządzania Jakością są nadzorowane w taki sposób, aby:
 - a) zapewnić ich adekwatność do obszaru, który obejmują przed ich zatwierdzeniem i wydaniem,
 - b) były przeglądane i aktualizowane stosownie do wprowadzanych zmian w miarę doskonalenia procesów,
 - c) zapewnić im jednoznaczną identyfikację,
 - d) były stosowane zawsze w aktualnej wersji danego wydania,
 - e) były czytelne i dostępne dla osób zobowiązanych do ich stosowania,

	KSIĘGA JAKOŚCI	Edycja II Wersja: I/2018
		Strona: 28/39

- f) miały zapewnioną stosowną ochronę i oznaczenie w przypadku ich przechowywania i archiwizowania.

2. Pojęcie nadzoru jest równoznaczne z zarządzaniem dokumentami i obejmuje:

- a) opracowanie,
- b) sprawdzenie,
- c) rejestrację i oznaczenie,
- d) zatwierdzenie do zwolnienia,
- e) dystrybucję i rozpowszechnianie,
- f) użytkowanie i aktualizację,
- g) przechowywanie, wycofywanie i archiwizowanie.

Zasady nadzoru nad dokumentami oraz kategorie i grupy nadzorowanych dokumentów określa procedura **P6-01 Nadzór nad udokumentowanymi informacjami**.

4. Nadzór nad udokumentowanymi informacjami dotyczącymi jakości

Udokumentowane informacje związane z Systemem Zarządzania Jakością potwierdzające skuteczność i efektywność procesów realizacji wyrobów są nadzorowane w sposób pozwalający na ich identyfikację oraz w warunkach zabezpieczających dostęp osób nieupoważnionych. Określono miejsce i czas ich przechowywania.

Nadzorem objęta jest dokumentacja zawierająca dane dotyczące procesów (usług). Właściwy nadzór nad dokumentacją umożliwia skuteczny przepływ informacji na wszystkich poziomach funkcjonowania Organizacji w tym zakresie.

Nadzorowi podlegają dokumenty zewnętrzne oraz zapisy wewnętrzne, w tym załączniki.

Zasady nadzoru określa procedura **P6-01 Nadzór nad udokumentowanymi informacjami**.

7.9 Wiedza w Organizacji

Prezes Zarządu, wraz z Kierownictwem określili, jaka wiedza jest niezbędna do

- a) realizacji procesów,
- b) osiągnięcia zgodności z wymaganiami,
- c) spełnienia wymagań, potrzeb i oczekiwań Klientów,
- e) spełniania potrzeb i oczekiwań innych istotnych stron zainteresowanych,
- f) spełniania przepisów prawnych i innych.

Specyfikacje dotyczące świadczonych usług, doświadczenie pracowników dotyczące wykonywania konkretnych działań w procesach stanowią zbiór informacji, które są wykorzystywane i rozpowszechniane po to, by udało się Organizacji osiągać założone cele. Wiedza ta jest utrzymywana i udostępniana w odpowiednim zakresie.

Określono zasady zabezpieczenia przed utratą wiedzy, a także zachęcenia pracowników do zdobywania nowej wiedzy w sytuacji, gdy zmienia się jej biznesowy kontekst.

	KSIĘGA JAKOŚCI	Edycja II Wersja: I/2018
		Strona: 29/39

Wiedza pochodzi ze wspólnego doświadczenia zespołu oraz z indywidualnych doświadczeń pracowników. Pochodzi z dwóch źródeł:

- a) wewnętrznych (np. własność intelektualna pracowników, wiedza zdobyta przez doświadczenie, uczenie się na błędach; wyniki wprowadzonych udoskonaleń w procesach, szkolenia wewnętrzne);
- b) zewnętrznych (np. normy, szkolenia zewnętrzne, współpraca z innymi, ośrodkami badawczymi, konferencje, pozyskiwanie wiedzy Klientów, zewnętrznych, instytucji nadzoru i zewnętrznych dostawców).

