



**UNIWERSYTET MEDYCZNY**  
**IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU**

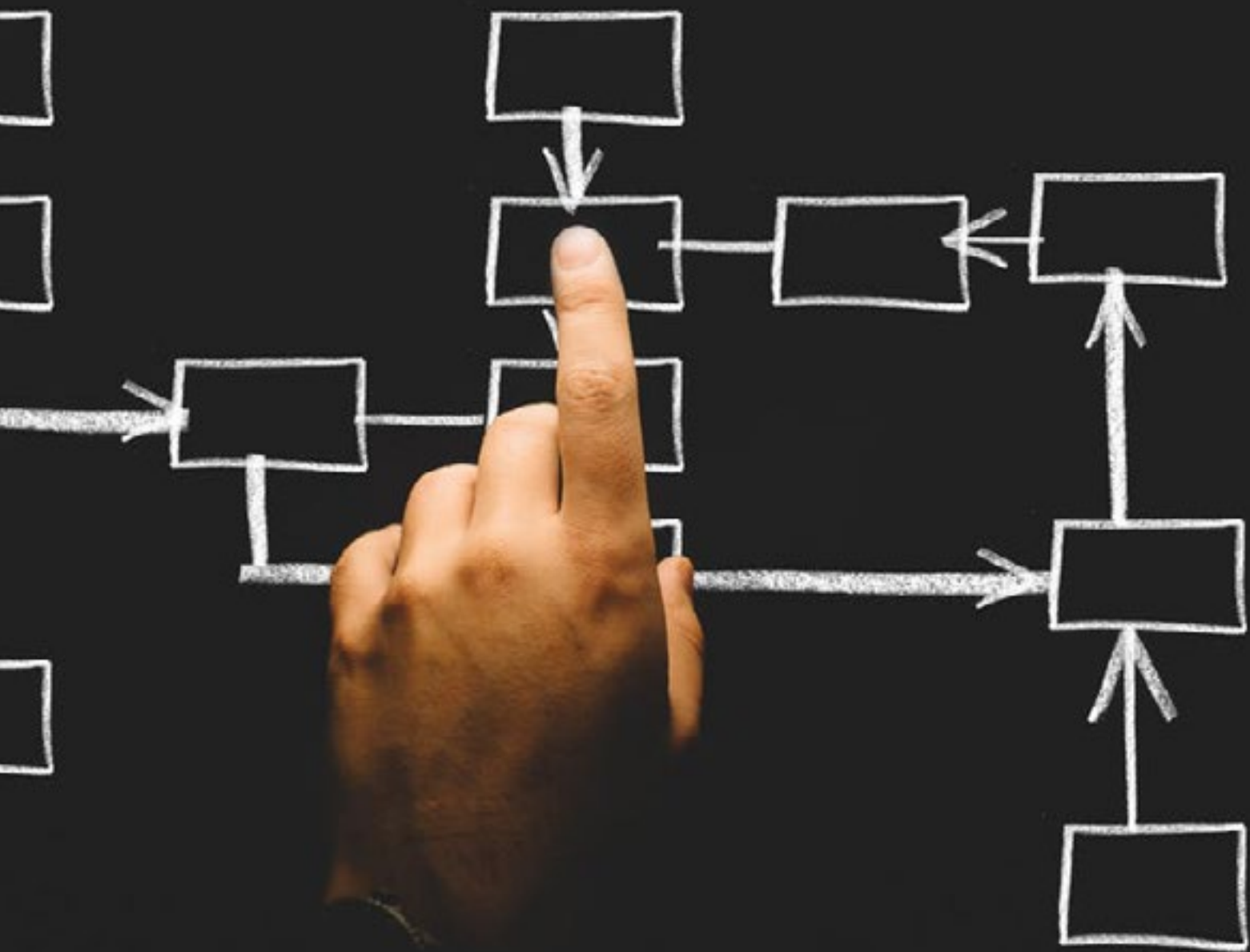
---

# **KSIĘGA JAKOŚCI**

PN-EN ISO 9001:2015-10

---

Wrocław – Maj 2019 r.



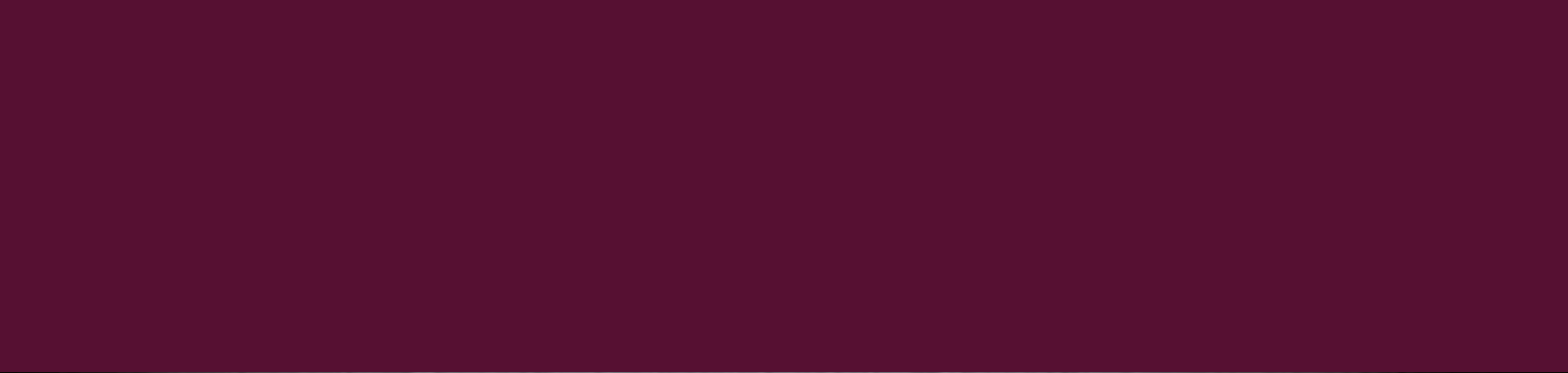
# SPIS TREŚCI

<b>0.1 SPIS TREŚCI</b>	3	<b>7. WSPARCIE</b>	35
0.2 Karta nowelizacji Księgi Jakości	5	7.1. Zaopatrywanie w zasoby	35
<b>1. PREZENTACJA UCZELNI</b>	7	7.2. Ludzie	35
1.1. Nazwa, adres i status prawny	8	7.3. Komunikacja	36
1.2. Historia Uniwersytetu Medycznego	8	7.4. Infrastruktura	36
1.3. Przedmiot i zakres działania	9	7.5. Środowisko funkcjonowania procesów	37
1.4. Struktura organizacyjna i zatrudnienie	9	7.6. Zasoby do monitorowania i pomiarów	38
1.5. Deklaracja Kierownictwa	9	7.7. Dokumentacja Systemu Zarządzania Jakością	39
1.6. Dokumenty związane	9	7.8. Wiedza w organizacji	41
<b>2. ZARZĄDZANIE KSIĘGĄ JAKOŚCI</b>	11	7.9. Dokumenty związane	41
2.1. Redagowanie i zatwierdzanie	11	<b>8. DZIAŁANIA OPERACYJNE</b>	43
2.2. Ewidencja i rozpowszechnianie	11	8.1. Planowanie i nadzór nad działaniami operacyjnymi	43
2.3. Aktualizacja	11	8.2. Wymagania dotyczące świadczonych usług	43
2.4. Przechowywanie i archiwowanie	11	8.3. Projektowanie i rozwój	44
2.5. Dokumenty związane	11	8.4. Nadzór nad procesami, wyrobami i usługami dostarczanymi z zewnątrz	46
<b>3. TERMINOLOGIA</b>	13	8.5. Dostarczanie usługi	47
3.1. Definicje	13	8.6. Zwolnienie usługi	49
3.2. Skrót	17	8.7. Nadzór nad niezgodnymi wyjściami	49
3.3. Dokumenty związane	17	8.8. Dokumenty związane	50
<b>4. SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ</b>	19	<b>9. OCENA REZULTATÓW DZIAŁANIA</b>	51
4.1. Kontekst organizacji	19	9.1. Monitorowanie, pomiary, analiza i ocena	51
4.2. Potrzeby i oczekiwania stron zainteresowanych	19	9.2. Wewnętrzne audyty jakości	52
4.3. Zakres systemu zarządzania jakością	20	9.3. Przegląd zarządzania	53
4.4. System zarządzania jakością i jego procesy	21	<b>10. DOSKONALENIE</b>	55
<b>5. PRZYWÓDZTWO</b>	25	10.1. Postanowienia ogólne	55
5.1. Przywództwo i zaangażowanie	25	10.2. Niezgodności i działania korygujące	55
5.2. Orientacja na klienta	26	10.3. Ciągłe doskonalenie	55
5.3. Polityka Jakości	26	10.4. Dokumenty związane	55
5.4. Role, odpowiedzialność i uprawnienia w organizacji	29	<b>11. INFORMACJE DODATKOWE</b>	57
5.5. Dokumenty związane	30	11.1. Właściciel	57
<b>6. PLANOWANIE</b>	31	11.2. Przegląd Księgi Jakości	57
6.1. Działania odnoszące się do ryzyk i szans	31	11.3. Autor	57
6.2. Cele jakościowe i planowanie ich osiągnięcia	31	11.4. Rozdzielnik Księgi Jakości	57
6.3. Planowanie zmian	32	11.5. Załączniki	57
6.4. Dokumenty związane	32	11.6. Procedury	91



## 0.2 Karta nowelizacji Księgi Jakości

KARTA NOWELIZACJI KSIĘGI JAKOŚCI					
Lp.	Rozdział	Strona	Data	Treść zmiany i poprawki	Podpis
1.		21		zmiana rysunku i danych	
2.		26		zmiana nr zarządzenia	
3.		28		zmiana nazwy jednostki	
4.		46		zmiana daty przy postępowaniu do 30000euro	
5.		70		aktualizacja załącznika	
6.		71-73		aktualizacja załącznika	
7.		76-77		aktualizacja załącznika	
8.		78-82		aktualizacja załącznika	
9.		83-86		aktualizacja załącznika	
10.		119		aktualizacja załącznika, zmiana nazwy jednostki	
11.		120-121		aktualizacja załącznika, zmiana nazwy jednostki	
12.		127		dodanie dokumentu związanego	
13.		96-97		aktualizacja zapisów	
14.		98-99		aktualizacja zapisów	
15.		102		usunięcie formularza	
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					



# PREZENTACJA UCZELNI

Niniejsza „Księga Jakości” jest dokumentem, w którym przedstawiono opis ustanowionego na Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu Systemu Zarządzania Jakością odniesionego do wymagań normy międzynarodowej PN-EN ISO 9001:2015-10

Celem „Księgi Jakości” jest:

- « udokumentowanie funkcjonującego na Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu Systemu Zarządzania Jakością,
- « dostarczenie pracownikom kompleksowej informacji o zasadach funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością, ukierunkowanie pracowników na potrzebę spełniania wymagań klientów, zwiększania zadowolenia klientów zewnętrznych i wewnętrznych przez ciągłą analizę ich wymagań, analizę wykonywanych procesów w organizacji, zaistniałych problemów i podejmowanie działań doskonalących,
- « informowanie klientów zewnętrznych, instytucji certyfikujących oraz innych partnerów naszej organizacji, w jaki sposób zapewnia się odpowiednią jakość wyrobów oraz uzyskuje zadowolenie klientów.

Władze Uczelni przyjęły na siebie obowiązek zarządzania jakością, a więc określenia polityki jakości i celów jakościowych oraz odpowiedzialność za ich realizację. Ta odpowiedzialność dotyczy kierowania i sprawowania nadzoru nad całą działalnością organizacji, zapewnienia środków i kształtowania atmosfery oraz warunków pracy, w których każdy pracownik może być w pełni zaangażowany w realizację postawionych wymagań i System Zarządzania Jakością może funkcjonować skutecznie.

To zapewni osiągnięcie wyników pracy, które będą satysfakcjonowały zarówno klientów wewnętrznych,


jak i zewnętrznych, umożliwiając dalszy rozwój organizacji, jego pracowników oraz ciągłe doskonalenie.

Niniejsza „Księga Jakości” obowiązuje we wszystkich jednostkach organizacyjnych UMW objętych Systemem Zarządzania Jakością.

Niniejszą „Księgę Jakości” – wydanie nr 8.1 zatwierdzam i polecam do obowiązkowego stosowania.

maj 2019 r.

REKTOR



prof. dr hab. Marek Ziętek

## 1.1. Nazwa, adres i status prawny

Uniwersytet Medyczny  
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
Wybrzeże L. Pasteura 1, 50-367 Wrocław

## 1.2. Historia Uniwersytetu Medycznego

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu powstał 1 stycznia 1950 r. jako Akademia Lekarska, a następnie jako Akademia Medyczna we Wrocławiu, z wydzielenia i usamodzielnienia się Wydziałów Lekarskiego i Farmaceutycznego Uniwersytetu Wrocławskiego. Kadra dydaktyczna i naukowa wywodziła się w znacznej mierze z Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Uniwersytet Medyczny korzysta z dorobku i chlubnej tradycji tego uniwersytetu oraz innych uczelni polskich i zagranicznych, pielęgnując patriotyczne tradycje, umiłowanie prawdy i wolności w badaniach naukowych. Nowoczesna wrocławska medycyna swoją tradycją uniwersytecką sięga roku 1811, kiedy to z Frankfurtu nad Odrą przeniesiono do Wrocławia Uniwersytet Viadrina i połączono go z wrocławską Akademią Leopoldina, tworząc Uniwersytet Wrocławski.

Po zakończeniu II wojny światowej, w dniu 24 sierpnia 1945 r. dwie wrocławskie niemieckie szkoły wyższe – Politechnikę i Uniwersytet – przekształcono w pierwsze polskie szkoły wyższe we Wrocławiu. Jednym z sześciu wydziałów Uniwersytetu Wrocławskiego był Wydział Lekarski.

W 1950 r. podzielono Uniwersytet i Politechnikę, wskutek czego doszło do powstania Akademii Medycznej, która objęła Wydział Lekarski i Wydział Farmaceutyczny, utworzony z dotychczasowego Oddziału Farmaceutycznego.

28 czerwca 2012 r. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej przyjął ustawę w sprawie nadania Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu nazwy: „Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu”. Obecnie Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu to ważna, stale rozwijająca się szkoła wyższa. Jest ośrodkiem naukowo-dydaktycznym wyróżniającym się nie tylko na Dolnym Śląsku, ale także wśród wszystkich uczelni medycznych w Polsce.

## 1.3. Przedmiot i zakres działania

### Dydaktyka

Uniwersytet prowadzi kształcenie na studiach:

- « jednolitych magisterskich na kierunkach: lekarskim, lekarsko-dentystycznym, farmaceutycznym i analityki medycznej oraz fizjoterapii
- « pierwszego stopnia na kierunkach: pielęgniarstwo, położnictwo, zdrowie publiczne, ratownictwo medyczne i dietetyka,
- « drugiego stopnia na kierunkach: pielęgniarstwo, położnictwo, zdrowie publiczne i dietetyka,
- « trzeciego stopnia w dyscyplinach: medycyna, biologia medyczna, stomatologia, farmacja i nauki o zdrowiu,
- « farmacja i nauki o zdrowiu,
- « podyplomowe na kierunkach:  
neurologopedia kliniczna z wczesną interwencją logopedyczną, logopedia kliniczna, neurologopedia senioralna, zarządzanie wizerunkiem ochrony zdrowia, zarządzanie bezpieczeństwem pacjenta i personelu ochrony zdrowia przy Wydziale Nauk o Zdrowiu, farmacja przemysłowa przy Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Analityki Medycznej oraz prawo medyczne i bioetyka (we współpracy z Wydziałem Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego)
- « oraz na kursach:
- « specjalizacyjnych dla lekarzy i farmaceutów,
- « specjalistycznych dla diagnostów laboratoryjnych, pielęgniarek i położnych.

Uniwersytet kształci studentów na pięciu wydziałach: Lekarskim, Lekarsko-Stomatologicznym, Lekarskim Kształcenia Podyplomowego, Farmaceutycznym z Oddziałem Analityki Medycznej oraz Nauk o Zdrowiu.

W tym, w ramach English Division prowadzi nauczanie w języku angielskim na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym dla studentów, pochodzących głównie z krajów skandynawskich, a także z USA, Kanady, Niemiec, Wielkiej Brytanii, Grecji, Ukrainy, Francji, Ghany, Nigerii, RPA i Arabii Saudyjskiej.



## Nauka

Realizując swoją misję, Uczelnia współpracuje z władzami państwowymi i samorządowymi, innymi polskimi i zagranicznymi szkołami wyższymi, podmiotami społecznymi i gospodarczymi regionu, jak również organizacjami związanymi z działalnością naukową, dydaktyczną oraz ochroną zdrowia i życia.

Uniwersytet uczestniczy w wielu badaniach dotyczących najważniejszych potrzeb kraju i regionu z zakresu ochrony zdrowia i ochrony środowiska. Jest największym ośrodkiem specjalistycznego leczenia chorych z Dolnego Śląska, Opolszczyzny i Ziemi Lubuskiej.

Aktywność badawcza pracowników naukowo-dydaktycznych pozwoliła na uzyskanie w 2018 r. kategorii „A” przez Wydział Lekarski, Wydział Lekarski Kształcenia Podyplomowego oraz Wydział Nauk o Zdrowiu. Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Analityki Medycznej oraz Wydział Lekarsko-Stomatologiczny zostały zakwalifikowane do kategorii „B”.

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu jako jedna z pierwszych uczelni medycznych w Polsce otrzymał certyfikaty akredytacji Polskiego Centrum Akredytacji dla czterech laboratoriów. Potwierdzają one kompetencje merytoryczne i rzetelność prowadzonych badań.

Laboratoria akredytowane to:

- « Laboratorium Specjalistyczne Katedry i Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej z ul. Borowskiej, kierowane przez prof. Mariana Klingera.
- « Laboratorium Zakładu Technik Molekularnych Katedry Medycyny Sądowej z ul. M. Curie-Skłodowskiej, kierowane przez prof. Tadeusza Dobosza.
- « Laboratorium Badań Molekularnych Katedry i Zakładu Genetyki z ul. Marcinkowskiego, kierowane przez prof. Marię M. Sąsiadek.
- « Laboratorium Patomorfologii i Biologii Molekularnej z ul. Borowskiej, na którego czele stoi prof. Michał Jeleń.