W Systemie Zarządzania Jakością spisuje się ją w formie udokumentowanej informacji, m.in.: w udokumentowanej informacji dotyczącej procesów, jak formularze, procedury, instrukcje, karty działań korygujących.

8. DZIAŁANIA OPERACYJNE

8.1. Planowanie i nadzór nad działaniami operacyjnymi

Wszystkie procesy realizacji usług są zaplanowane i udokumentowane. Przy planowaniu realizacji wyrobu bierze się pod uwagę:

1. Wymagania Klienta
2. Wymagania ustawowe i przepisy dotyczące wyrobów
3. Wszelkie dodatkowe wymagania własne
4. Możliwości produkcyjne

Ustala się również:

1. Kolejność wykonywanych operacji pozwalających na przetworzenie danych wejściowych w dane wyjściowe z każdego procesu i podprocesu.
2. Metody nadzoru niezbędne do osiągnięcia ustalonych celów jakościowych.
3. Dokumenty ustalające specyfikacje jakościowe wyrobu.
4. Zapisy potrzebne do wykazania, że proces produkcji spełnił wymagania.
5. Sposób gromadzenia zapisów niezbędnych do oceny zdolności jakościowej procesów.
6. Dane niezbędne dla potwierdzenia zgodności usługi z wyspecyfikowanymi wymaganiami.

8.2 Wymagania dotyczące świadczonych usług

1. Komunikacja z Klientem

1. Dostępność informacji o bieżącej działalności Organizacji.
2. Potwierdzanie spełniania wymagań prawnych.
3. Potwierdzanie i spełnianie wymagań Klientów dotyczących usług.
4. Możliwości składania reklamacji/ skarg przez Klientów.

2. Określenie i przegląd wymagań dotyczących usług

Organizacja prowadzi przeglądy wymagań dotyczących usług.

Przegląd wymagań zapewnia, że:

- a) określono dokładne wymagania dotyczące usług;
- b) rozwiązano wszelkie rozbieżności;
- c) Organizacja jest zdolna spełnić określone wymagania (w tym wymagania prawne dotyczące usług).

8.3 Projektowanie i rozwój wyrobów i usług

Element nie jest włączony do systemu.

	KSIEGA JAKOŚCI	Edycja II Wersja: I/2018
		Strona: 31/39

8.4 Nadzór nad procesami, wyrobami i usługami dostarczanymi z zewnątrz

1. Proces zakupu

Zakupy produktów i usług są nadzorowane i prowadzone zgodnie z ustaleniami procedury **P2-03 Ocena i wybór dostawców**. Określone kryteria doboru dostawców oraz ich zakwalifikowanie jest udokumentowane na podstawie dokonanej oceny.

2. Informacje dotyczące zakupów

1. Zakupy dotyczą zarówno produktów, jak i usług.
2. Wybór i kwalifikacja dostawców odbywa się na podstawie ich zdolności do spełniania wyspecyfikowanych wymagań, w tym wymagań dotyczących jakości.
3. Przy dokonywaniu zamówień przeprowadza się przegląd specyfikacji wymagań, określając w szczególności:
 - a) wymagania dotyczące zatwierdzania produktu/ usługi;
 - b) kryteria przyjęcia produktu/ usługi.

3. Weryfikacja zakupionego wyrobu

Weryfikacja dostaw produktów dokonywana jest na podstawie zgodności ilościowej i jakościowej produktów/ usług. Jeżeli jest to konieczne dla jakości dostawy – dokonywany jest audit u dostawcy wyrobu.

8.5 Dostarczanie usługi

1. Nadzorowanie dostarczania usługi

1. Wszelkie działania i procesy realizowane w celu dostarczenia Klientowi wyrobu są zaplanowane, zorganizowane, dokumentowane i zarządzane w taki sposób, aby upewnić Klienta co do zdolności Organizacji do zaspokojenia jego obecnych i/lub przyszłych potrzeb i oczekiwań.
2. Nadzór nad procesem usług jest realizowany poprzez:
 - a) zapewnienie personelowi dostępu do właściwej metodologii wykonania procesu usługi;
 - b) zapewnienie odpowiednich zasobów, w tym kompetencji personelu i wyposażenia;
 - c) potwierdzenia metrologicznego przyrządów kontrolno-pomiarowych.