Łączeniem świata nauki i biznesu oraz komercjalizacją wyników badań naukowych zajmuje się Cen-

trum Innowacji i Transferu Technologii (CITT).

Oferta uczelni obejmuje:

- « interesujące, cechujące się wysokim potencjałem komercjalizacyjnym wyniki prac badawczych i projekty wynalazcze
- « profesjonalne analizy opracowane dla najbardziej obiecujących wynalazków, które powstały w ostatnim czasie na uczelni
- « zorganizowane zespoły naukowo-badawcze
- « specjalistyczną aparaturę naukowo-badawczą
- « możliwość wykonywania projektów badawczo-rozwojowych na zlecenie

Szczegółowe informacje można znaleźć na stronie [www.citt.umed.wroc.pl](http://www.citt.umed.wroc.pl)

## 1.4. Struktura organizacyjna i zatrudnienie

Struktura organizacyjna Uniwersytetu Medycznego została przedstawiona na schemacie [www.bip.umed.wroc.pl/struktura-organizacyjna](http://www.bip.umed.wroc.pl/struktura-organizacyjna)

## 1.5. Deklaracja Kierownictwa

Podejmując decyzję o dostosowaniu Systemu Zarządzania Jakością na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu do normy ISO 9001:2015, Rektor złożył deklarację odnośnie Polityki Jakości. Jej treść jest rozpowszechniana przez Rektora wśród pracowników.

## 1.6. Dokumenty związane

- « Schemat organizacyjny
- « Strategia rozwoju UMW 2014–2020



## 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:
  - « punkty – oznaczane kolejnymi liczbami,
  - « podpunkty – oznaczane dwiema cyframi arabskimi, z których pierwsza oznacza numer punktu, a druga kolejny podpunkt,
  - « wyodrębnione tematy występujące w podpunkcie – są oznaczane kolejnymi cyframi arabskimi bądź kolejnymi literami alfabetu.
- 2) Na końcu każdego punktu występuje podpunkt dotyczący dokumentów związanych z treścią danego punktu.
- 3) W nagłówkach każdej strony są umieszczane następujące elementy: tytuł dokumentu („Księga Jakości”), numer strony.
- 4) Księgę Jakości zatwierdza Rektor.

### 2.2. Ewidencja i rozpowszechnianie

1) Wszystkie egzemplarze Księgi Jakości w formie papierowej są rejestrowane. Numer egzemplarza znajduje się na stronie tytułowej. Egzemplarz Nr 0 jest egzemplarzem podstawowym, z którego Pełnomocnik powiela pozostałe egzemplarze.

2) Udostępnianie Użytkownikom Księgi Jakości określa Rektor.

Dla pracowników UM aktualne wydanie Księgi Jakości będzie dostępne na stronie internetowej <https://www.umed.wroc.pl/iso-procedury>.

3) Księgę Jakości rozpowszechnia Pełnomocnik, zgodnie z rozdzielnikiem przedstawionym w podpunkcie 11.4.

4) Zabronione jest kopiowanie, udostępnianie i rozpowszechnianie Księgi Jakości lub jej fragmentów bez zgody Rektora.

5) Udostępnianie Księgi Jakości osobom lub instytucjom zewnętrznym odbywa się tylko za zgodą i na zasadach określonych przez Rektora (egzemplarz ten nie podlega aktualizacji i jest opatrzony adnotacją „Egzemplarz nienadzorowany”).

### 2.3. Aktualizacja

1) Zmiany w Księdze Jakości wprowadza wyłącznie Pełnomocnik i zatwierdza Rektor.

2) Wprowadzanie zmian w Księdze Jakości następuje poprzez wymianę stron na nowe zawierające zmienioną treść z podaniem daty, edycji, strony we wszystkich wydanych egzemplarzach.

3) Każda wprowadzona zmiana jest rejestrowana w Karcie nowelizacji Księgi Jakości. Kartę prowadzi Pełnomocnik.

4) Decyzję o nowej edycji Księgi Jakości podejmuje Rektor na wniosek Pełnomocnika.

Zasady wprowadzania i oznaczania zmian określa procedura Nadzór nad dokumentami.

### 2.4. Przechowywanie i archiwowanie

1) Za przechowywanie i archiwowanie Księgi Jakości jest odpowiedzialny Pełnomocnik.

2) Do obowiązków Pełnomocnika z zakresu archiwowania Księgi Jakości należy przechowywanie egzemplarza nr „0” wszystkich kolejnych wydań wraz z wprowadzonymi zmianami.

### 2.5. Dokumenty związane

Schemat organizacyjny

<http://www.bip.umed.wroc.pl/struktura-organizacyjna>



P E R F O R M

M A R K E T I N G

W E B S I T I N G

S E R V E

H O P

O N L I N E

L A C K O U T

D R A F T

L O G S

O U T L E T

## 3. TERMINOLOGIA

### 3.1. Definicje

Definicje i terminy zastosowane w Księdze Jakości są zgodne z normą ISO 9000:2015, dokumentem „Strategia rozwoju Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu na lata 2014–2020”.

Poniżej podano definicje terminów występujących w niniejszej Księdze Jakości, procedurach i kartach procesów.

**Audit** – systematyczny, niezależny i udokumentowany proces uzyskiwania obiektywnego dowodu oraz jego obiektywnej oceny w celu określenia stopnia spełniania kryteriów auditu

**Badanie** – działanie techniczne, które polega na określeniu, zgodnie z ustaloną procedurą, jednej lub wielu właściwości albo możliwości danego wyrobu, materiału, sprzętu, organizmu, zjawiska fizycznego, procesu lub usługi

**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

**Cele strategiczne** – powiązany zbiorem priorytetów działań, objaśniającym w jaki sposób będzie wdrażana Strategia. Cele strategiczne wyznaczają główne kierunki działania w dłuższej perspektywie czasu, pokazują w jaki sposób Uczelnia będzie realizowała misję. Cele te są wyrażane w możliwie najogólniejszy sposób, ponieważ muszą one stanowić centrum uwagi wspólne dla całej organizacji

**Cele operacyjne** – cele będące uszczegółowieniem celów strategicznych, które są bardziej konkretne i określają kierunek działań wymagany od poszczególnych jednostek organizacyjnych i osób. Cele operacyjne osiągnąć są za pośrednictwem rzeczywistych programów działań, projektów i procedur

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

**Dokument** – informacja i jej nośnik materialny lub elektroniczny przeznaczony do rozpowszechniania

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

**Dostawca** – obszar SZJ lub osoba fizyczna dostarczająca wyrób obszar SZJ

**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 niepożądanego sytuacji

**Efektywność** – relacja między osiągniętymi wynikami a wykorzystanymi zasobami

**Gospodarowanie odpadami** – zbieranie, transport, odzyskiwanie i unieszkodliwianie odpadów, w tym nadzór nad takimi działaniami oraz nad miejscami unieszkodliwiania odpadów

**Higiena Pracy** – jedna z dziedzin nauk medycznych, zajmująca się wpływem środowiska na organizm człowieka i zdrowia warunków wykonywania pracy

**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 obszar SZJ

**Jakość** – stopień, w jakim zestaw naturalnych właściwości spełnia wymagania

**Klient** – osoba lub organizacja, która mogłaby otrzymywać lub otrzymuje wyrób lub usługę, które są przeznaczone dla niej lub organizacji, lub wymagane przez tę osobę, lub organizację, przykład: konsument, interesant, użytkownik końcowy, detalista, odbiorca wyrobu lub usługi w ramach procesu wewnętrznego, beneficjent, nabywca

**Kodeks Pracy** – podstawowy akt prawny z zakresu prawa pracy, w którym zostały zawarte przepisy określające prawa i obowiązki stron stosunku pracy. Kodeks pracy określa prawa i obowiązki pracowników i pracodawców

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

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

**Kontekst organizacji** – kombinacja czynników wewnętrznych i zewnętrznych, które mogą wpływać na podejście organizacji do ustalania i osiągania swoich celów.

Cele organizacji mogą dotyczyć jej wyrobów i usług, inwestycji i zachowania w stosunku do zainteresowanych stron.

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

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

**Korekcja** – działanie w celu usunięcia wykrytej niezgodności

**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

**Magazynowanie odpadów** – czasowe przetrzymywanie lub gromadzenie odpadów przed ich

transportem, odzyskiem lub unieszkodliwieniem materialną miarę lub przez materiał odniesienia, a odpowiadającymi im wartościami wielkości,

**Misja** – świadectwo tożsamości Uczelni, określa kierunek i obszar działania oraz sens jej istnienia. W szczególności misja zawiera odniesienie do celów strategicznych w kontekście naczelnych wartości.

**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

**Naczelne wartości** – wartości odzwierciedlające kulturę organizacyjną Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, zajmują najważniejsze miejsce w hierarchii wartości i są kluczowym wyznacznikiem w procesie podejmowania decyzji strategicznych.

**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 organizacją i ją nadzorują.

**Naprawa** – działanie wobec wyrobu niezgodnego, aby był możliwy do przyjęcia do zamierzonego użycia

**Niezgodność** – niespełnienie wymagania

**Ochrona pracy** – system środków zapewniających pracownikom bezpieczne dla ich życia wykonywanie służbowych obowiązków

**Odpady komunalne** – odpady powstające w gospodarstwach domowych, a także odpady nie zawierające odpadów niebezpiecznych pochodzące od innych wytwórców odpadów, które ze względu na swój charakter lub skład są podobne do odpadów powstających w gospodarstwach domowych

**Odpady niebezpieczne** – odpady, które ze względu na swoje pochodzenie, skład chemiczny, biologiczny, inne właściwości i okoliczności są zagrożeniem dla życia lub zdrowia ludzi albo dla środowiska

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

**Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością** – przedstawiciel kierownictwa Uniwersytetu

Medycznego we Wrocławiu sprawujący nadzór nad funkcjonowaniem Systemu Zarządzania Jakością ustanowiony zarządzeniem wewnętrznym

**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

**Plan jakości** – specyfikacja procedur i związanych z nimi zasobów, jakie mają być zastosowane, przez kogo i kiedy w odniesieniu do danego obiektu

**Polityka jakości** – ogół zamierzeń i ukierunkowanie obszar SZJ dotyczące jakości, formalnie wyrażone przez najwyższe kierownictwo

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

**Posiadacz odpadów** – każdy, kto faktycznie włada odpadami (wytwórca odpadów)

**Potencjał pracownika** – zdolności, możliwości i predyspozycje pracownika

**Proces** – łańcuch powiązanych w logiczny sposób czynności, które wykorzystując dostępne zasoby (m.in. programy, metody kształcenia, wykładowców i wyposażenie) przetwarza wejścia w wyjścia, które prowadzą do osiągnięcia zamierzonego celu

**Proces pomiarowy** – zbiór operacji do określenia wartości wielkości

**Projekt** – zespół zorganizowanych działań, które prowadzą do osiągnięcia określonego celu Uczelni. Cel projektu powinien być konkretny, mierzalny i realny do osiągnięcia. Działania te jako całość są niepowtarzalne, mają określony początek i koniec oraz dedykowany budżet i zespół. Projekt strategiczny wynika bezpośrednio ze Strategii rozwoju Uczelni, a jego realizacja przyczynia się do osiągnięcia celów strategicznych

**Projektowanie i prace rozwojowe** – zbiór działań, podczas których następuje przekształcenie wymagań na określone właściwości lub specyfikacje wyrobu, procesu lub systemu

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

**Przegląd** – działanie podejmowane w celu określenia przydatności, adekwatności i skuteczności

przedmiotu rozważań do osiągnięcia ustalonych celów

**Przegląd zarządzania** – formalna ocena stanu systemu jakości oraz jej adekwatności do polityki jakości i jej celów przeprowadzana przez najwyższe kierownictwo

**Ryzyko** – rezultat niepewności; rezultat 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 i planowane wyniki osiągnięte

**Specyfikacja** – dokument, w którym podano wymagania

**Stanowisko pracy** – przestrzeń pracy, wraz z wyposażeniem w środki i przedmioty pracy, w której pracownik lub zespół pracowników wykonuje pracę

**Strategia obszar SZJ** – sposób kształtowania relacji między obszar SZJ a otoczeniem, co wymaga określenia jej długofalowych celów i przyjmowania takich kierunków działania oraz takiego alokowania zasobów, które są konieczne do zrealizowania tych celów

**Strona zainteresowana** – osoba lub organizacja, która może mieć wpływ na decyzje lub działania, podlegać ich wpływom lub która uważa się za podlegającą wpływom decyzji lub działań

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

**Klient** – osoba lub organizacja, która mogłaby otrzymywać lub otrzymuje wyrób lub usługę, które są przeznaczone dla niej lub organizacji, lub wymagane przez tę osobę lub organizację

**Dostawca** – organizacja, która dostarcza wyrób lub usługę

**Regulator** – jednostka, która może kontrolować na drodze prawnej politykę i sposób działania orga-

nizacji lub w inny sposób oddziaływać na nią. Istnieją dwa typy regulatorów. Pierwsze to agencje regulacyjne powoływane przez rząd w celu regulacji działalności organizacyjnej, np. chroni prawa jednostek. Otoczenie regulacyjne nakłada na organizacje wiele ograniczeń. Drugi typ regulatora to grupa interesu

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

**Konkurenci** – inne organizacje, które konkurują z daną organizacją o zasoby, najczęściej o pieniądze klientów, siłę roboczą wysokiej jakości.

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

**System Zarządzania Jakością** – zbiór procedur, zasad, metod, narzędzi; stanowisk pracy i powiązań zależności będących elementami do osiągnięcia celów jakościowych.

**Szansa** – zbiór okoliczności, które sprawiają, że staje się możliwe 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 jej terenie

**Środki ochrony indywidualnej** – środki przeznaczone do ochrony człowieka przed 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 jest wykonywana praca

**Udokumentowana informacja – Dokument** – w sytuacji, gdy udokumentowana informacja jest przedmiotem, który może się zmienić (np. w przy-

padku procedur, instrukcji), organizacja musi utrzymywać informację w taki sposób, aby była ona stale aktualna

**Zapis** – tam, gdzie informacja zazwyczaj nie jest przedmiotem, który podlega zmianom (np. zapisy) organizacja musi przechowywać tę informację

**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 odnoszonymi do nich wymaganiami.

**Wizja** – wyraża wyobrażenie o przyszłości Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, wynikające z aspiracji kadry zarządzającej, określone przez przyszłą, pożądaną jego pozycję i rolę w otoczeniu oraz kluczową domenę jego działania. Wizja wskazuje wszystkim pracownikom pożądaną kierunek rozwoju Uczelni do ustalonego roku

**Wydajność** – relacja między osiągniętymi wynikami a wykorzystanymi zasobami

**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

**Wytwórca odpadów** – każdy, którego działalność lub bytowanie powoduje powstawanie odpadów



oraz każdego, kto przeprowadza wstępne przetwarzanie, mieszanie lub inne działania powodujące zmianę charakteru lub składu tych odpadów

**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 wzorec jednostki miary (VIM)

**Wzorec odniesienia jednostki miary** – wzorec 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

**Zagrożenie** – stan środowiska pracy mogący spowodować wypadek lub chorobę

**Zapis** – dokument, w którym przedstawiono uzyskane wyniki lub dowody przeprowadzonych działań

**Zarządzanie** – skoordynowane działania dotyczące kierowania organizacją i jej nadzorowania

**Zarządzanie jakością** – zarządzanie w odniesieniu do jakości

**Zbieranie odpadów** – każde działanie, w szczególności umieszczanie w pojemnikach, segregowanie i magazynowanie odpadów, które ma na celu przygotowanie ich do transportu do miejsc odzysku lub unieszkodliwiania

### 3.2. Skróty

**Władze Uczelni** – Najwyższe Kierownictwo

**UMW** – Uniwersytet Medyczny

**SZJ** – System Zarządzania Jakością

**Pełnomocnik** – Pełnomocnik Rektora ds. Systemu Zarządzania Jakością wraz ze Specjalistą ds. Systemu zarządzania jakością ISO lub sam Specjalista ds. Systemu zarządzania jakością ISO

**Pełnomocnik Rektora** – Pełnomocnik Rektora ds. Systemu Zarządzania Jakością

**Pełnomocnicy Wydziałowi** – Pełnomocnicy Wydziałowi Rektora ds. Systemu Zarządzania Jakością

**BHP** – bezpieczeństwo i higiena pracy

**p.-poż.** – przeciwpożarowe

**KJ** – Księga Jakości

**Norma ISO 9001:2015** - PN-EN ISO 9001:2015-10

**ZZP** – Zespół Zamówień Publicznych

**LEK** – Lekarski Egzamin Końcowy

**LDEK** – Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy

### 3.3. Dokumenty związane

« Norma ISO 9000:2015 – Systemy zarządzania jakością – podstawy i terminologia

« Norma ISO 9001:2015 - Systemy zarządzania jakością – wymagania

« Raport z badania „Monitorowanie karier zawodowych absolwentów Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu rocznika 2015” Opracowali: Łukasz Strączek, Irena Kęśminowicz, Wrocław lipiec 2017

« Sprawozdanie z Analizy ankiet SONA na Wydziale Lekarskim przeprowadzonej w semestrze zimowym 2016/2017 wraz analizą porównawczą z roku 2015/216 z dnia 17.03.2017

« Protokół z przeglądu Systemu Zarządzania Jakością Wrocław 09.01.2017; AN/02/2017

« Strategia Rozwoju UMW 2014–2020

[https://www.umed.wroc.pl/sites/default/files/files/uczelnia/strategia\\_rozwoju\\_2014\\_WWW.pdf](https://www.umed.wroc.pl/sites/default/files/files/uczelnia/strategia_rozwoju_2014_WWW.pdf)

« Centrum Wspierania Nauki: zasady funkcjonowania; opracowała Agnieszka Skotarczyk; Wrocław 13.04.2017



## 4. SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

### 4.1. Kontekst organizacji

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu określił wymagania, potrzeby i oczekiwania klientów bezpośrednich, tj. tych, którzy płacą mu za kształcenie studentów i realizację zadań naukowych oraz końcowych użytkowników, m.in. studenci, którzy po zakończeniu procesu dydaktycznego stają się absolwentami i odbiorcy badań naukowych, w tym szczególnie tych skomercjalizowanych.

Na tej podstawie określono czynniki zewnętrzne i wewnętrzne, które wpływają negatywnie lub pozytywnie na spełnianie przez Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu tych wymagań, potrzeb i oczekiwań.

Do czynników wewnętrznych zaliczono m.in.:

- « zabezpieczanie własności intelektualnej,
- « dostępność kompetentnych nauczycieli akademickich i innego personelu,
- « sprawność sprzętu do prowadzenia działalności naukowo-dydaktycznej i oprogramowania,
- « styl zarządzania i atmosfera w pracy,
- « dostęp do Internetu.

Do czynników zewnętrznych zaliczono m.in.:

- « otoczenie polityczno-prawne, które ma wpływ na istnienie i sposób działania Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu,
- « dostępność osób fizycznych o odpowiednich kompetencjach prowadzących zajęcia dydaktyczne, z którymi Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu zawiera umowy cywilno-prawne,
- « konkurencję,
- « czynniki ekonomiczne mające wpływ na wzrost opłat za organizowane studia i kursy płatne, w tym inflację.

Na podstawie czynników wewnętrznych i zewnętrznych, które wpływają negatywnie na osiągnięcie przez Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu 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 zleceniodawcom wyników analiz oraz na ich miarodajność.

Na podstawie czynników wewnętrznych i zewnętrznych, które wpływają pozytywnie na osiągnięcie przez Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu zakładanych celów, określono odpowiednio szanse wewnętrzne i zewnętrzne. Przypisano je do odpowiednich procesów. Ustalono częstość monitorowania sytuacji na zewnątrz i wewnątrz Uczelni oraz analizowania zebranych informacji na ten temat.

Wnioski z przeanalizowania informacji zebranych na temat kontekstu organizacji są podstawą do planowania systemu zarządzania jakością (z wykorzystaniem myślenia opartego na ryzyku). Władze Uczelni przeprowadzają takie analizy i wyciągają w tej kwestii wnioski.

### 4.2. Potrzeby i oczekiwania stron zainteresowanych

Biorąc pod uwagę wpływ lub potencjalny wpływ na zdolność Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu do stania się instytucją przedsiębiorczą i konkurencyjną na rynku badawczym, edukacyjnym i innowacyjno-wdrożeniowym, wybrano strony zainteresowane, które w danym okresie są istotne dla systemu zarządzania jakością. Są nimi m.in.

- « studenci,
- « odbiorcy wyników badań naukowych,
- « wydawcy publikacji będących wynikiem prowadzonej działalności naukowej,
- « Ministerstwo Szkolnictwa Wyższego,
- « Uniwersytecki Szpital Kliniczny i jednostki ZOZ,
- « Polska Komisja Akredytacyjna,
- « Dolnośląska Izba Lekarska,

- « Dolnośląska Izba Farmaceutyczna,
- « osoby fizyczne prowadzące zajęcia dydaktyczne, nie będące pracownikami UM,
- « nauczyciele akademicy będący pracownikami UM,
- « inni pracownicy UM mający wpływ na SZJ,
- « i inne.

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

- « identyfikacja wymagań przepisów prawnych odnoszących się do przedmiotu działalności UM,
- « badanie zadowolenia studentów i innych istotnych stron zainteresowanych oraz identyfikowanie ich potrzeb i oczekiwań.

W celu identyfikacji nowych potrzeb i oczekiwań obecnych i potencjalnych klientów podejmuje się następujące działania:

- « identyfikacja i ocena konkurencji na rynku uczelni medycznych
- « identyfikacja możliwości rynkowych, (np. nowe kierunki studiów)
- « identyfikacja słabości i możliwości poprawy konkurencyjności

Ustalono częstotliwość monitorowania, czy potrzeby i oczekiwania wybranych istotnych stron zainteresowanych nie zmieniły się. Zebrane informacje na ten temat analizuje się i następnie odpowiednio reaguje na zaistniałe zmiany. Powyższe informacje są danymi wejściowymi do procesu planowania systemu zarządzania jakością, jako potencjalne ryzyka i szanse.

Zasady postępowania w tego zakresu zostały opisane w Załączniku nr 1 Planowanie jakości.

Poniżej podano przykłady współpracy Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z konkretnymi istotnymi stronami zainteresowanymi – już realizowanej lub planowanej:

- « współpraca Uczelni z Interesariuszami Zewnętrznymi – planuje się wprowadzenie procedury współpracy Uczelni z Interesariuszami Zewnętrznymi oraz procedury monitorowania karier zawodowych absolwentów, które będą regulowane osobnymi zarządzeniami Rektora

Źródło: <https://www.wnoz.umed.wroc.pl/content/rada-interesariuszy-zewn%C4%99trznich-wydzia%C5%82u>  
<https://www.stomatologia.umed.wroc.pl/sites/default/files/stomatologia/files/STRATEGIA%20rozwoju%20WL-S.pdf>

- « Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej – współpraca WZJK WL z UM

Źródło: Sprawozdanie z posiedzenia Wydziałowego Zespołu ds. Jakości Kształcenia na WL 02.03.2017

Opracowała dr Ewa Chlebda-Sieragowska przewodnicząca wydziałowego zespołu ds. Jakości Kształcenia na WL

- « Uchwała Senatu 1673 22 czerwca 2016 r. upoważnienie Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu jako przedstawiciela 100% udziałowca spółki UMED KOMERC Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu do zawarcia umowy spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z Instytutem Niskich Temperatur i Badań Strukturalnych PAN we Wrocławiu.

#### 4.2.1. Dokumenty związane

- 1) Wykaz aktów prawnych: np. Studia Doktoranckie <https://www.wlkp.umed.wroc.pl/content/wlkp-podstawy-prawne>
- 2) Uczelniany System Zapewnienia Jakości Kształcenia <https://www.umed.wroc.pl/dk-prawo>
- 3) Strategia Rozwoju UMW 2014-2020 [https://www.umed.wroc.pl/sites/default/files/files/uczelnia/strategia\\_rozwoju\\_2014\\_WWW.pdf](https://www.umed.wroc.pl/sites/default/files/files/uczelnia/strategia_rozwoju_2014_WWW.pdf)

#### 4.3. Zakres systemu zarządzania jakością

Rektor zdecydował, że zakres Systemu Zarządzania Jakością pozostanie niezmienny. Zakres Systemu Zarządzania Jakością zgodnego z normą ISO 9001:2015 obejmuje działalność edukacyjną i naukowo-badawczą.

Decyzję tę podjęto po rozważeniu:

- « strategii rozwoju UMW 2014-2020,
- « obecnych i przewidywanych potrzebach i oczekiwaniach klientów (płatników i tych, którzy korzystają z usług oferowanych przez Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, kształcenia studentów itd.),
- « wymagań przepisów prawnych,
- « wymagań wybranych stron zainteresowanych,
- « procesów potrzebnych do ich wykonania,
- « kwestii, które wyniknęły po analizie otoczenia zewnętrznego i wewnętrznego, w jakim działa Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu,
- « wyniku oceny ryzyka.

Na podstawie zakresu systemu zarządzania jakością wybrano obszar UM, który objęto SZJ oraz procesy. SZJ objęto wszystkie jednostki wchodzące w skład UM. Schemat struktury organizacyjnej UM przedstawiony na następującej stronie:

<http://www.bip.umed.wroc.pl/struktura-organizacyjna>

Do systemu zarządzania jakością włączono wszystkie wymagania normy ISO 9001:2015.

#### 4.4. System zarządzania jakością i jego procesy

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 nieosiągnięcia zaplanowanych wyników.
- 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.

##### 1. Podejście procesowe

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

Służą one do realizacji wizji i strategii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w latach 2014-2020.

Identyfikację procesów oraz ich okresową analizę i aktualizację przeprowadzą Pełnomocnik we współpracy z Rektorem.

W Systemie Zarządzania Jakością wyodrębniono następujące procesy:

- 1) Procesy zarządzania – Strategia i rozwój
- 2) Procesy realizacji usługi:
  - « Proces dydaktyczny
  - « Proces naukowy
- 3) Procesy wspierające:
  - « Nadzór nad szpitalem klinicznym
  - « Zarządzanie finansami
  - « Zarządzanie personelem
  - « Infrastruktura
  - « Obsługa administracyjna
  - « Prowadzenie dokumentacji studenta

Powiązania pomiędzy Wizją i strategią Uniwersytetu medycznego we Wrocławiu a procesami systemu zarządzania jakością przedstawia załącznik 2 do Księgi Jakości – Powiązania pomiędzy Wizją i strategią Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu a procesami systemu zarządzania jakością.

Powiązania i oddziaływanie procesów Uniwersytetu medycznego we Wrocławiu

Procesy główne realizują najważniejsze cele statutowe Uczelni, a procesy wspierające pomagają skutecznie wykonywać procesy główne.



Źródło: [https://www.umed.wroc.pl/sites/default/files/files/uczelnia/strategia\\_rozwoju\\_2014\\_WWW.pdf](https://www.umed.wroc.pl/sites/default/files/files/uczelnia/strategia_rozwoju_2014_WWW.pdf)

Proces naukowy to składające się na niego podprocesy: planowanie działalności naukowej, pozyskiwanie środków finansowych, realizacja projektu badawczego najczęściej zakończona publikacją. Nadzór nad procesem naukowym sprawuje Prorektor ds. Nauki.

Proces dydaktyczny składa się z następujących podprocesów: opracowanie i modyfikacja oferty dydaktycznej, działalność promocyjna, rekrutacja oraz realizacja dydaktyki – zapoczątkowana planowaniem i obsadą zajęć, a zakończona ewaluacją.

Procesami wspierającymi są m.in. obsługa administracyjna oraz prowadzenie dokumentacji studenta. Proces dydaktyczny jest realizowany na poziomie wydziału. Zgodnie ze statutem za jego realizację odpowiada dziekan, w imieniu którego przebieg procesu koordynuje prodziekan ds. studenckich. Właścicielem procesu dydaktycznego na poziomie całej Uczelni jest prorektor ds. dydaktyki, który odpowiada za realizację celów strategicznych w obszarze dydaktyki, przy współpracy z Działem Organizacji Dydaktyki, do którego zadań należą:

Sekcja Planowania i Organizacji Dydaktyki

1. Opracowywanie projektów wewnętrznych aktów normatywnych, standardów i procedur z zakresu: organizacji roku akademickiego, planowania i realizacji zajęć dydaktycznych, w tym odbywanie staży i praktyk.
2. Rozliczanie kosztów dydaktyki w tym klinicznej.
3. Opracowanie harmonogramów roku akademickiego oraz szczegółowych planów zajęć dydaktycznych, w tym klinicznych.
4. Zarządzanie salami dydaktycznymi,
5. Bieżąca aktualizacja i udostępnianie planów zajęć studentom, wykładowcom i pozostałym pracownikom uczelni.
6. Kontrola i monitoring realizacji zajęć, rozliczanie pensum dydaktycznego, godzin ponadwymiarowych i zleconych nauczycieli akademickich.
7. Sporządzanie umów cywilnoprawnych i weryfikacja rachunków, za prowadzenie zajęć dydaktycznych.
8. Inicjowanie i wdrażanie projektów zmierzających do optymalizacji kosztów dydaktyki, efektywnego wykorzystania bazy dydaktycznej oraz

doskonalenia obsługi wykładowców z zakresu planowania i rozliczania dydaktyki.

9. Obsługa administracyjna Komisji Dydaktyki i Wychowania oraz Komisji ds. Akredytacji.
10. Prowadzenie analiz i sprawozdawczości w zakresie dydaktyki, w tym POLON i GUS.

Do podstawowych zadań Biura ds. Jakości Kształcenia należy w szczególności obsługa administracyjna Uczelnianego Zespołu ds. Jakości Kształcenia oraz Wydziałowych Zespołów ds. Jakości Kształcenia z zakresu:

1. Prowadzenie całokształtu spraw związanych z utrzymaniem i doskonaleniem uczelnianego systemu zapewnienia jakości kształcenia (USZJK).
2. Opracowywanie i aktualizowanie wewnętrznych aktów prawnych oraz dokumentacji USZJK.
3. Organizacja szkoleń, seminariów i konferencji dotyczących jakości kształcenia.
4. Koordynowanie procesu badania jakości kształcenia (np. ankiety studenckie, hospitacje), opracowywanie wyników badań, przygotowywanie wniosków oraz propozycji działań korygujących.
5. Koordynowanie ewaluacji obowiązkowych staży i praktyk.
6. Współpraca z Biurem Audytu i Kontroli Wewnętrznej w zakresie integracji USZJK z systemem zarządzania jakością zgodnego z ISO 9001:2015.

Poszczególne procesy zostały opracowane, a następnie opublikowane w wewnętrznych zarządzeniach Rektora, Kanclerza, Uchwałach Senatu UM, księdze jakości i procedurach dostępnych na stronie <http://www.zarz.umed.wroc.pl/>

Do każdego zidentyfikowanego procesu przypisano jego właściciela. Właścicielami procesów są Rektor, Prorektorzy, Kanclerz, Pełnomocnik Rektora ds. ISO oraz Pełnomocnicy Wydziałowi ds. ISO lub wyznaczone przez nich osoby. Do ich obowiązków i kompetencji należy:

- « koordynowanie procesu,
- « opiniowanie dokumentów związanych z procesem,
- « inicjowanie i nadzorowanie działań korygujących i zapobiegawczych,
- « inicjowanie zmian w dokumentach i obszar SZJ procesu,
- « doskonalenie procesu.

## 2. Myślenie oparte na ryzyku

Myślenie oparte na ryzyku jest częścią podejścia procesowego. Nie wszystkie procesy mają taki sam wpływ na osiąganie celów SZJ, tj. na jakość usług świadczonych w UMW. W niektórych przypadkach niezgodności stanowią małe zagrożenie, w innych mogą doprowadzić UMW do poważnych problemów finansowych, dlatego na podstawie zidentyfikowanego ryzyka określa się procesy istotne i ocenia, jaki mają wpływ na wynik całego systemu zarządzania jakością.

## 3. Cykl PDCA

Cykl PDCA przygotowuje Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu do wprowadzania zmian w poszczególnych procesach odpowiednio często, aby nadążyły one za zmianami zachodzącymi w jego otoczeniu zewnętrznym i wewnętrznym. PDCA działa jako cykl ciągłego doskonalenia z myśleniem opartym na ryzyku na każdym jego etapie.

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 UMW. Zasady postępowania z tego zakresu zostały opisane w Załączniku nr 1 Planowanie jakości.







## 5. PRZYWÓDZTWO

### 5.1. Przywództwo i zaangażowanie

W Systemie zarządzania jakością Władze akademickie i władze administracyjne spełniają wiodącą rolę. Sprawowanie tej roli zapewniają:

- 1) Zaangażowanie Władz Uczelni w funkcjonowanie, doskonalenie i rozwój Systemu poprzez:
  - a) wytyczanie celów strategicznych dla Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu przez Rektora w oparciu o analizę rynku i wymagań przepisów prawnych, na tej podstawie ustanawianie Polityki Jakości, a następnie zapoznanie z nią personelu.
  - a) W załączniku nr 1. Planowanie jakości przedstawiono tryb postępowania z tego zakresu.
  - b) dostosowanie Systemu Zarządzania Jakością do wymagań normy ISO 9001:2015 i jego skuteczne utrzymywanie przez Władze Uczelni w sposób korzystny dla obszaru SZJ oraz zwiększający zadowolenie klientów i innych istotnych stron zainteresowanych. Zapewnianie przydatności i adekwatności Systemu Zarządzania Jakością następuje m.in. poprzez dokonywanie przeglądów zarządzania Tryb postępowania w tym zakresie został opisany w Zarządzeniu Kanclerza Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu dotyczącym powołania zespołu do przeprowadzenia przeglądu zarządzania Podstawą do ustalenia tematyki zagadnień jest pkt 9.3 normy ISO 9001:2015 wyznaczenie osób odpowiedzialnych za SZJ oraz określenie szczegółowo sposobu spełniania poszczególnych wymagań zawartych w p. 5.1.1 „Postanowienia ogólne” i 5.3 „Role, odpowiedzialność i uprawnienia w organizacji”.

Tryb postępowania z tego zakresu został opisany w Zasadach spełniania wymagań ISO 9001:2015 p. 5.1.1 „Przywództwo i zaangażowanie” i p. 5.3 Role, odpowiedzialność i uprawnienia w organizacji” w SZJ UMW ustanowienie wewnętrznych zasad postępowania niezbędnych w Systemie i sprawowanie nad nimi stałego nadzoru (Pełnomocnicy Wydziałowi, Specjalista ds. zarządzania jakością ISO, audytorzy wewnętrzni).

- c) angażowanie pracowników w działania na rzecz jakości poprzez rozpowszechnianie wymagań i celów dotyczących jakości,
  - d) formy komunikowania z klientami i istotnymi stronami zainteresowanymi,
  - e) 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, w tym aparatury medycznej i laboratoryjnej wykorzystywanej do procesów naukowo-badawczego i dydaktycznego.
  - 3) Przyjęte rozwiązania organizacyjne zapewniające wpływ Władz Uczelni na kształt i rozwój SZJ, a mianowicie:
    - a) określenie obowiązków, odpowiedzialności z zakresu jakości i zapisanie ich w poszczególnych dokumentach:
      - powołanie Pełnomocnika Rektora ds. Systemu Zarządzania Jakością ISO na Uniwersytecie Medycznym,
      - Zarządzenie nr 4/XIV R/2006 Rektora Akademii Medycznej we Wrocławiu z dnia 27 stycznia 2006 r. w sprawie powołania pełnomocnika uczelnianego i pełnomocników wydziałowych ds. ISO.

Zarządzenie nr 1/ZK/2019 Kanclerza Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 11.01.2019 r. w sprawie przeprowadzenia przeglądu Systemu Zarządzania Jakością na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu,

b) sprawowanie nadzoru nad dokumentacją i zapisami – procedury.

Nadzór nad dokumentami i Nadzór nad zapisami

4) Sprawowanie funkcji nadzoru i kontroli poprzez:

a) auditowanie wszystkich komórek organizacyjnych i obszarów objętych Systemem i okresową ocenę auditorów – procedura Wewnętrzne audyty jakości,

b) ocenianie w zaplanowanych odstępach czasu przydatności, adekwatności i skuteczności Systemu,

c) ocenę efektywności realizowanych działań korygujących – procedury Działania korygujące.

## 5.2. Orientacja na klienta

Celem działalności Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu jest świadczenie usług w zakresie kształcenia studentów i prowadzenia badań naukowych w dziedzinie nauk medycznych i farmaceutycznych, konkurencyjnych pod względem jakości, w warunkach gwarantujących poprawność efektów przewidzianych w ustawach Ministra Szkolnictwa Wyższego.