2. Walidacja procesów specjalnych

Do realizacji procesów produkcyjnych wykorzystywane są procesy specjalne.

1. Procesy specjalne przeprowadza odpowiednio wykwalifikowany personel.
2. Przeprowadzana jest wstępna kwalifikacja pod kątem możliwości osiągania oczekiwanych wyników.
3. Procesy te są stale monitorowane i dokumentowane.

3. Identyfikacja i identyfikowalność

W procesie realizacji usługi identyfikowalność jest zapewniona poprzez:

- a) identyfikowalność dostaw;
- b) identyfikację wyrobów;
- c) nadanie statusu wyposażeniu;
- d) nadanie statusu sprzętowi kontrolno-pomiarowemu.

4. Własność należąca do Klientów lub dostawców zewnętrznych

Sposób nadzoru nad własnością Klienta zapewniający właściwą identyfikację, przechowywanie, zabezpieczenie i zachowanie poufności jest sprawowany zgodnie z procedurą **P1-04 Ochrona praw własności Klienta. Poufność badań.**

5. Zabezpieczenie

Zabezpieczanie obejmuje:

1. Zabezpieczenie własności Klienta.
2. Ochronę pobranego materiału,
3. Właściwy nadzór nad odczynnikami.
4. Przeprowadzanie okresowych przeglądów terminów ważności odczynników. Produkty przeterminowane są usuwane z miejsca użytkowania w celu uniemożliwienia ich użycia

6. Działania po dostawie

Działania po dostawie usługi są działaniami podejmowanymi w wyniku odwołania strony, skargi lub na podstawie innego dokumentu, który wszczyna procedurę przeglądu efektów udzielonej usługi.

Określając działania po dostawie bierze się pod uwagę:

- a) wymagania Klienta,
- b) informację zwrotną od Klienta
- c) wymagania przepisów prawnych,
- d) potencjalnie niepożądane skutki związane z usługą niezgodną,

7. Nadzór nad zmianami

W przypadku konieczności wprowadzenia zmian w sposobie wykonywania usług w stosunku do wcześniej zaakceptowanego planu, sprawuje się odpowiedni nadzór nad tymi zmianami w zakresie niezbędnym do zapewnienia ciągłej zgodności usług z wymaganiami.

Utrzymuje się udokumentowane informacje dotyczące:

- a) wyników przeglądu zmian,
- b) osoby, zatwierdzającej zmiany
- c) działania, jakie zostały podjęte w wyniku tego przeglądu.

8.6 Zwolnienie usługi

Przed wydaniem Klientowi wyniku badania następuje podwójna weryfikacja wyniku badania przez autoryzację osoby sporządzającej i weryfikującej wynik, w tym potrzeby i oczekiwania Klienta

Określono kryteria oceny wyników badań wykonanych usług, zawierające m.in. granice akceptacji wyników.

Wyznaczono osoby do zwalniania usług i nadano im stosowne uprawnienia.

Ustalono, jakie zapisy trzeba prowadzić odnośnie kryteriów przyjęcia i osób, które podejmują decyzje o zwolnieniu usług.

8.7 Nadzór nad niezgodnymi wyjściami

Wszelkie stwierdzone niezgodności są identyfikowane i rejestrowane. Obejmuje to w szczególności:

- a) niezgodności stwierdzone podczas odbioru dostaw,
- b) niezgodności wykryte podczas procesu wykonywania usługi,
- c) postępowanie z reklamacjami

Działania określające metodykę postępowania z wyrobami nie spełniającymi wymagań określono w procedurze **P4-03 Nadzorowanie badań niezgodnych z wymaganiami** oraz **P4-04 Postępowanie z wyrobem nie spełniającym wymagań**.

Niezgodności podlegają przeglądowi, a uzyskane wyniki pozwalają na podjęcie decyzji o ich usunięciu i ewentualnemu zadośćuczynieniu za poniesione straty.

8.8 Dokumenty związane

1. Dokumenty handlowe (zamówienia, oferty, umowy, wewnętrzne umowy współpracy)
2. Zamówienia na zakup towarów i usług
3. Skargi, reklamacje
4. Protokoły pokontrolne
5. Procedura P1-04 Ochrona praw własności Klienta. Poufność badań
6. Procedura P4-03 Nadzorowanie badań niezgodnych z wymaganiami
7. Procedura P4-04 Postępowanie z wyrobem nie spełniającym wymagań

	KSIĘGA JAKOŚCI	Edycja II Wersja: I/2018
		Strona: 34/39

9. OCENA EFEKTÓW DZIAŁANIA

W celu zapewnienia zgodności prowadzonych działań z wymaganiami normy ISO 9001:2015, Klientów i innych stron zainteresowanych oraz dla osiągnięcia doskonalenia – określono i wdrożono narzędzia służące do pomiaru skuteczności i efektywności Systemu Zarządzania Jakością.

9.1 Monitorowanie i pomiary

Postanowienia ogólne

- Wszelkie działania pomiarowe i monitorujące są zaplanowane w sposób zapewniający potwierdzenie zgodności i skuteczności Systemu Zarządzania Jakością z ustalonymi wymaganiami oraz sterowanie procesami realizacji wyrobów.
- Zakres stosowania, metody i techniki pozwalające na dokonywanie systematycznych analiz we wszystkich obszarach Systemu Zarządzania Jakością określa Pełnomocnik ds. SZJ oraz kierownictwo Organizacji.

1. Zadowolenie stron zainteresowanych

W sposób systematyczny i zaplanowany zbierane są informacje zwrotne od Klientów i innych stron zainteresowanych.

Potwierdzanie zdolności jakościowej procesów realizowanych w Organizacji wykorzystywane jest w oparciu o dane:

- a) gromadzone w trakcie dokonywanych pomiarów,
- b) zebrane podczas okresowej oceny skuteczności i efektywności procesów,
- c) określonych ryzyk i szans.

Uzyskiwane wyniki są dokumentowane, przechowywane i wykorzystywane dla doskonalenia procesów.

2. Monitorowanie

1. Monitorowanie jakości usług ma na celu określenie czy są spełniane:

- a) wymagania dotyczące wyrobu,
- b) wymagania i oczekiwania Klientów,
- c) wymagania i oczekiwania innych stron zainteresowanych.

2. Wszystkie wyniki pomiarów są zapisywane i weryfikowane przez osoby upoważnione.

Analiza i ocena

Wszelkie dane i zapisy dotyczące jakości są zbierane i analizowane w celu potwierdzenia skuteczności działania wdrożonego Systemu Zarządzania Jakością oraz realizacji zakładanych celów strategicznych, operacyjnych i jakościowych.

	KSIĘGA JAKOŚCI	Edycja II Wersja: I/2018
		Strona: 35/39

Analiza danych dokonywana jest w szczególności dla określenia:

- a) stopnia zadowolenia Klientów oraz innych istotnych stron zainteresowanych,
- b) zgodności Systemu Zarządzania Jakością z wymaganiami normy ISO 9001:2015,
- c) skuteczności Systemu Zarządzania Jakością pod kątem zgodności uzyskanych efektów z planami,
- d) skuteczności działań podjętych w celu uwzględnienia ryzyk i szans,
- e) zgodności procesów i usług z ustalonymi wymaganiami,
- f) efektów działania zewnętrznych dostawców,
- g) potrzeby doskonalenia Systemu Zarządzania Jakością.

9.2 Wewnętrzne audyty jakości

W Organizacji przeprowadzane są w sposób planowany okresowe audyty wewnętrzne poszczególnych obszarów i procesów w celu dokonania obiektywnej oceny czy:

1. System Zarządzania Jakością jest zgodny z wymaganiami normy.
2. Skuteczność wdrażania SZJ odpowiada wyznaczonym celom strategicznym i operacyjnym.
3. Dalsze utrzymywanie i doskonalenie SZJ wymaga podjęcia działań korygujących.