Realizacja tych działań obejmuje m.in. uczestnictwo w konferencjach naukowych, prowadzenie wywiadu środowiskowego i internetowego, posiedzenia Senatu, Rady Wydziałów itd, systematyczny przegląd czasopism branżowych, ankietowanie klientów. Wyniki ww. działań są weryfikowane w stosunku do możliwości kadrowych, sprzętowych i lokalowych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

## 5.3. Polityka Jakości

Rektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu określa i zatwierdza do stosowania deklaracje Polityki Jakości. Są one odpowiednie do celu istnienia Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i do kontekstu organizacji oraz wspierają jej strategiczny kierunek rozwoju.

Założenia Polityki Jakości:

- « są dla pracowników jasnymi wskazówkami, co jest istotne dla tej Uczelni z punktu widzenia jakości,
- « określają granice dotyczące tego, co jest akceptowalne, a co nie jest możliwe do zaakceptowania na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu,
- « służą do wyrażenia, w jaki sposób praca ma być wykonywana i jakich wyników oczekują Władze Uczelni.

Podczas ustalania założeń polityki jakości wzięto pod uwagę:

- « oczekiwany poziom zadowolenia klientów i innych istotnych stron zainteresowanych
- « sprzyjające okazyje i konieczność ciągłego doskonalenia,
- « niezbędne zasoby,
- « udział dostawców i partnerów.

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

Rektor – poprzez Pełnomocnika Rektora i Pełnomocników Wydziałowych – wyjaśnił pracownikom, jak każde z tych ogólnych założeń ma być przez nich realizowane na stanowiskach pracy. Dzięki temu pracownicy zdają sobie sprawę z tego, w jaki sposób swoją pracą przyczyniają się do spełniania wymagań, potrzeb i oczekiwań zlecniodawców.

### 5.3.1. Polityka Jakości

Rektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu zapewnia, że polityka jakości:

- 1) jest odpowiednia do celu istnienia Uczelni,
- 2) zawiera zobowiązania do spełnienia wymagań i ciągłego doskonalenia skuteczności systemu zarządzania jakością,
- 3) tworzy ramy do ustanowienia i przeglądu celów dotyczących jakości,
- 4) jest zakomunikowana i zrozumiała na Uczelni,
- 5) jest przeglądana pod kątem jej ciągłej przydatności.

Treść Polityki Jakości podano w Załączniku nr 3 do „Księgi Jakości” Polityka Jakości.

### 5.3.2. Cele strategiczne, operacyjne i jakościowe

Podstawą do określenia deklaracji Polityki Jakością jest kontekst organizacji oraz cele strategiczne dla całej Uczelni. Są one opracowywane na podstawie misji Uczelni:

„Misją Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu jest profesjonalne kształcenie specjalistycznych kadr medycznych i farmaceutycznych oraz prowadzenie innowacyjnych badań naukowych w trosce o zdrowie i życie człowieka.”

Na tej podstawie ustala się cele strategiczne i operacyjne dla Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Na podstawie celów strategicznych określono cele operacyjne. Spośród nich wybrano cele jakościowe. Zostały one wyróżnione przez podkreślenie.

Zgodnie z założeniami Rektora na lata 2014–2020 Uczelnia, obok swych statutowych obowiązków dydaktycznych i naukowych, musi stać się instytucją przedsiębiorczą i konkurencyjną na rynku badawczym, edukacyjnym i innowacyjno-wdrożeniowym. W związku z tym określono następujące cele strategiczne:

#### Cel strategiczny:

Doskonalenie jakości procesu dydaktycznego

Cele operacyjne:

- « Ciągły rozwój i doskonalenie programów nauczania
- « Wprowadzanie nowoczesnych metod kształcenia
- « Doskonalenie systemu oceny jakości kształcenia, przy aktywnym udziale studentów
- « Informatyzacja procesu planowania dydaktyki, obsługi studentów i wykładowców
- « Zwiększenie liczby studentów na kierunkach płatnych
- « Optymalizacja kosztów dydaktyki, ograniczenie liczby godzin ponadwymiarowych
- « Doskonalenie relacji ze szpitalami klinicznymi z zakresu prowadzenia dydaktyki

Cel strategiczny:

- « Osiągnięcie znaczącej pozycji naukowej w kilku wiodących obszarach nauk medycznych

Cele operacyjne:

- « Określenie strategicznych kierunków rozwoju naukowego, wybór wiodących dyscyplin naukowych w Uczelni
- « Podwyższenie ocen parametrycznych wszystkich wydziałów, uzyskanych w wyniku kategoryzacji jednostek naukowych
- « Rozwój współpracy międzynarodowej, tworzenie interdyscyplinarnych konsorcjów naukowych
- « Integracja wrocławskiego środowiska naukowego
- « Wdrożenie systemu planowania rozwoju i finansowania działalności naukowo-badawczej
- « Wzrost środków finansowych pozyskanych na badania
- « Komerccjalizacja wyników badań
- « Zwiększenie efektywności wsparcia administracyjnego z zakresu pozyskiwania i rozliczania projektów badawczych

Następnie każdy wydział opracowuje swoje cele strategiczne i operacyjne.

Dla przykładu poniżej przedstawiono cele strategiczne, operacyjne i cele jakościowe (wyróżnione przez podkreślenie) dla Wydziału Lekarskiego na lata 2015–2020

Cele strategiczne

Strategia rozwoju Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu na lata 2015–2020 przyjęta uchwałą Rady Wydziału w dniu 18 czerwca 2015 roku

Obszar dydaktyczny

1. Celem strategicznym Wydziału Lekarskiego w obszarze najważniejszej misji każdej uczelni, jaką jest działalność dydaktyczna jest prowadzenie nowoczesnego i efektywnego kształcenia studentów oraz stałe doskonalenie jego jakości, nie tylko z zakresu pozyskiwania najnowszej wiedzy medycznej i praktycznych umiejętności zawodowych, ale także kształtowania postaw etycznych i społecznych.

Cele operacyjne

- « Modyfikacja programu kształcenia z naciskiem na wdrożenie praktycznej nauki medycyny
- « Systematyczna kontrola jakości kształcenia (m.in. analizy Wydziałowego Zespołu ds. Jakości)

- « Kształcenie oparte na hospitacjach i ocenach studentów oraz ścisła współpraca z Działem Jakości Kształcenia)
- « Informatyzacja procesu planowania dydaktyki (Dział Jakości Kształcenia) oraz obsługi studentów i wykładowców (e-dziekanat, system „Bazus”)
- « Optymalizacja kosztów dydaktyki (rzetelne i ekonomiczne rozliczanie obciążenia dydaktycznego)
- « Unowocześnienie infrastruktury dydaktycznej
- « Wprowadzanie nowoczesnych metod nauczania, opartych o specjalistycznych laboratoriach, urządzenia i programy multimedialne, rozwiązania informatyczne, w tym e-learningu
- « Uruchomienie Centrum Naukowej Informacji (nowej biblioteki uczelnianej)
- « Wprowadzenie dydaktyki opartej na technikach symulacyjnych (Centrum Symulacji)
- « Wspieranie indywidualnego rozwoju wyróżniających się studentów poprzez indywidualny tok studiów (ITS) oraz Studenckie Koła Naukowe;
- « Usprawnienie relacji ze szpitalem klinicznym w zakresie nauczania umiejętności praktycznych
- « Pozyskiwanie kandydatów na studia płatne, zwłaszcza w języku angielskim

- « Propagowanie studiów III stopnia (doktoranckich)
- « Otwieranie nowych kierunków studiów na Wydziale, zwłaszcza między obszarowych, we współpracy z innymi uczelniami (Chemia i toksykologia kliniczna, Biotechnologia medyczna).

Postępowanie przy opracowywaniu celów strategicznych Uczelni przedstawiono na poniższych schematach.

Cele strategiczne są aktualizowane i znajdują się w następujących dokumentach

- « Strategia rozwoju Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego – UMW 2014–2020

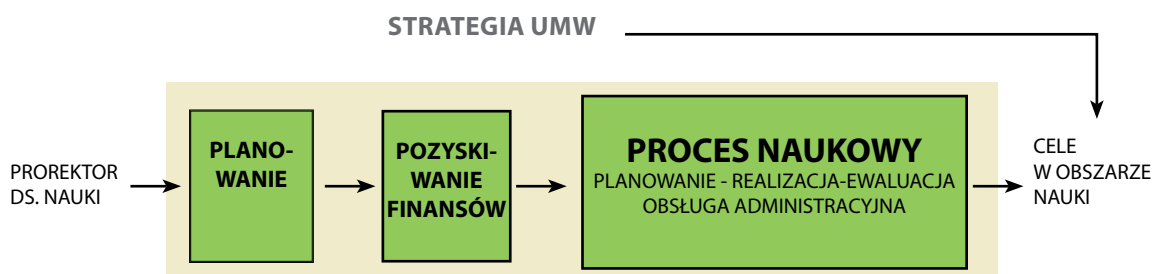
<https://www.stomatologia.umed.wroc.pl/sites/default/files/stomatologia/files/STRATEGIA%20rozwoju%20WL-S.pdf>

- « Strategia rozwoju Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu na lata 2014–2020

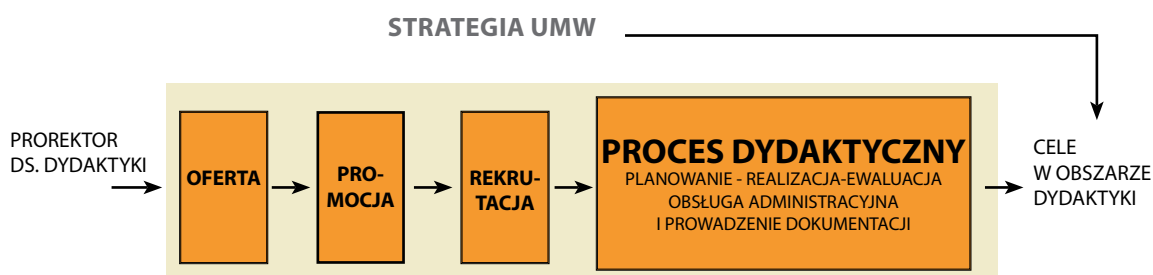
[https://www.umed.wroc.pl/pliki/Strategia\\_rozwoju\\_WLKP\\_2014\\_2020.pdf](https://www.umed.wroc.pl/pliki/Strategia_rozwoju_WLKP_2014_2020.pdf)

- « Misja i Strategia Rozwoju Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej na lata 2016–2020

[https://www.farmacja.umed.wroc.pl/sites/default/files/files/MISJA\\_I\\_STRATEGIA\\_ROZWOJU\\_WFzOAM\\_UMW\\_na\\_lata\\_2016\\_2020.pdf](https://www.farmacja.umed.wroc.pl/sites/default/files/files/MISJA_I_STRATEGIA_ROZWOJU_WFzOAM_UMW_na_lata_2016_2020.pdf)



Źródło: [https://www.umed.wroc.pl/sites/default/files/files/uczelnia/strategia\\_rozwoju\\_2014\\_WWW.pdf](https://www.umed.wroc.pl/sites/default/files/files/uczelnia/strategia_rozwoju_2014_WWW.pdf)



Źródło: [https://www.umed.wroc.pl/sites/default/files/files/uczelnia/strategia\\_rozwoju\\_2014\\_WWW.pdf](https://www.umed.wroc.pl/sites/default/files/files/uczelnia/strategia_rozwoju_2014_WWW.pdf)

- « Strategia rozwoju Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu na lata 2014–2020  
[https://www.lekarski.umed.wroc.pl/sites/default/files/struktura/lekar-ski/dziekaniat/Strategia\\_rozwoju\\_WL\\_UMW\\_2015-2020.pdf](https://www.lekarski.umed.wroc.pl/sites/default/files/struktura/lekar-ski/dziekaniat/Strategia_rozwoju_WL_UMW_2015-2020.pdf)
- « Strategia Rozwoju Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
<https://www.wnoz.umed.wroc.pl/wnoz-strategia-rozwoju>
- « Strategia rozwoju UMW 2014–2020  
[https://www.umed.wroc.pl/sites/default/files/files/uczelnia/strategia\\_rozwoju\\_2014\\_WWW.pdf](https://www.umed.wroc.pl/sites/default/files/files/uczelnia/strategia_rozwoju_2014_WWW.pdf)

Cele operacyjne są wprowadzane do realizacji po akceptacji Rektora:

- a) cele operacyjne są określone dla każdego celu strategicznego,
- b) cele operacyjne są sparymetryzowane,
- c) wyznaczono osoby odpowiedzialne za realizację poszczególnych celów operacyjnych,
- d) cele operacyjne są rozpisane na zadania, które przydziela się do realizacji wyznaczonym pracownikom,
- e) dla poszczególnych celów operacyjnych ustalone są wielkości planowane oraz mierniki określające stopień ich realizacji,
- f) ocena realizacji założonych celów odbywa się podczas Przeglądów Zarządzania przez Władze uczelni na podstawie uzyskanych wyników pomiarów.

Tryb postępowania przy określaniu, realizowaniu i nadzorowaniu Polityki Jakości oraz celów strategicznych i operacyjnych określony został w załączniku nr 1 Planowanie jakości oraz stosowne zarządzenia Władz Uczelni.

## 5.4. Role, odpowiedzialność i uprawnienia w organizacji

### 5.4.1. Role, odpowiedzialność i uprawnienia

- 1) Rektor zapewnia środki niezbędne do wdrożenia, funkcjonowania i doskonalenia SZJ oraz nadzoruje ocenę jego skuteczności i efektywności.
- 2) Zakres odpowiedzialności za System zarządzania jakością regulują Zasady spełniania wyma-

gań ISO 9001:2015 p. 5.1.1 „Przywództwo i zaangażowanie” i p. 5.3 Role, odpowiedzialność i uprawnienia w organizacji” w SZJ Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

- 3) Zakres odpowiedzialności i uprawnień Najwyższego kierownictwa regulują zarządzenia i uchwały a pozostałych pracowników objętych SZJ regulują Zakresy obowiązków i uprawnień.
- 4) Władze Uczelni poprzez Pełnomocnika Rektora i Pełnomocników Wydziałowych organizują, wdrażają i doskonalą działania objęte Systemem Zarządzania jakością w podległych im komórkach organizacyjnych, nadzorują ich realizację. Posiadają uprawnienia do wnioskowania w sprawie funkcjonowania i doskonalenia SZJ oraz inicjowania niezbędnych zmian.
- 5) Za nadzór nad każdym procesem odpowiedzialny jest wyznaczony właściciel danego procesu.

### 5.4.2. Przedstawiciel Kierownictwa

Przedstawicielem Kierownictwa jest Pełnomocnik Pełnomocnika Rektora odpowiedzialny za SZJ w obszarze. Został on powołany Zarządzeniem nr 4/XIV R/2006 Rektora Akademii Medycznej we Wrocławiu z dnia 27 stycznia 2006 r. w sprawie powołania pełnomocnika uczelnianego i pełnomocników wydziałowych ds. ISO.

<http://www.zarz.umed.wroc.pl/zr/10-2006-25761/95-nr-4xiv-r2006-powosanie-pesnomocnika-uczelnianego-i-pesnomocnikydziasowych-ds-iso>

- 1) Pełnomocnik zarządza Systemem, reprezentuje obszar SZJ na zewnątrz w sprawach dotyczących jakości, ingeruje w każdy proces prowadzony niezgodnie z wymaganiami, z prawem do jego wstrzymania włącznie.
- 2) Szczegółowy zakres odpowiedzialności i uprawnień Pełnomocnika określa zarządzenie Rektora dnia 01. maja 2017 roku oraz Zasady spełniania wymagań ISO 9001:2015 p. 5.1.1 „Przywództwo i zaangażowanie” i p. 5.3 Role, odpowiedzialność i uprawnienia w organizacji” Informacje zostały zawarte w zarządzeniu przytoczonym w punkcie 1).

## 5.5. Dokumenty związane

- 1) Polityka Jakości
- 2) Zarządzenie UMW w sprawie powołania Pełnomocników
- 3) Statut UMW
- 4) Regulamin Organizacyjny UMW
- 5) Regulamin Pracy UMW
- 6) Zasady spełniania wymagań ISO 9001:2015 p. 5.1.1 „Przywództwo i zaangażowanie” i p. 5.3 Role, odpowiedzialność i uprawnienia w organizacji” w SZJ Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu



## 6. PLANOWANIE

### 6.1. Działania odnoszące się do ryzyk i szans

Przy planowaniu systemu zarządzania jakością dla Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu Pełnomocnik we współpracy z Rektorem rozważają czynniki zewnętrzne i wewnętrzne, które mogą wpływać lub wpływają negatywnie albo pozytywnie na osiągnięcie zgodności wykonywanych usług z odnoszącymi się do nich wymaganiami, a także zagrożenia i szanse związane ze spełnianiem przez Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, objęty Systemem zarządzania jakością, potrzeb i oczekiwań istotnych stron zainteresowanych. Czynniki, które mają negatywny wpływ, mogą powodować odchylenia od zaplanowanych wyników dotyczących procesów i systemu zarządzania jakością.

Władze Uczelni określają 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 ich jej maksymalne wykorzystanie.

Pełnomocnik wraz z właścicielami procesów wprowadzają 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.

Sposób zarządzania zidentyfikowanymi ryzykami zależy od kontekstu biznesowego, m.in. od krytycznych właściwości usług, jakie dostarcza Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, złożoności procesów, potencjalnych konsekwencji wystąpienia błędów.

Rozważania dotyczące ryzyk i szans oraz sposobu ich minimalizowania mają na celu:

- a) zapewnienie, aby system zarządzania jakością mógł osiągać zamierzone wyniki,
- b) zwiększanie pożądaných skutków,
- c) zapobieżenie wystąpieniu niepożądanych skutków lub ich ograniczenia,
- d) osiągnięciu doskonalenia.

Tryb postępowania z tego zakresu opisano m.in. w dokumencie Centrum Wspierania Nauki: Zadania i Procesy; punkt – badania rynku; Opracowała Agnieszka Skotarczyk; Wrocław 13.04.2017 i w Załączniku nr 1 Planowanie jakości.

### 6.2. Cele jakościowe i planowanie ich osiągnięcia

#### 6.2.1. Cele dotyczące jakości

Działania realizowane w SZJ są planowane. Dla poszczególnych szczebli w strukturze organizacyjnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu określono na podstawie celów operacyjnych, cele jakościowe. One stanowią podstawę do określania celów poszczególnych procesów. Do celów jakościowych określono mierniki, wielkości planowane, częstotliwość pomiarów i osoby odpowiedzialne.

Planując, jak osiągnąć cele jakościowe, określa się:

- a) co ma być zrobione,
- b) jakie zasoby będą wymagane,
- c) kto będzie odpowiedzialny,
- d) kiedy będzie to zakończone,
- e) jakie będą wyniki.

Cele jakościowe są realizowane na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu poprzez projekty i inicjatywy strategiczne:

- « Projekty w obszarze dydaktycznym
- « Projekty w obszarze nauki
- « Projekty w obszarze klinicznym
- « Projekty w obszarze zarządzania.

Poszczególne projekty w ww. obszarach są wymienione w dokumencie „Strategia rozwoju Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu na lata 2014-2020” na str. 29 na rysunku „Szczegółowa mapa Strategii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu” będącym, załącznikiem nr 2 do Księgi Jakości.

### 6.2.2. Planowanie jakości

- 1) Proces planowania obejmuje:
  - a) określenie celów i zadań wynikających z kontekstu organizacji, celów strategicznych, wymagań, potrzeb i oczekiwań klientów i innych istotnych stron zainteresowanych, Polityki Jakości – Załącznik nr 1. Planowanie jakości,
  - b) zaprojektowanie procesów dydaktycznego i naukowego i procesów wspierających uwzględniając:
    - zadania, które należy wykonać i ich kolejność,
    - odpowiedzialności i uprawnienia pracowników uczestniczących w danym procesie,
    - wymagane zasoby niezbędne do realizacji celów i zadań,
    - niezbędne kompetencje pracowników,
    - określone wymagania dotyczące dokumentowania przebiegu procesów, w tym wymagane zapisy,
  - c) określenie mierników osiągnięcia celów dotyczących jakości i doskonalenia procesów.
- 2) Dane wejściowe i wyjściowe każdego procesu są określone.
- 3) Cele procesów są spójne z misją, wizją, celami strategicznymi i opublikowaną Polityką Jakości.

### 6.3. Planowanie zmian

W przypadku stwierdzenia potrzeby wprowadzenia istotnych zmian w Systemie zarządzania jakością, przeprowadza się je w sposób zaplanowany. Pod-

czas planowania rozważa się następujące kwestie:

- a) cel zmian i ich potencjalne konsekwencje,
- b) integralność systemu zarządzania jakością,
- c) dostępność zasobów,
- d) 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.
- « zleceniu realizacji procesu/ etapu procesu stronie zewnętrznej itp.

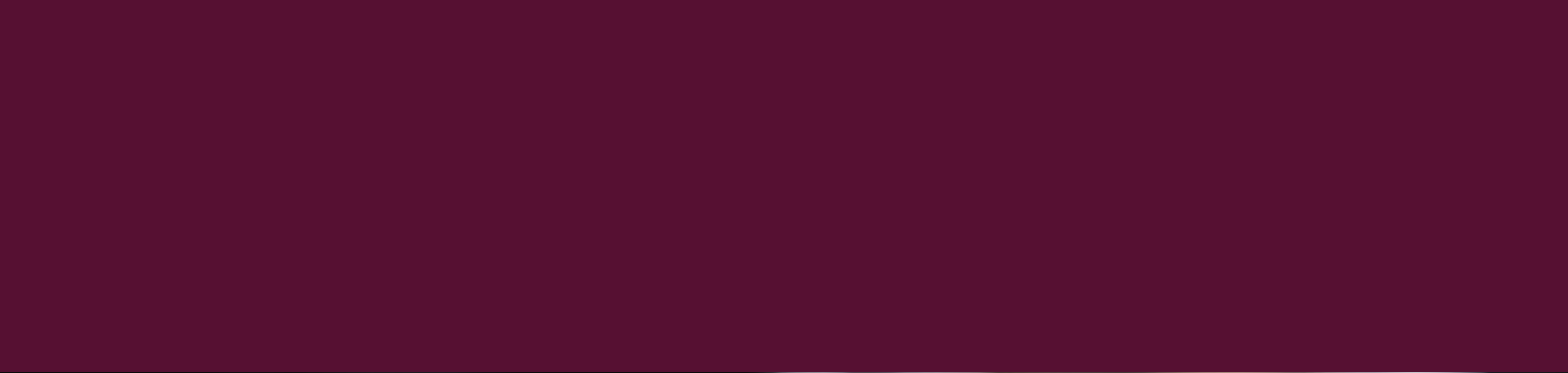
Tryb postępowania w tym zakresie opisano w załączniku nr 1. Planowanie jakości.

### 6.4. Dokumenty związane

- 1) Statut Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu <http://www.bip.umed.wroc.pl/>
- 2) Schemat organizacyjny <http://www.bip.umed.wroc.pl/>
- 3) Polityka Jakości Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
- 4) Centrum Wspierania Nauki: zasady funkcjonowania; punkt - badania rynku; Opracowała Agnieszka Skotarczyk; Wrocław 13.04.2017







## 7. WSPARCIE

### 7.1. Zaopatrywanie w zasoby

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

Rektor zapewnia zasoby niezbędne do:

- 1) właściwego funkcjonowania procesu dydaktycznego i naukowego i innych procesów potrzebnych w systemie zarządzania jakością,
- 2) utrzymywania i doskonalenia SZJ,
- 3) spełniania wymagań Klientów i stron zainteresowanych oraz wymagań przepisów prawnych,
- 4) możliwości i ograniczenia istniejących zasobów wewnętrznych.

Rektor 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

#### 7.2.1. Postanowienia ogólne

Najważniejszym zasobem Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu jest pracująca w nim kadra naukowo-dydaktyczna i pracownicy niebędący nauczycielami akademickimi na stanowiskach naukowo-dydaktycznych i dydaktycznych, w tym: z tytułem naukowym profesora, ze stopniem doktora habilitowanego, ze stopniem doktora.

Zatrudnianie pracowników jest realizowane w oparciu o wymagania ustalone przez Władze

Uczelni na podstawie celów strategicznych dla Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Obowiązki ogólne pracownika wyznaczają: cele strategiczne, wymagania, potrzeby i oczekiwania Klientów i innych istotnych stron zainteresowanych, zakres działania jednostki organizacyjnej, regulamin organizacyjny Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Regulamin pracy UM, a zadania i kompetencje z zakresu jakości – odpowiednie zarządzenia i uchwały itd. oraz księga jakości i procedury SZJ. Dla pracowników, w zależności od zajmowanego stanowiska pracy opracowano zakresy obowiązków.

Każdy pracownik przed rozpoczęciem pracy zapoznaje się i akceptuje zakres obowiązków przewidziany dla jego stanowiska.

Dokumenty i zapisy dotyczące wykształcenia, doświadczenia, umiejętności i szkoleń pracowników są przechowywane w aktach osobowych.

#### 7.2.2. Kompetencje

Stworzony system umożliwi wszystkim pracownikom uzupełnienie brakujących kompetencji i doskonalenie już posiadanych; służą temu:

- 1) Planowanie potrzeb szkoleniowych opiera się na:
  - celach strategicznych ustalonych przez Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu,
  - celach wydziałów i innych jednostek organizacyjnych Uczelni,
  - potrzebach i oczekiwaniach Klientów i istotnych stron zainteresowanych,
  - kontekście, w jakim działa Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu,
  - wymogach kwalifikacyjnych dla danego stanowiska pracy,
  - kompetencjach personelu,
  - zgłoszonym przez pracownika zapotrzebowaniu na szkolenie
- 2) Kwalifikowanie instytucji szkoleniowych: E-talent <https://e-talent.umed.wroc.pl>
- 3) Dokumentowanie działalności szkoleniowej i jej ocena w zależności od rodzaju szkolenia; zaświadczenia z odbytych szkoleń zewnętrznych są przechowywane w aktach osobowych pracowników i E-talent <https://e-talent.umed.wroc.pl>

4) Ocena efektywności szkoleń odbywa się na bieżąco poprzez podejmowanie następujących działań:

- obserwacja przez przełożonych,
- rozmowy przełożonego z pracownikiem.

Do kwalifikowania oraz zarządzania szkoleniami pracowników wykorzystuje się program <https://e-talent.umed.wroc.pl>

### 7.2.3. Świadomość

Władze Uczelni przez Pełnomocników wspierają świadomość pracowników z zakresu:

- a) polityki jakości i celów dotyczących jakości oraz sposobu ich spełniania na swoich stanowiskach pracy,
- b) wpływu każdego pracownika uczestniczącego w SZJ na spełnianie wymagań, potrzeb i oczekiwań klientów i innych istotnych stron zainteresowanych,
- c) konsekwencji niewłaściwego wykonywania swojej pracy na skuteczność Systemu zarządzania jakością.

Tryb postępowania z zakresu zarządzania szkoleniami reguluje również Załącznik nr 4 Zasoby personalne – kompetencje, świadomość i szkolenia.

## 7.3. Komunikacja

### 7.3.1. Komunikacja wewnętrzna i zewnętrzna

Ustalono zasady komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej, które pozwalają na sprawny i skuteczny przepływ informacji pomiędzy wszystkimi zainteresowanymi stronami w celu:

- « wymiany informacji dotyczących Polityki Jakości, celów i zadań,
- « ciągłego doskonalenia procesów, szybkiego podejmowania działań korygujących,
- « skutecznego porozumiewania się z klientami i innymi stronami zainteresowanymi,
- « utrzymania współpracy z dostawcami produktów i usług.

Władze Uczelni ustaliły co ma być komunikowane, kiedy ma to nastąpić, z kim należy się kontaktować, w jaki sposób przekazywać informacje, ich nadawców i odbiorców.

W obszarze SZJ obowiązują następujące zasady komunikacji wewnętrznej:

- 1) Komunikacja odbywa się w formie ustnej (informacja uszna i telefoniczna, szkolenia, instruktaże) i pisemnej: zarządzenia Rektora, protokoły posiedzeń, uchwały, aktualności dla pracowników na www, poczta elektroniczna, newsletter opracowywany przez rzecznika UM, biuletyn informacji publicznej.
- 2) Uzgodnione formy porozumiewania się ze studentami i innymi stronami zainteresowanymi (kontakty osobiste i telefoniczne, poczta elektroniczna i tradycyjna, fax, strona [www.umed.wroc.pl](http://www.umed.wroc.pl)).
- 3) Wszystkie informacje zewnętrzne dostępne w udokumentowanej formie są identyfikowane, rejestrowane i rozpowszechniane – procedura Nadzór nad dokumentami.
- 4) Rodzaj i zakres informacji dotyczących jakości wyznaczają zarządzenia, uchwały i procedury SZJ.
- 5) Przekazywane informacje wewnętrzne są częściowo udokumentowane.
- 6) Kontakty ze studentami i innymi stronami zainteresowanymi są utrzymywane przez upoważnione osoby.

## 7.4. Infrastruktura

- 1) Zakupy aparatury laboratoryjnej i medycznej oraz wyposażenia niezbędnego do wykonywania procesu dydaktycznego i naukowego w tym oprogramowania są planowane.
- 2) Tryb postępowania przy wnioskowaniu o przyznanie środków finansowych na inwestycje służące potrzebom badań naukowych lub prac rozwojowych na dany rok jest opisany pod linkiem <https://www.nauka.umed.wroc.pl/content/inwestycje>.
- 3) Wybór dostawcy oraz sposób postępowania przy zakupach określono przez Zespół Zamówień Publicznych.
- 4) Tryb postępowania w zakresie planowania zakupu, realizacji zakupu, serwisowania, konserwacji aparatury badawczo-naukowej opisany jest pod linkiem <https://www.umed.wroc.pl/aparatura-naukowa-formularze>.

- 5) Przy zakupie urządzenia (aparatury medycznej, laboratoryjnej, innego wyposażenia itd.) w zależności od jego wartości i uwarunkowań związanych ze środkami finansowymi, z których jest ono kupowane, kierownik jednostki organizacyjnej ma obowiązek potwierdzić ten fakt na dokumencie OT pieczętą i podpisem. W ten sposób bierze on również odpowiedzialność materialną za powierzone urządzenie.
- 6) Za nadzór nad aparaturą laboratoryjną i medyczną oraz innym wyposażeniem odpowiada Kierownik danej jednostki.
- 7) Określono zasady eksploatacji i nadzoru nad wyposażeniem:
  - a) ewidencja wyposażenia jako moduł oprogramowania SIMPLE,
  - b) wyposażenie jest obsługiwane zgodnie z zaleceniami producenta i/lub instrukcją obsługi przez personel o wymaganych kwalifikacjach,
  - c) sposób utrzymania, przeglądów i konserwacji sprzętu określa się na podstawie dokumentacji technicznej i aktualnego zużycia,
  - d) przeglądy i naprawy wymagają zgody, a następnie zlecane są uprawnionym instytucjom zewnętrznym i/lub jednostkom specjalistycznym.
- 8) Dział Aparatury Naukowej korzysta z programu MMewidencja – System przygotowany specjalnie dla placówek medycznych i systematycznie rozwijany od wielu lat, zawiera inwentaryzację urządzeń, zasady prac prewencyjnych, harmonogramy konserwacji/procedury, umowy, wszystkie dane opisujące historię serwisowania sprzętu medycznego i technicznego. Jest również narzędziem administracyjnym do śledzenia sprzętu, zapewnia komunikację pozwalającą rozpocząć proces zlecenia prac serwisowych. Pozwala poznać wskaźniki efektywności, określić trendy awarii sprzętu i w bardzo prosty sposób służy do identyfikacji potrzeb szkoleniowych, jak również do tworzenia raportów zarządczych.

Tryb postępowania w zakresie inwentaryzacji zakupionego sprzętu reguluje Załącznik nr 7 Inwentaryzacja.

Tryb postępowania z zakresu zapewnienia ochrony wartościowym urządzeniom służącym dydaktyce reguluje Załącznik nr 8 Zapewnienie ochrony wartościowym urządzeniom służącym dydaktyce.

Tryb postępowania z zakresu naprawy aparatury reguluje Załącznik nr 5 Naprawa aparatury.

Tryb postępowania z zakresu przeprowadzania kasacji sprzętu reguluje Załącznik nr 6 Kasacja sprzętu.

Tryb postępowania z zakresu remontu budynków i instalacji reguluje Załącznik nr 9 Remonty budynków i instalacji.

## 7.5. Środowisko funkcjonowania procesów

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu określił jakie czynniki ludzkie i fizyczne są konieczne do prowadzenia działalności naukowej i dydaktycznej i odpowiednio nimi zarządza. Obejmują one:

- « warunki środowiskowe prowadzenia zajęć dydaktycznych i prowadzenia badań naukowych,
- « wymagania bezpieczeństwa pracy i zdrowia,
- « ergonomię,
- « specjalne urządzenia dla personelu,
- « kreatywne metody pracy.

Środowisko, jakie jest potrzebne do tego, aby mogły prawidłowo funkcjonować procesy, jest kombinacją czynników ludzkich i fizycznych. Czynniki te mają wpływ na motywację, zadowolenie i osiągnięcia pracowników. Potencjał osiągnięć pracowników przyczynia się w znacznym stopniu do osiągnięć organizacji. Określono także czynniki społeczne (np. spokój, bezkonfliktowość) i psychologiczne (obniżenie stresu, zapobieganie wyczerpaniu, ochrona emocjonalna). Czynniki te mają wpływ na motywację, zadowolenie i osiągnięcia pracowników. Rektor zapewnia odpowiednie warunki społeczne i psychologiczne, aby uniknąć m.in. rotacji pracowników.

Zaopatrzenie w media jest realizowane zgodnie z warunkami umowy z dostawcami mediów.

Nadzorowanie środowiska pracy obejmuje:

- 1) Identyfikację wymagań dotyczących warunków środowiskowych z punktu widzenia jakości i bezpieczeństwa.
- 2) Identyfikację czynników, które mogą wpłynąć negatywnie na wyniki badań i procesu dydaktycznego oraz czynników szkodliwych dla zdrowia na danym stanowisku pracy i ocenę ryzyka zawodowego i ich okresowe pomiary.
- 3) Okresowe szkolenie pracowników z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy.
- 4) Zapewnianie wymaganych warunków środowiskowych.
- 5) Przeprowadzanie okresowo badań środowiskowych.
- 6) Właściwą gospodarkę odpadami procesu wykonywania badań, w tym badań laboratoryjnych i klinicznych.
- 7) Określanie i aktualizację postępowania w sytuacjach awaryjnych.

Tryb postępowania z zakresu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy oraz ochroną przeciwpożarową reguluje Załącznik nr 10 Realizacja zadań Inspektoratu BHP i P. poż.

## 7.6. Zasoby do monitorowania i pomiarów

Zasoby do monitorowania i pomiarów wspierają metody monitorowania i pomiarów, które Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu uznał za konieczne do zapewnienia wiarygodnych wyników badań naukowych. Stopień kontroli nad tymi zasobami zależy od zamierzonego użycia i określa czy wyposażenie pomiarowe ma być wzorcowane czy sprawdzane. To, na ile dogłębnie będzie przeprowadzona kontrola różni się w zależności od rodzaju rodzaju wykonywanych badań naukowych, procesów, planowanych wyjść z tych procesów i związanego z tym ryzyka.

Rodzaje zasobów do monitorowania i pomiarów są nadzorowane w taki sposób, aby zapewnić, że one stanowią spójne narzędzia do monitorowania i pomiarów procesów, produktów i usług, zadowolenia klientów i że zapewniają wiarygodne pomiary.