Wewnętrznymi auditami jakości zarządza Pełnomocnik ds. SZJ. Audyty realizują auditorzy wewnętrzni. Przy planowaniu, wykonywaniu i dokumentowaniu auditów obowiązują ustalenia procedury **P4-01 Wewnętrzne audyty jakości**.

9.3 Przegląd Systemu Zarządzania Jakością

1. Informacje ogólne

Kierownictwo Organizacji nie rzadziej niż raz w roku dokonuje przeglądu Systemu Zarządzania Jakością.

Celem przeglądu jest sprawdzenie przydatności, adekwatności i skuteczności Systemu, aktualności przyjętej Polityki Jakości, wskazanie kierunków wprowadzania ewentualnych zmian oraz ocena jakości procesów.

Przy planowaniu, wykonywaniu, dokumentowaniu oraz wykorzystywaniu wyników przeglądu obowiązują ustalenia procedury **P5-01 Przegląd SZJ wykonywany przez kierownictwo**.

2. Zakres przeglądu

Podczas przeglądu zarządzania rozważa się następujące kwestie:

1. Statusu działań podjętych w następstwie wcześniejszych przeglądów zarządzania.
2. Zmiany czynników zewnętrznych i wewnętrznych, istotnych dla Systemu Zarządzania Jakością.
3. Informacji dotyczących funkcjonowania i skuteczności Systemu Zarządzania Jakością, w tym o trendach w zakresie:
 - a) zadowolenia Klienta i informacji zwrotnych od istotnych stron zainteresowanych,
 - b) stopnia, w jakim zostały spełnione cele jakościowe,

- c) efektów funkcjonowania procesów i zgodności wyrobów i usług,
- d) niezgodności i działań korygujących,
- e) wyników monitorowania i pomiarów,
- f) wyników auditów,
- g) działalności zewnętrznych dostawców,
- h) adekwatności zasobów,
- i) skuteczności podjętych działań uwzględniających ryzyka i szanse,
- j) możliwości ciągłego doskonalenia,
- k) problemy związane z obsługą Klientów (w tym reklamacje),
- l) problemy związane z wewnętrznym funkcjonowaniem firmy,
- m) problemy związane z funkcjonowaniem maszyn i urządzeń,
- n) problemy z zakresu BHP,
- o) problemy związane z ochroną środowiska,
- p) inne, istotne z punktu widzenia Zarządu.

3. Wyniki przeglądu

Dane wyjściowe z przeglądu wykonywanego przez kierownictwo mogą obejmować decyzje i działania związane na przykład z:

- a) poprawą skuteczności SZJ,
- b) doskonaleniem wyrobów, usług i funkcjonowania procesów,
- c) dostosowaniem struktury organizacyjnej i zasobów,
- d) zgodnością z mającymi zastosowanie wymaganiami ustawowymi i regulacjami prawnymi,
- e) planowaniem zasobów na przyszłość.

9.4 Dokumenty związane

1. Protokoły z przeglądu
2. Procedura P4-01 Wewnętrzne audyty jakości
3. Procedura P5-01 Przegląd SZJ wykonywany przez kierownictwo.

10. DOSKONALENIE

10.1 Postanowienia ogólne

Wdrożony System Zarządzania Jakością jest ciągle rozwijany i doskonalony. Podstawę do doskonalenia stanowią wyniki auditów oraz wyniki przeglądów Systemu Zarządzania Jakością przeprowadzanych przez kierownictwo.

10.2 Niezgodności i działania korygujące

Wszelkie stwierdzone niezgodności są identyfikowane i rejestrowane. Obejmuje to w szczególności:

- a) niezgodności stwierdzone podczas odbioru dostaw,
- b) niezgodności wykryte podczas procesu usług,
- c) postępowanie z reklamacjami.

Niezgodności podlegają przeglądowi, a uzyskane wyniki pozwalają na podjęcie decyzji o ich usunięciu i ewentualnym zadośćuczynieniu za poniesione straty.