- 1) Do każdego procesu badań naukowych określono wymagane pomiary i badania.
- 2) Dobór przyrządów pomiarowych i monitorujących oraz urządzeń zapewnia potwierdzenie spełnienia wymagań.
- 3) Wyposażenie kontrolno-pomiarowe i oprogramowanie charakteryzują się dokładnością, stabilnością, zakresem i rozdzielczością odpowiednimi do prowadzonych pomiarów i badań.
- 4) 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, jeśli to zasadne,
  - d) użytkowane zgodnie z przeznaczeniem,
  - e) zabezpieczone przed utratą właściwości metrologicznych,
  - f) przechowywane i użytkowane w warunkach zalecanych przez producenta.
- 5) Za sprzęt kontrolno-pomiarowy odpowiada kierownik jednostki.
- 6) W przypadkach, gdy spójność pomiarowa jest wymagana lub została uznawana jako zasadnicza część zapewnienia zaufania do wiarygodności wyników pomiarów, to wyposażenie pomiarowe jest:
  - a) wzorcowane lub sprawdzane w laboratoriach akredytowanym przez krajową jednostkę akredytującą będącą sygnatariuszem porozumienia ILAC MRA, aby przyrząd pomiarowy był zgodny z międzynarodowymi lub krajowymi wzorcami pomiarowymi,
  - b) odpowiednio oznaczone,
  - c) odpowiednio zabezpieczone.
- 7) W przypadku procesu dydaktycznego, ze względu na charakter tej usługi, do monitorowania i pomiarów wykorzystuje się ankiety, egzaminy, kwestionariusze, metody statystyczne. W związku z tym zasobami do monitorowania

i pomiarów procesu dydaktycznego są m.in. ankiety służące studentom do oceny nauczycieli akademickich prowadzących zajęcia dydaktyczne, formularze służące do hospitacji prowadzących zajęcia dydaktyczne. Formularze kwestionariuszy i ankiet są nadzorowane zgodnie z zasadami nadzoru nad udokumentowaną informacją opisanymi w Procedurze „Nadzór nad dokumentami” oraz w stosownych zarządzeniach Władz Uczelni.

## 7.7. Dokumentacja Systemu Zarządzania Jakością

### 7.7.1. Informacje ogólne

- 1) Udokumentowane informacje SZJ obejmują:
  - a) Strategię Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu,
  - b) udokumentowaną politykę jakości,
  - c) Księgę Jakości,
  - d) procedury i instrukcje,
  - e) dokumenty obowiązujące na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu przywołane w niniejszej Księdze, procedurach, zapisy.
- 2) Udokumentowane informacje odnoszące się do Systemu zostały opracowane w taki sposób, aby były kompatybilne ze strukturą organizacyjną obszaru SZJ UM oraz spełniały wymagania normy ISO 9001:2015.
- 3) Metodykę opracowywania i zarządzania udokumentowaną informacją określono w Księdze Jakości – punkt 2, w procedurze Nadzór nad dokumentami i procedurze Nadzór nad zapisami.
- 4) Odpowiedzialność za zgodność udokumentowanej informacji z wymaganiami normy ISO 9001:2015 ponosi Pełnomocnik. Sprawdzenie dokumentu potwierdza Pełnomocnik lub osoba przez niego wyznaczona. Dokumenty sprawdzone przez Pełnomocnika zatwierdza Rektor lub Prorektorzy. Odpowiedzialność za treść merytoryczną dokumentacji ponosi osoba opracowująca i sprawdzająca dokument.

- 5) 0. egzemplarz u Pełnomocnika w formie papierowej podlega archiwizacji wg instrukcji kancelaryjnej.

### 7.7.2. Strategia

Strategia rozwoju Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu jest formalnie zatwierdzana i wdrażana w życie.

Strategia jest wdrażana głównie poprzez realizację projektów strategicznych i bieżącą działalność Uczelni prowadzoną w ramach procesu dydaktycznego, naukowego i procesów wspierających.

Za wdrożenie Strategii odpowiada Rektor. Osobą odpowiedzialną za realizację celów w obszarze dydaktycznym na poziomie całej Uczelni jest Prorektor ds. Dydaktyki, w obszarze nauki – Prorektor ds. Nauki, w obszarze klinicznym – Prorektor ds. Klinicznych, a w obszarze zarządzania – Kanclerz. Na wydziałach Strategię rozwoju wdrażają dziekani, którzy w szczególności odpowiadają za osiągnięcie mierników w obszarze dydaktycznym i naukowym.

Strategia Uczelni podlega cyklicznym przeglądom i aktualizacji. Przeglądy Strategii odbywają się co najmniej raz w roku i są połączone z aktualizacją Strategii. W przeglądach uczestniczą: rektor, prorektorzy, dziekani, kanclerz i kwestor. Za przygotowanie i przeprowadzenie przeglądu odpowiada Prorektor ds. Rozwoju Uczelni.

Rezultatem końcowym przeglądu jest raport obejmujący m.in. ocenę realizacji Strategii, rekomendacje ewentualnych modyfikacji oraz wytyczne do planu działalności na kolejny rok, opracowanego w ramach kontroli zarządczej.

### 7.7.3. Księga Jakości

Księga Jakości jest udokumentowaną informacją, która służy jako przewodnik po udokumentowanym Systemie Zarządzania Jakością. Zarządzanie Księgą Jakości opisano w punkcie 2.

#### 7.7.4. Nadzór nad dokumentami

1) Wszystkie dokumenty związane z SZJ 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,
- f) miały zapewnioną stosowną ochronę i oznaczenie w przypadku ich przechowywania i archiwowania.

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

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

Zasady nadzoru nad dokumentami oraz kategorie i grupy nadzorowanych dokumentów określa procedura Nadzór nad dokumentami, instrukcja kancelaryjna.

#### 7.7.5. Nadzór nad zapisami

Zapisy związane z Systemem Zarządzania Jakością oraz zapisy potwierdzające skuteczność i efektywność procesów dydaktycznego i naukowego oraz procesów zarządzania i wspierających, w tym zapisy w formie elektronicznej będące udokumentowaną informacją są nadzorowane w sposób pozwalający na ich





identyfikację oraz są przechowywane w warunkach zabezpieczających dostęp do nich osób nieupoważnionych. Określono miejsce i czas przechowywania zapisów. Właściwy nadzór nad nimi umożliwia skuteczny przepływ informacji na wszystkich poziomach funkcjonowania obszaru SZJ z tego zakresu.

Zasady nadzoru nad zapisami określa procedura Nadzór nad zapisami.

## 7.8. Wiedza w organizacji

Wiedza w organizacji jest wiedzą niezbędną Uczelni do:

- a) realizacji procesów naukowych i dydaktycznych zgodnych z celami strategicznymi i operacyjnymi UM i poszczególnych wydziałów,
- b) osiągnięcia zgodności wymogami,
- c) spełnienia wymagań klientów,
- d) spełnienia potrzeb i oczekiwań innych istotnych stron zainteresowanych,
- e) spełnienia przepisów prawnych i innych określonych przez Ministra Edukacji Narodowej.

Jest zbiorem informacji, które są wykorzystywane przez pracowników Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i rozpowszechniane po to, by udało się Uczelni osiągnąć założone cele. Jest ona utrzymywana i udostępniana w odpowiednim zakresie.

Określono zasady zabezpieczenia wiedzy przed jej utratą, a także zasady postępowania służące zachęceniu pracowników Uczelni i osób z nią współpracujących do zdobywania nowej wiedzy w sytuacji, gdy zmienia się jej biznesowy kontekst.

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

- « wewnętrznych (np. własność intelektualna pracowników, wiedza zdobyta przez doświadczenie, uczenie się na błędach, wiedza pozyskana z udanych zleceń; wyniki wprowadzonych udoskonaleń w procesach, wykonywane analizy, szkolenia wewnętrzne),
- « zewnętrznych (np. normy, szkolenia zewnętrzne, współpraca z uczelniami, konferencje, pozyskiwanie wiedzy od zleceniodawców i zewnętrznych dostawców).

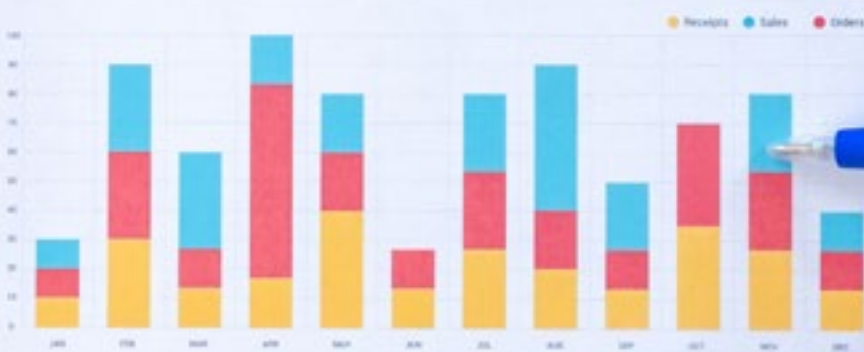
Wiedzę, która znajduje się w głowie poszczególnych osób, którą uznano za istotną dla skuteczności Systemu zarządzania jakością spisuje się w formie udokumentowanej informacji, m.in. w:

- « udokumentowanej informacji dotyczącej procesów, jak formularze, procedury, karty działań korygujących,
- « sylabus,
- « doświadczenie pracowników dotyczące wykonywania konkretnych działań w procesach.

## 7.9. Dokumenty związane

- 1) Przepisy prawne i normy dotyczące BHP.
- 2) Przepisy prawne dotyczące odpadów i ochrony środowiska.
- 3) Umowy z dostawcami mediów.

### Our company



### Business Items



## 8. DZIAŁANIA OPERACYJNE

### 8.1. Planowanie i nadzór nad działaniami operacyjnymi

Na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu objętym SZJ są realizowane dwa główne procesy bezpośrednio związane z realizacją usług:

- 1) Proces dydaktyczny
- 2) Proces naukowy

Przy planowaniu wykonania powyższych procesów bierze się pod uwagę:

- « wymagania, potrzeby i oczekiwania klientów i innych istotnych stron zainteresowanych,
- « cele zaplanowane do realizacji,
- « ryzyka i szanse określone na podstawie analizy kontekstu, w jakim działa Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu,
- « ocenę potrzeb wynikających z przewidywanego zakresu działalności Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu,
- « ocenę potrzeb wynikających z popytu,
- « możliwości kadrowe, sprzętowe i środowiskowe Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Ustala się również:

- 1) Kolejność wykonywanych działań, pozwalających na przetworzenie danych wejściowych w dane wyjściowe z każdego procesu i podprocesu.
- 2) Ryzyka i szanse odnoszące się do danego procesu.
- 3) Metody nadzoru niezbędne do osiągnięcia ustalonych celów operacyjnych i jakościowych.
- 4) Dokumenty ustalające wymagania jakości kształcenia studentów dotyczące procesu dydaktycznego oraz jakości badań naukowych.
- 5) Zapisy potrzebne do wykazania, że procesy dydaktyczny i naukowy oraz uzyskane wyniki spełniły wymagania.

6) Sposób gromadzenia zapisów niezbędnych do oceny zdolności jakościowej procesów.

7) Dane niezbędne do potwierdzenia zgodności usług dydaktycznych i badań naukowych z wyspecyfikowanymi wymaganiami.

Tryb postępowania z tego zakresie regulują stosowne procedury, m.in. Procedura planowania i rozliczania dydaktyki, Procedura hospitacji zajęć dydaktycznych, dokument „Centrum Wspierania Nauki – zasady funkcjonowania”, zasady ustalania wymiaru zajęć dydaktycznych, Regulamin Pracy Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu wprowadzane do życia uchwałami Senatu.

### 8.2. Wymagania dotyczące świadczonych usług

#### 8.2.1. Komunikacja z klientem

Dostępność informacji o bieżącej działalności Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w tym trybie i zakresie usług dydaktycznych i naukowych świadczonych przez Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu:

- « tablice informacyjne zewnętrzne,
  - « tablice informacyjne wewnętrzne,
  - « strona internetowa [www.umed.wroc.pl/](http://www.umed.wroc.pl/),
  - « biuletyn informacji publicznej,
  - « informacje udzielane osobiście lub telefonicznie,
  - « ogłoszenia w prasie i publikacjach,
- 1) Potwierdzanie spełniania wymagań prawnych i akredytacyjnych oraz przyjętych wytycznych.
  - 2) Potwierdzanie i spełnianie wymagań klientów, w tym studentów i odbiorców wyników badań naukowych.
  - 3) Możliwości składania wniosków i skarg przez klientów, w tym studentów i odbiorców wyników badań naukowych i innych stron zainteresowanych.

### 8.2.2. Określenie i przegląd wymagań dotyczących świadczonych usług

Podczas określania i przeglądu wymagań odnoszących się do procesu dydaktycznego rozważa się m.in. następujące wymagania:

- « zewnętrzne wymagania dotyczące przebiegu procesu dydaktycznego,
- « wymagania prawne Ministra Edukacji Narodowej,
- « wymagania dotyczące zawodu lekarza, farmaceuty, fizjoterapeuty, położnej, pielęgniarki stomatologa, analityka medycznego, farmaceuty itd.,
- « wewnętrzne dokumenty zarządzenia uchwały, sylabus, określenie wymagań dotyczących liczby przyjmowanych kandydatów na dany kierunek studiów, zarządzenie rektora w sprawie organizacji praktyk zawodowych.

Tryb postępowania przy określaniu i przeglądzie wymagań dotyczących procesu dydaktycznego jest zawarty w procedurze Proces dydaktyczny i w sylabusie.

Podczas określania i przeglądu wymagań dotyczących procesu naukowego rozważa się m.in. następujące kwestie:

- « rynek,
- « trendy,
- « zapotrzebowanie, popyt na rynku,
- « wymagania grantodawców,
- « wymagania przepisów prawnych.

Tryb postępowania przy określaniu i przeglądzie wymagań dotyczących procesu badań naukowych jest zawarty w procedurze Centrum Wspierania Nauki – zasady funkcjonowania; punkt – badania rynku; opracowała Agnieszka Skotarczyk; Wrocław 13.04.2017.

### 8.2.3. Zmiany wymagań dotyczących świadczonych usług

W przypadku, gdy jeszcze przed lub po rozpoczęciu realizacji programu dydaktycznego w danym roku akademickim wymagania zostaną zmienione, to zgodnie z ustalonymi zasadami postępowania odpowiednie udokumentowane informacje są przekazywane właściwym osobom; informacje te

podlegają zmianie po zakończeniu danego roku akademickiego, a odpowiednie osoby są świadome zmienionych wymagań.

Tryb postępowania z tego zakresie reguluje Zarządzenie dotyczące terminowości przygotowania sylabusów na dany rok akademicki.

Tryb postępowania z zakresu zmian wymagań dotyczących procesu badań naukowych reguluje regulują dokumenty Procedura „Proces badań naukowych i komercjalizacji wyników badań” oraz dokument „Centrum Wspierania Nauki – zasady funkcjonowania”.

## 8.3. Projektowanie i rozwój

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu ustanowił, wdrożył i utrzymuje proces projektowania i rozwoju, który jest odpowiedni do zapewnienia następujących po nim dostaw wyrobów i usług.

W przypadku projektowania procesu naukowego i procesu dydaktycznego, potrzeba projektowania i rozwoju pochodzi z kontekstu, w jakim działa Uczelnia i wykorzystaniu myślenia opartego na ryzyku. Wybrane źródła to:

- « wymagania klientów – odbiorców wyników badań naukowych i studentów,
- « strategiczne zamierzenia Uczelni,
- « potrzeby i oczekiwania innych istotnych stron zainteresowanych oprócz klientów,
- « badania rynku,
- « informacje zwrotne od klientów,
- « zmiany w procesach,
- « nowe technologie,
- « dostawcy.

### 8.3.1. Planowanie projektowania i rozwoju

- 1) W fazie planowania projektowania badania naukowego:
  - a) Określa się problem badawczy oraz jego cel.
  - b) Zapoznaje się z dostępną literaturą w celu sformułowania problemu badawczego w szerszym kontekście.
  - c) Określa się zakres przedmiotowy i podmiotowy badania.
  - d) Określa się hipotezy badawcze i zmienne.

- e) Określa się metody badawcze i techniki badań.
  - f) Określa się, jakie narzędzia badawcze mają być używane.
  - g) Określa się formę i zakres opracowania wyników.
  - h) Opracowuje się harmonogram pracy.
  - i) W przypadku finansowania badania z wewnętrznych źródeł, przygotowuje się stosowny wniosek.
- 2) W fazie planowania projektowania procesu dydaktycznego na dany rok akademicki określa się oczekiwany poziom jakości kształcenia studentów.

Na tym etapie powstają najważniejsze czynniki decydujące o jakości, kosztach oraz czasie realizacji badania/procesu dydaktycznego w danym roku akademickim.

- 3) Podczas etapu planowanie projektowania i rozwoju rozważa się również następujące kwestie:
- a) Jak projekt badania/procesu dydaktycznego jest opisany?
  - b) Jakie zasoby i kompetencje są wymagane?
  - c) Jaka część projektowania zostanie zlecona do realizacji stronie zewnętrznej?
  - d) Kto jest za to odpowiedzialny i czy określono uprawnienia?
  - e) Jakie zostały zidentyfikowane (wewnętrzne i zewnętrzne) punkty styku pomiędzy różnymi grupami?
  - f) Czy określono wymagane punkty, w których przeprowadza się weryfikację, walidację i przeglądy?
  - g) Czy ustalono kroki milowe i harmonogram?
  - h) Czy monitoruje się wdrożenie i skuteczność planu?
  - i) Czy plan jest uaktualniany i zakomunikowany wszystkim istotnym funkcjom jeśli to konieczne?

Dane wejściowe do projektowania i rozwoju mogą być oparte na:

- « rodzaju działalności prowadzonej przez Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu,
- « celach strategicznych Uczelni,
- « kwestiach finansowych, środowiskowych, zdrowotnych i bezpieczeństwa,
- « ryzyku dla Uczelni i jego wpływie,

- « wymaganiach i oczekiwaniach odbiorców wyników badań naukowych,
- « wymaganiach i oczekiwaniach grantodawców,
- « wymaganiach i oczekiwaniach studentów,
- « informacji zwrotnych od absolwentów UMW,
- « wymaganiach prawnych i regulacyjnych odnoszących się do danego badania naukowego i procesu dydaktycznego.

### 8.3.2. Nadzór nad projektowaniem i rozwojem

Proces projektowania i rozwoju w odniesieniu do badań naukowych i procesu dydaktycznego jest zarządzany i nadzorowany w taki sposób, aby zapewnić, że wyjścia będące wynikiem działań dotyczących projektowania i rozwoju spełniły wymagania określone w danych wejściowych dla tych czynności.

Podczas opracowywania zasad postępowania dotyczącego nadzorowania projektowania i rozwoju zapewnia się, że:

- « przeglądy są przeprowadzane na zaplanowanych etapach podczas całego procesu projektowania i rozwoju,
- « przeglądy są przeprowadzane w sposób systematyczny przy udziale osób zaangażowanych w etapy, które są poddawane przeglądowi,
- « bierze się pod uwagę wszystkie wyjścia z procesu i każde nowe wejście,
- « sprawdza się, czy oryginalne wyjścia są nadal aktualne, czy zidentyfikowano inne wyjścia,
- « poddaje się przeglądom nowe wyjścia i wejścia; są one zatwierdzane przez uprawnione do tego osoby (włącznie z klientami, jeśli jest to zasadne),
- « sprawdza się, czy wyjścia z projektowania i rozwoju wykazują przydatność, adekwatność i skuteczność zaprojektowanego badania,
- « sprawdza się, czy udaje się osiągnąć założone cele badania naukowego/cele procesu dydaktycznego,
- « sporządza się odpowiednie zapisy z przeprowadzonych przeglądów.

Celem działań weryfikacyjnych podczas procesu projektowania i rozwoju jest upewnienie się, czy dane wyj-

ściowe z projektowania i rozwoju spełniają wymagania określone w danych wejściowych do tych czynności.

Weryfikacja może obejmować następujące czynności:

- « przeprowadzenie alternatywnych kalkulacji,
- « porównanie nowej specyfikacji projektowej z podobną już sprawdzoną specyfikacją,
- « przeprowadzenie pokazów, takich jak prototypy, symulacje, testy,
- « przegląd dokumentacji przed jej wydaniem.

Czynności weryfikacyjne wykonywane podczas projektowania i rozwoju zapewniają, że:

- « zaplanowano wymagane weryfikacje i że weryfikacje są przeprowadzane w sposób prawidłowy podczas procesu projektowania i rozwoju,
- « skończony projekt badania/procesu dydaktycznego lub ich rozwój jest możliwy do zaakceptowania i że wyniki są zgodne oraz możliwe do przesłędzenia,
- « gotowy projekt badania/procesu dydaktycznego lub ich rozwój jest wynikiem wdrożenia właściwej sekwencji zdarzeń, wykorzystania właściwych danych wejściowych, osiągnięcia prawidłowych wyjść, logicznego przepływu, nakładów czasowych itp.,
- « dostępne są dowody wskazujące na to, że wyniki weryfikacji i następujące po nich działania zostały zapisane i potwierdzone po ich ukończeniu.

Działania związane z walidacją projektowania i rozwoju są potwierdzeniem poprzez badanie i dostarczenie dowodów na to, czy zostały spełnione konkretne wymagania dotyczące określonego zamierzonego wykorzystania lub wyspecyfikowanego zastosowania.

Metody wykorzystywane podczas walidacji są określane jako część procesu planowania projektowania i rozwoju, chociaż mogą podlegać modyfikacjom podczas realizacji projektowania i rozwoju.

### 8.3.3. Zmiany w projektowaniu i rozwoju

Zmiany do projektów w procesie projektowania i rozwoju są wprowadzane w sposób nadzorowany:

- « źródła zmian i prośby o nie są właściwie identyfikowane i komunikowane,

- « ocenia się wpływ tych zmian na projekt,
- « sprawdza się, czy wykonano dodatkowe testy, jeśli to zasadne,
- « ocenia się rezultat wprowadzonych zmian na wyniki badania naukowego,
- « zmiany zatwierdza się przed ich wprowadzeniem,
- « dokumentuje się wprowadzone zmiany oraz zapisy zawierające informacje na temat wszelkich później podjętych działań.

Tryb postępowania z tego zakresu odnośnie procesu naukowego reguluje dokument: „Centrum Wspierania Nauki: zasady funkcjonowania” opracowała Agnieszka Skotarczyk; Wrocław 13.04.2017 i Procedura Proces badań naukowych i komercjalizacji wyników badań.

Tryb postępowania z tego zakresu odnośnie procesu dydaktycznego regulują Procedura „Proces dydaktyczny” i stosowne zarządzenia oraz uchwały.

## 8.4. Nadzór nad procesami, wyrobami i usługami dostarczanymi z zewnątrz

### 8.4.1. Proces zakupu

Zakupy procesu prowadzenia zajęć dydaktycznych przez nauczycieli akademickich niebędących pracownikami UMW regulują stosowne uchwały senatu.

Zakupy innych procesów, produktów i usług są nadzorowane i prowadzone zgodnie z ustaleniami zawartymi w procedurach przetargowych określonych przez ZZP opartych ustawę o zamówieniach publicznych np.

- « postępowania do 30000 Euro 2018,
- « określone kryteria doboru dostawców oraz ich zakwalifikowanie jest udokumentowane na podstawie dokonanej oceny w Specyfikacji istotnych warunków zamówienia SIWZ.

Od zewnętrznych dostawców zakupuje się procesy lub ich wybrane etapy, wyroby i usługi, które następnie są wykorzystywane do prowadzenia przez Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu działalności naukowo-dydaktycznej.

Okresowo następujące procesy są zlecane na zewnątrz:

- « prowadzenie zajęć dydaktycznych,
- « usługi budowlane,
- « wykonywanie sprawozdań finansowych,
- « wzorcowanie, legalizacja, sprawdzenie, naprawy sprzętu,

Do określenia właściwego nadzoru nad zewnętrznymi dostawcami zastosowano myślenie oparte na ryzyku. Uwzględniono potencjalny wpływ dostarczanych z zewnątrz procesów, wyrobów i usług na zdolność Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu do stałego spełniania wymagań swoich klientów oraz mających zastosowanie wymagań przepisów prawnych i akredytacyjnych w odniesieniu do jakości kształcenia i wyników badań naukowych. Dla tych przedmiotów dostaw, które mają duży wpływ na rezultaty prowadzonej przez Uczelnię działalności dydaktyczno-naukowej, określono środki nadzoru nad tymi dostawcami ze strony Uniwersytetu a także zebrano informacje od nich na temat tego, jakie działania oni podejmują, aby zapewnić właściwą realizację złożonego zamówienia.

#### 8.4.2. Informacje dotyczące zakupów

- 1) Zakupy dotyczą zarówno procesów, 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 kwalifikacji dostawców bierze się pod uwagę m.in. wytyczne stron zainteresowanych.
- 4) Przy dokonywaniu zamówień przeprowadza się przegląd specyfikacji wymagań, określając w szczególności:
  - a) wymagania dotyczące zatwierdzania produktu/usługi,
  - b) wymagania dotyczące kwalifikacji i kompetencji personelu,
  - c) kryteria przyjęcia produktu/usługi.

#### 8.4.3. Weryfikacja zakupionego wyrobu, usługi, procesu zleconego do realizacji przez zewnętrznych dostawców

Weryfikacja realizacji procesów zleconych do realizacji przez stronę zewnętrzną, dostaw produktów/usług, jest dokonywana na podstawie zgodności ilościowej i jakościowej. Jeżeli jest to konieczne – dla jakości dostawy – jest możliwe przeprowadzenie auditu dostawcy.

Tryb postępowania z zakresu zakupu aparatury służącej do celów dydaktycznych reguluje Załącznik nr 11 Zakup aparatury, materiałów i drobnego sprzętu służącego do celów dydaktycznych i prowadzenia badań naukowych.

Tryb postępowania z zakresu zakupu materiałów i drobnego sprzętu służącego do celów dydaktycznych i prowadzenia badań naukowych reguluje Załącznik nr 11 Zakup aparatury, materiałów i drobnego sprzętu służącego do celów dydaktycznych i prowadzenia badań naukowych.

Tryb postępowania z zakresu zakupu części zamiennych oraz prowadzenia magazynu części zamiennych niezbędnych w serwisie aparatury reguluje Załącznik nr 11 Zakup aparatury, materiałów i drobnego sprzętu służącego do celów dydaktycznych i prowadzenia badań naukowych.

### 8.5. Dostarczanie usługi

#### 8.5.1. Nadzorowanie świadczenia usług naukowych i dydaktycznych

Wszelkie działania i procesy realizowane w celu prowadzenia badań naukowych i kształcenia studentów są zaplanowane, zorganizowane, dokumentowane i zarządzane w taki sposób, aby upewnić klientów co do zdolności Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i innych istotnych stron zainteresowanych do zaspokojenia ich obecnych i/lub przyszłych potrzeb i oczekiwań.

- 1) Nadzór nad procesem prowadzenia badań naukowych i procesem dydaktycznym jest realizowany poprzez:
  - a) udokumentowanie przebiegu powyższych procesów,

- b) zapewnienie personelowi Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu dostępu do właściwej metodologii przeprowadzenia procesów,
- c) zapewnienie odpowiednich zasobów, w tym kompetencji personelu, aparatury i sprzętu stosowanego do wykonania procesów,
- d) zapewnienie odpowiednich środowiskowych warunków wykonania procesów,
- e) potwierdzenia zdolności wyposażenia do przeprowadzania procesów i osiągnięcia zaplanowanych wyników.

Przy świadczeniu usług naukowych i dydaktycznych obowiązują ustalenia m.in. procedury planowania i rozliczania dydaktyki, zasady ustalania wymiaru zajęć dydaktycznych, procedura „Proces dydaktyczny” i inne zasady określone w stosownych zarządzeniach i uchwałach Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz procesie badań naukowych opisanych w dokumencie „Centrum Wspierania Nauki: zasady funkcjonowania”; opracowała Agnieszka Skotarczyk; Wrocław 13.04.2017.

### 8.5.2. Identyfikacja i identyfikowalność

- 1) W procesie naukowym i w procesie dydaktycznym identyfikowalność i identyfikacja jest zapewniona poprzez:
  - a) identyfikowalność wyników kształcenia studentów wg ocen końcowych w indeksach,
  - b) identyfikacja studentów np. wg numeru PESEL
  - c) identyfikowalność prowadzących dany przedmiot wg planu zajęć danego przedmiotu w danym roku akademickim,
  - d) identyfikowalność liczby przeprowadzonych godzin zajęć dydaktycznych z danego przedmiotu na danym kierunku – te informacje są przesyłane do Działu Organizacji Dydaktyki wg dokumentacji <https://www.umed.wroc.pl/dk-pensum>,
  - e) identyfikowalność dokumentów dostarczanych przez kandydatów na studia podczas procesu rekrutacyjnego,
  - f) identyfikowalność pobieranych opłat od uczestników płatnych form kształcenia, w tym kursów, szkoleń, studiów podyplomowych.

- 2) Nadanie statusu aparaturze laboratoryjnej medycznej i innej wykorzystywanej w procesie naukowym i dydaktycznym – według numeru inwentarzowego.
- 3) Nadanie statusu sprzętowi kontrolno-pomiarowemu po numerze inwentarzowym, dacie przeglądu, kalibracji i sprawdzenia metrologicznego.

### 8.5.3. Własność należąca do klientów lub dostawców zewnętrznych

- 1) Jest nią własność intelektualna studentów i pracowników naukowo-dydaktycznych niebędących pracownikami Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
- 2) Sposób nadzoru nad własnością intelektualną klienta zapewnia właściwą ich identyfikację, zabezpieczenie, przed ich nieprawym wykorzystaniem jest opisany w stosownych regulaminach, między innymi w Regulaminie korzystania z wyników prac intelektualnych na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu zatwierdzony do stosowania uchwałą senatu. Ponadto stosuje się określone zasady poufności
- 3) Własnością są dane osobowe
- 4) Dane osobowe podlegają nadzorowi i zabezpieczeniu na zasadach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych
- 5) Dane osobowe w wersji elektronicznej zabezpieczone są hasłem dostępu

### 8.5.4. Walidacja procesu wykonania badań laboratoryjnych

- 1) Laboratoria w miarę możliwości wykorzystują metody badawcze znormalizowane.
- 2) W przypadku własnych procedur badawczych, metod nieznormalizowanych oraz znormalizowanych, które zostały rozszerzone lub zmodyfikowane, przeprowadza się ich walidację.
- 3) Zakres walidacji jest ustalany pod kątem zamierzonego zastosowania i przydatności danej metody.
- 4) Prowadzi się zapisy z walidacji, a jej wyniki są oceniane przez Kierownika Laboratorium.



- 5) Kierownik Laboratorium zatwierdza metodę do stosowania.

#### 8.5.5. Działania po dostawie

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

Określając działania po dostawie świadczonych usług bierze się pod uwagę:

- « wymagania przepisów prawnych,
- « potencjalnie niepożądane skutki związane z usługą niezgodną,
- « naturę i cykl życia usługi,
- « wymagania Klienta,
- « informację zwrotną od Klienta.

Przepisy regulujące tryb odwoławczy są określone w stosownych regulaminach Uczelni.

#### 8.5.6. Nadzór nad zmianami

W przypadku konieczności wprowadzenia zmian w sposobie realizacji programu dydaktycznego w danym roku akademickim nie wprowadza się w nim zmian, aż do momentu jego zakończenia. np. Uchwała Nr 1630 Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 30 marca 2016 r. w sprawie ustalenia wytycznych dla Rad Wydziałów dotyczących uchwalania planów studiów i programów kształcenia

Utrzymuje się udokumentowane informacje dotyczące:

- « wyniku przeglądu zmian,
- « osoby, która przeprowadziła ten przegląd,
- « działań, jakie zostały podjęte w wyniku tego przeglądu.

Tryb postępowania z tego zakresu odnośnie procesu naukowego reguluje dokument: „Centrum Wspierania Nauki: zasady funkcjonowania” opracowała Agnieszka Skotarczyk; Wrocław 13.04.2017 i Procedura Proces badań naukowych i komercjalizacji wyników badań.

### 8.6. Zwolnienie usługi

Na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu określono:

- « kryteria oceny wyników efektów kształcenia studentów zawierające m.in. granice akceptacji tych efektów,
- « zasady podejmowania decyzji o przejściu studenta do kolejnego etapu procesu kształcenia,
- « wyznaczono osoby przeprowadzające kontrolę efektów kształcenia i nadano im uprawnienia do podejmowania decyzji na podstawie uzyskanych wyników kontroli,
- « zasady prowadzenia zapisów dotyczących wyników kontroli i dalszych decyzji.

W przypadku procesu dydaktycznego ustala się kryteria oceny wyników tego procesu oraz sposób oceny, m.in. zaliczenia, kolokwia, egzaminy. Po odpowiednim czasie następuje sprawdzenie wyników kształcenia przez studentów i jest podejmowana decyzja przez dziekanów lub rektora o dopuszczeniu do kolejnego etapu procesu kształcenia (m.in. dopuszczenie do egzaminu, przejście na kolejny rok studiów, wydanie dyplomu ukończenia studiów).

Prowadzi się udokumentowaną informację dotyczącą wyniku tego przeglądu oraz osoby decydującej o zwolnieniu usługi.

Tryb postępowania z tego zakresu regulują stosowne zarządzenia Władz Uczelni, decyzje wydawane przez dziekanów, Regulamin studiów.

Tryb postępowania z tego zakresu odnośnie procesu naukowego reguluje dokument: „Centrum Wspierania Nauki: zasady funkcjonowania” opracowała Agnieszka Skotarczyk; Wrocław 13.04.2017 i Procedura Proces badań naukowych i komercjalizacji wyników badań.

### 8.7. Nadzór nad niezgodnymi wyjściami

Po przeprowadzonej kontroli wyników kształcenia uzyskuje się dwie grupy studentów:

- a) studenci, którzy osiągnęli zakładane wyniki kształcenia w danym okresie i
- b) studenci, którzy nie osiągnęli zakładanych wyników kształcenia w danym okresie.

Postępowanie w stosunku do tych, którzy nie osiągnęli zadowalających wyników na-

uczania regulują uchwały i zarządzenia Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Na ich podstawie są podejmowane określone decyzje zgodnie z regulaminami <https://www.studenci.umed.wroc.pl/content/dss-akty-prawne-tok-studi%C3%B3w>

Tryb postępowania z niezgodną usługą, odnoszącą się do procesu dydaktycznego, jest opisany w Regulaminie studiów oraz Procedura „Nadzór nad niezgodnymi wyjściami”.

Tryb postępowania z tego zakresie odnośnie procesu naukowego reguluje dokument: „Centrum Wspierania Nauki: zasady funkcjonowania” opracowała Agnieszka Skotarczyk; Wrocław 13.04.2017 i Procedura „Proces badań naukowych i komercjalizacji wyników badań” oraz Procedura „Nadzór nad niezgodnymi wyjściami”.

## 8.8. Dokumenty związane

- 1) Strategia rozwoju UMW 2014-2020
- 2) Zarządzenia Rektora, uchwały Senatu, zarządzenia Kanclerza,
- 3) Regulamin studiów
- 4) Dokumenty handlowe (zamówienia, oferty, umowy, wewnętrzne umowy współpracy)
- 5) Zamówienia na zakup procesów, produktów i usług
- 6) „Centrum Wspierania Nauki: zasady funkcjonowania” opracowała Agnieszka Skotarczyk; Wrocław 13.04.2017
- 7) Procedura Proces badań naukowych
- 8) Procedura „Nadzór nad niezgodnymi wyjściami”



## 9. OCENA REZULTATÓW DZIAŁANIA

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

### 9.1. Monitorowanie, pomiary, analiza i ocena

- 1) Wszelkie działania dotyczące pomiarów i monitorowania są zaplanowane w sposób zapewniający potwierdzenie zgodności i skuteczności Systemu Zarządzania Jakością z ustalonymi wymaganiami oraz właściwy nadzór nad procesami, w tym prowadzeniem działalności naukowej i dydaktycznej przez Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu.
- 2) Skuteczność zarządzania procesami oceniana jest w sposób planowany przy użyciu określonych metod.
- 3) Zakres stosowania metod pozwalających na dokonywanie systematycznych analiz we wszystkich obszarach Systemu Zarządzania Jakością określają Władze Uczelni.

#### 9.1.1. Monitorowanie i pomiary procesów

Poziom monitorowania, pomiarów i doskonalenia każdego procesu zależy od kontekstu, w jakim działa Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, jego strategicznych kierunków rozwoju i określonych ryzyk i szans.

Okresowo są wybierane przez Władze Uczelni procesy, które będą objęte pomiarami. Dla każdego wybranego procesu ustala się odpowiednie mierniki, wielkości planowane i osoby odpowiedzialne. Na

podstawie uzyskiwanych wyników pomiarów dokonuje się oceny funkcjonowania danego procesu objętego pomiarami i możliwości jego doskonalenia. Pozostałe procesy SZJ są monitorowane poprzez obserwacje, audyty wewnętrzne.

Senat Uczelni zatwierdza opisy wyników kształcenia dla poszczególnych kierunków studiów.