W Spółce wdrożono procedurę postępowania w przypadku stwierdzenia niezgodności. Każda ustalona niezgodność w procesach lub Systemie Zarządzania Jakością nakłada obowiązek na osobę nadzorującą dany proces lub obszar działania do:

1. Dokonania przeglądu niezgodności w celu ustalenia przyczyn ich wystąpienia.
2. Podjęcia działań korygujących w celu usunięcia przyczyn wystąpienia niezgodności
3. Zapisania wyników podjętych działań.
4. Oceny skuteczności podjętych działań.

Działania określające metodykę postępowania z wyrobami nie spełniającymi wymagań ustalono w procedurze **P4-03 Nadzorowanie badań niezgodnych z wymaganiami** oraz **P4-04 Postępowanie z wyrobem nie spełniającym wymagań**.

10.3 Ciągłe doskonalenie

Ciągłe doskonalenie polega na podejściu iteracyjnym, tj. na ciągłym wprowadzaniu małych ograniczonych zmian. Jest ono bezpieczne, ponieważ jeśli Organizacja popełni błąd, to zorientuje się o tym stosunkowo szybko i strata dla niej, również finansowa, będzie niewielka. Takie podejście pozwala też na ciągłe zdobywanie wiedzy, co ogranicza ryzyko popełnienia pomyłki.

Tę metodę wykorzystuje się do doskonalenia przydatności, adekwatności i skuteczności Systemu Zarządzania Jakością. Działania podejmowane w celu ciągłego doskonalenia są ściśle powiązane ze strategią MZGK na podstawie celów ustalonych przez Zarząd. Podstawą do podejmowania działań doskonalących są wyniki przeglądu zarządzania i wynikające z niego zalecenia do realizacji w kolejnym okresie.

	KSIĘGA JAKOŚCI	Edycja II Wersja: 1/2018
		Strona: 38/39

10.4 Dokumenty związane

1. Dane zebrane podczas przeprowadzania auditów, działań korygujących, badań satysfakcji Klienta oraz inne dane związane z jakością
2. Protokoły z przeglądów Systemu Zarządzania Jakością przez kierownictwo i raporty z audytów
3. Procedura P4-03 Nadzorowanie badań niezgodnych z wymaganiami
4. Procedura P4-04 Postępowanie z wyrobem nie spełniającym wymagań.

	KSIĘGA JAKOŚCI	Edycja II Wersja: I/2018
		Strona: 39/39

11. INFORMACJE DODATKOWE

11.1. Wydawca

1. Właścicielem Księgi Jakości jest Miejski Zakład Gospodarki Komunalnej Sp. z o.o. w Nowej Soli. Bez zgody Prezesa Zarządu niniejsza Księga i jej poszczególne części nie mogą być powielane.
2. Wydawcą Księgi jest Pełnomocnik ds. SZJ.

11.2. Przegląd Księgi Jakości

Przegląd Księgi Jakości przeprowadzany jest nie rzadziej niż raz w roku. Pierwszy przegląd przeprowadzany jest po upływie roku od daty pierwszego wydania.

11.3. Autorzy Księgi Jakości

Księgę Jakości opracował zespół w składzie:

1. Beata Szambora - Pełnomocnik ds. SZJ
2. Agata Świdorska-Ostapiak – Prezes Zarządu
3. Monika Pijanowska – konsultant zewnętrzny

11.4. Rozdzielnik Księgi Jakości

Księgę Jakości otrzymują:

1. Pełnomocnik ds. SZJ – egz. nr „0” – wersja papierowa
2. W formie elektronicznej Księga Jakości jest dostępna dla każdego pracownika Organizacji na stronie internetowej www.mzgkns.pl/ksiega-jakosci.html.

11.5. Załączniki

Załącznik nr 1 Schemat organizacyjny

Załącznik nr 2 Cele strategiczne i operacyjne

Załącznik nr 3 Wykaz mierników Systemu Zarządzania Jakością

Załącznik nr 4 Powiązania i oddziaływanie procesów

Załącznik nr 5 Wykaz procedur Systemu Zarządzania Jakością

Załącznik nr 6 Rozdzielnik egzemplarzy Księgi Jakości i Procedur

KONIEC KSIĘGI JAKOŚCI