Potwierdzanie zdolności jakościowej procesów realizowanych w obszarze SZJ jest wykorzystywane na podstawie danych:

- « gromadzonych w czasie dokonywanych pomiarów i monitorowania,
- « zebranych podczas okresowej oceny skuteczności i efektywności procesów,
- « uzyskanych z przeprowadzonych auditów wewnętrznych i zewnętrznych,
- « wynikające z reklamacji od klientów.

Przeprowadza się okresowo ocenę zajęć dydaktycznych prowadzonych przez nauczycieli akademickich – hospitacje zajęć dydaktycznych [www.umed.wroc.pl/dk-hospitacja-zajec](http://www.umed.wroc.pl/dk-hospitacja-zajec) zgodnie z Zarządzeniem Rektora w sprawie procedury hospitacji zajęć dydaktycznych, powoływania zespołów hospitujących oraz ustalania ramowego harmonogramu hospitacji.

Jakość kształcenia w Uczelni mierzona jest m.in. liczbą kandydatów na oferowane kierunki oraz wynikami Lekarskiego Egzaminu Końcowego (LEK) i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego (LDEK).

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

#### 9.1.2. Zadowolenie klientów i innych istotnych stron zainteresowanych

W sposób systematyczny i zaplanowany są zbierane informacje zwrotne od klientów, w tym płat-

ników i innych istotnych stron zainteresowanych na temat ich percepcji co do spełnienia ich wymagań, potrzeb i oczekiwań:

- a) analiza zgłaszanych pochwał, skarg i wniosków przez studentów – Skrzynka jakości kształcenia <http://www.zgloszenia.umed.wroc.pl/skrzynka-jakosci/>,
- b) okresowa ocena pracy nauczycieli akademickich podczas prowadzenia zajęć dydaktycznych – przeprowadzanie ankiety SONA, ocena nauczyciela akademickiego,
- c) poddawanie się kontrolom przeprowadzanym m.in. przez Polski Komitet Akredytacji,
- d) poddawanie się okresowym kontrolom przeprowadzanym przez instytucje nadzoru.

Ustalając metodę lub metody sprawdzania percepcji klientów, w tym płatników i innych istotnych stron zainteresowanych rozważa się następujące czynniki:

- « wielkość i złożoność poszczególnych wydziałów Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i jego pozostałych jednostek,
- « stopień skomplikowania świadczonych usług dydaktycznych i badań naukowych,
- « ryzyko związane z prowadzoną działalnością,
- « konkretne właściwości usług świadczonych przez Uczelnię, które mogą mieć wpływ na zadowolenie klientów, w tym płatników i innych istotnych stron zainteresowanych.

Wyjścia z procesu zbierania informacji zwrotnych od klientów, w tym płatników stanowią istotne wejścia do innych procesów systemu zarządzania jakością, takich jak analiza danych, przegląd zarządzania i proces doskonalenia.

Metody zbierania informacji od zleceniodawców oraz istotnych stron zainteresowanych, ich oceny i wykorzystywania zostały ustalone odpowiednio w stosownych procedurach, zarządzeniach i uchwałach Władz Uczelni, m.in. w Procedurze Studenckiej Ankiety Oceny Nauczycieli Akademickich.

### 9.1.3. Analiza i ocena

Wszelkie informacje i zapisy dotyczące jakości obejmujące również wyniki kształcenia studentów

i wyniki przeprowadzonych badań naukowych są zbierane, a następnie analizowane w celu potwierdzenia skuteczności działania wdrożonego Systemu Zarządzania Jakością oraz realizacji zakładanych celów strategicznych i operacyjnych. Analiza danych jest dokonywana w szczególności dla określenia:

- a) stopnia zadowolenia klientów, w tym studentów i odbiorców wyników badań naukowych oraz innych istotnych stron zainteresowanych,
- b) zgodności Systemu 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 procesu dydaktycznego i badań naukowych z ustalonymi wymaganiami,
- f) stopnia innowacyjności badań naukowych i możliwości komercjalizacji ich wyników,
- g) skutków działania zewnętrznych dostawców,
- h) potrzeby doskonalenia systemu zarządzania jakością.

Wyniki egzaminów LEK i LDEK są na bieżąco analizowane przez Władze Wydziałów, które systematycznie wdrażają działania naprawcze i korygujące skutkujące ciągłym podnoszeniem poziomu kształcenia. W tym celu w 2014 r. został wdrożony model Zarządzania Jakością Kształcenia w ramach projektu „Zintegrowany system zarządzania Uniwersytetem Medycznym we Wrocławiu” (finansowany z POKL 4.1.1).

## 9.2. Wewnętrzne audyty jakości

W obszarze SZJ 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 ISO 9001:2015,
- 2) skuteczność SZJ wspiera realizację wyznaczonych celów strategicznych i operacyjnych,
- 3) dalsze utrzymywanie i doskonalenie SZJ wymaga podejmowania działań korygujących.

Programem wewnętrznych auditów zarządza Specjalista ds. Systemu zarządzania jakością ISO. Audyty realizują auditorzy wewnętrzni powołani przez Rektora. Przy planowaniu, wykonywaniu i dokumentowaniu auditów obowiązują ustalenia procedury Audyty wewnętrzne.

## 9.3. Przegląd zarządzania

### 9.3.1. Informacje ogólne

Władze Uczelni nie rzadziej niż raz w roku dokonują przeglądu Systemu Zarządzania Jakością.

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

Podczas przeglądu zarządzania weryfikuje się, m.in. czy system zarządzania jakością w dalszym ciągu odnosi się do strategicznego kierunku rozwoju Uczelni nawet wtedy, gdy w międzyczasie strategia uległa zmianie.

### 9.3.2. Zakres przeglądu

Podczas przeglądu zarządzania rozważa się następujące kwestie:

- 1) status działań podjętych w następstwie wcześniejszych przeglądów zarządzania,
- 2) zmiany czynników zewnętrznych i wewnętrznych, istotnych dla systemu zarządzania jakością,
- 3) informacje dotyczące funkcjonowania i skuteczności systemu zarządzania jakością, w tym trendach z zakresu:
  - a) zadowolenia klientów, w tym płatników i informacji zwrotnych od istotnych stron zainteresowanych,
  - b) stopnia, w jakim zostały spełnione cele jakościowe,
  - c) skutków funkcjonowania procesów i zgodności wykonywanych analiz ze specyfikacją i innymi wymaganiami zlecniodawców oraz przepisów prawnych i branżowych,
  - d) niezgodności i działań korygujących,
  - e) wyników monitorowania i pomiarów,

- f) wyników auditów wewnętrznych i zewnętrznych,
- g) działalności zewnętrznych dostawców,
- 4) adekwatności zasobów,
- 5) skuteczności podjętych działań uwzględniających ryzyka i szanse,
- 6) możliwości ciągłego doskonalenia.

### 9.3.3. Wyniki przeglądu

Wyniki przeglądu są dokumentowane stosownym protokołem zawierającym zalecenia i wnioski. Protokół, będący podstawą do podjęcia działań korygujących, zatwierdza Rektor.

Przy planowaniu, przeprowadzaniu, dokumentowaniu oraz wykorzystywaniu wyników Przeglądu Zarządzania obowiązują ustalenia zawarte w Zarządzeniu Kanclerza Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, dotyczącego powołania składu zespołu do przeglądu zarządzania oraz jego przeprowadzenia.



# 10. DOSKONALENIE

## 10.1. Postanowienia ogólne

Wdrożony System Zarządzania Jakością jest ciągle rozwijany i doskonalony. Podstawą do doskonalenia są wyniki auditów wewnętrznych i zewnętrznych oraz wyniki przeglądów zarządzania przeprowadzanych przez wyznaczonych przez Władze Uczelni Pełnomocników ds. ISO i Specjalistę ds. Systemu Zarządzania Jakością ISO.

Doskonalenie wynika z celów ustalonych przez Władze Uczelni. Odnosi się do:

- « doskonalenia wewnętrznej skuteczności, aby Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu mógł utrzymywać ekonomiczną przewagę konkurencyjną na rynkach, na których działa,
- « spełniania indywidualnych potrzeb klientów, w tym studentów i odbiorców wyników badań naukowych,
- « prowadzenia działalności na takim poziomie, jakiego rynek zazwyczaj oczekuje.

Doskonalone są świadczone usługi, procesy i w rezultacie cały System zarządzania jakością.

## 10.2. Niezgodności i działania korygujące

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

- « podejmowania działań naprawczych, w przypadkach wymagających natychmiastowej reakcji zidentyfikowanych na etapie D (Wykonaj) Cyklu PDCA,
- « dokonania przeglądu niezgodności w celu ustalenia przyczyn ich wystąpienia,
- « podjęcia działań korygujących w celu usunięcia przyczyn wystąpienia niezgodności,

- « zapisania wyników podjętych działań,
- « oceny skuteczności podjętych działań,
- « sprawdzenia, czy niezgodność odnosi się do ryzyk i szans określonych podczas planowania; jeśli okaże się, że nie zidentyfikowano danego ryzyka, to uaktualnienie wykazu ryzyk i szans,
- « wprowadzenia zmian w Systemie zarządzania jakością, jeśli okaże się, że działania podjęte w celu zminimalizowania ryzyka nie były skuteczne, gdyż doszło do wystąpienia odnoszącej się do niego niezgodności lub gdy działania takie nie były dotychczas ustalone ani podjęte.
- « Obowiązują ustalenia wynikające z procedury Działania korygujące.

## 10.3. Ciągłe doskonalenie

Ciągłe doskonalenie polega na podejściu iteracyjnym, tj. na ciągłym wprowadzaniu małych ograniczonych zmian. Jest ono bezpieczne, ponieważ jeśli na Uczelni zostanie popełniony 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 Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu ustaloną przez Władze Uczelni. Podstawą do podejmowania działań doskonalących są wyniki przeglądu zarządzania i wynikające z niego zalecenia do realizacji w kolejnym okresie.

## 10.4. Dokumenty związane

- 1) Pochwały, skargi i wnioski klientów i innych istotnych stron zainteresowanych

- 2) Dane zebrane podczas przeprowadzania procesu dydaktycznego w danym roku akademickim i procesu badań naukowych
  - 3) Protokoły kontroli przeprowadzanych przez strony zainteresowane
  - 4) Dane zebrane podczas przeprowadzania audytów wewnętrznych i zewnętrznych, działań ko-
- rygujących, badań satysfakcji klienta oraz inne dane związane z jakością
- 5) Protokoły z przeglądów zarządzania przez Pełnomocników ds. ISO i Specjalistę ds. Systemu zarządzania jakością ISO i raporty z audytów wewnętrznych i zewnętrznych.





# 11. INFORMACJE DODATKOWE

## 11.1. Właściciel

Właścicielem Księgi Jakości jest Rektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Bez zgody Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu niniejsza Księga i jej poszczególne części nie mogą być powielane.

## 11.2. Przegląd Księgi Jakości

Przegląd Księgi Jakości przeprowadza Pełnomocnik Rektora ds. ISO wraz ze Specjalistą ds. zarządzania jakością ISO w miarę potrzeby.

## 11.3. Autor

Księgę Jakości opracowała Barbara Mazurek

## 11.4. Rozdzielnik Księgi Jakości

Księgę Jakości otrzymują:

Pełnomocnik Rektora ds. ISO egz. nr 1

Rektor egz. nr 0

Aktualna księga na stronie www, na życzenie osób z zewnątrz egzemplarz nienadzorowany

## 11.5. Załączniki

Nr 1 Planowanie Jakości

Nr 2 Strategia rozwoju UMW 2014-2020 – link  
[https://www.umed.wroc.pl/sites/default/files/files/uczelnia/strategia\\_rozwoju\\_2014\\_WWW.pdf](https://www.umed.wroc.pl/sites/default/files/files/uczelnia/strategia_rozwoju_2014_WWW.pdf)

Nr 3 Polityka Jakości

## 11.6. Procedury

<b>Załącznik nr 1</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 1 z dnia: 07.07.2017 r.
<b>Planowanie jakości</b>	Strona: 1 z 6

<p><b>1. Cel planowania jakości:</b> określenie trybu postępowania i odpowiedzialności w zakresie planowania strategicznego z uwzględnieniem przyszłości Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i na tej podstawie projektowanie systemu zarządzania jakością, aby wspierał on realizację założonych celów oraz spełnianie wymagań i oczekiwań klientów i innych istotnych stron zainteresowanych, a także doskonalenia funkcjonowania Uczelni</p>
<p><b>2. Właściciel procesu:</b> Rektor</p>
<p><b>3. Uczestnicy procesu:</b> Rektor, Pełnomocnik Rektora ds. ISO, Prorektorzy, Kanclerz, Dziekani, właściciele procesów, inni kierownicy jednostek, Pełnomocnicy Wydziałowi ds. ISO, Specjalista ds. Systemu zarządzania jakością ISO</p>
<p><b>4. Procesy związane:</b> Nadzór nad dokumentami Przegląd zarządzania</p>
<p><b>5. Powiązanie z normą PN-EN ISO 9001:2015-10:</b> Pkt. 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 6.1, 6.2, 6.3</p>
<p><b>6. Dane wejściowe do procesu:</b></p> <p>6.1. Wymagania klientów i innych stron zainteresowanych</p> <p>6.2. Wymagania prawne i akredytacyjne dotyczące działalności naukowo-dydaktycznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu</p> <p>6.3. Określone potrzeby i oczekiwania klientów i innych stron zainteresowanych</p> <p>6.4. Ustalony poziom doskonalenia wymaganego do odniesienia sukcesu przez Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu</p> <p>6.5. Poprzednie doświadczenia</p> <p>6.6. Dokumenty związane:</p> <p>6.6.1. Statut Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu</p> <p>6.6.2. Norma PN-EN ISO 9001:2015-10 Systemy Zarządzania Jakością Wymagania, Polski Komitet Normalizacyjny, Warszawa 20166</p>

<b>Załącznik nr 1</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 1 z dnia: 07.07.2017 r.
<b>Planowanie jakości</b>	Strona: 2 z 6

## 7. Dane wyjściowe z procesu:

- 7.1. Ocenione wymagania prawne i akredytacyjne
- 7.2. Pożądany poziom zadowolenia klientów (studentów i odbiorców wyników badań naukowych) i innych stron zainteresowanych
- 7.3. Cele strategiczne i operacyjne dla Uczelni i poszczególnych wydziałów, w tym cele jakościowe do realizacji w określonym okresie
- 7.4. Polityka Jakości
- 7.5. Mierniki realizacji celów strategicznych, Polityki Jakości i celów jakościowych
- 7.6. Zidentyfikowane możliwości doskonalenia
- 7.7. Zaprojektowane procesy świadczenia usług i procesy wspierające uwzględniające:
  - a) Ryzyka i szanse odnoszące się do procesu
  - b) Wymagane kompetencje pracowników
  - c) Odpowiedzialności i uprawnienia
  - d) Wymagane zasoby
  - e) Mierniki osiągnięcia celów dotyczących jakości i doskonalenia procesów
  - f) Określone wymagania dotyczące dokumentowania przebiegu procesów, w tym wymagane zapisy
- 7.8. Strategia rozwoju Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu na lata 2014–2020
- 7.9. Zarządzenie w sprawie celów operacyjnych, w tym celów jakościowych do realizacji i mierników
- 7.10. Zapisy:
  - a) Udokumentowane procedury wymagane przez normę ISO 9001:2015
  - b) Wprowadzone usprawnienie w Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu
  - c) Protokół z przeglądu zarządzania
  - d) Zalecenia dotyczące zmian w założeniach strategicznych Uczelni

<b>Załącznik nr 1</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 1 z dnia: 07.07.2017 r.
<b>Planowanie jakości</b>	Strona: 3 z 6

<b>8. Opis procesu:</b>	
Przebieg procesu	Odpowiedzialny
8.1. Na podstawie strategii rozwoju Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu na lata 2014–2020 określenie celów strategicznych i operacyjnych dla Uczelni lub ich uaktualnienie nie rzadziej niż raz na rok	Rektor i wyznaczone osoby
8.2. Określanie celów strategicznych i operacyjnych dla wydziałów i innych jednostek organizacyjnych na lata 2015–2020 na podstawie celów strategicznych i operacyjnych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu	Dziekani
8.3. Określenie wymagań, potrzeb i oczekiwań klientów	Właściciele procesów
8.3.1. Określenie wymagań, potrzeb i oczekiwań klientów (płatników i końcowych użytkowników procesu dydaktycznego)	
8.3.2. Określenie wymagań, potrzeb i oczekiwań klientów (płatników i końcowych użytkowników procesu badań naukowych)	
8.3.3. Okresowe monitorowanie i przeglądanie informacji na temat zleceniodawców i ich wymagań, potrzeb i oczekiwań	
8.4. Określanie czynników zewnętrznych i wewnętrznych wpływających na zdolność Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu osiągnięcia założonych celów i spełnienie wymagań, potrzeb i oczekiwań zleceniodawców (kontekstu organizacji)	Właściciele procesów
8.4.1. Okresowe monitorowanie i przeglądanie informacji na temat czynników zewnętrznych i wewnętrznych	
8.5. Zrozumienie potrzeb i oczekiwań istotnych stron zainteresowanych	Właściciele procesów
8.5.1. Określenie, jakie strony zainteresowane inne niż klienci mogą wpływać na zdolność Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu na osiągnięcie założonych celów i spełnienie wymagań, potrzeb i oczekiwań klientów	
8.5.2. Spośród zidentyfikowanych stron zainteresowanych wybór tych, które w danym okresie są istotne dla systemu zarządzania jakością i ustalić ich ranking	

<b>Załącznik nr 1</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 1 z dnia: 07.07.2017 r.
<b>Planowanie jakości</b>	Strona: 4 z 6

Przebieg procesu	Odpowiedzialny
<p>8.5.3. Poznanie wymagań, potrzeb i oczekiwań tych istotnych stron zainteresowanych</p> <p>8.5.4. Ustalenie, czy spełnianie ich wymagań, potrzeb i oczekiwań stanowi dla Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu szansę czy zagrożenie</p> <p>8.5.4. Okresowe monitorowanie i przeglądanie informacji na temat wymagań, potrzeb i oczekiwań istotnych stron zainteresowanych</p> <p>8.6. Określenie/zmodyfikowanie zakresu systemu zarządzania jakością na podstawie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– celów strategicznych dla Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu</li> <li>– wymagań, potrzeb i oczekiwań klientów</li> <li>– czynników zewnętrznych i wewnętrznych określonych w p. 8.4</li> <li>– wymagań, potrzeb i oczekiwań innych istotnych stron zainteresowanych</li> <li>– usług świadczonych przez Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu</li> </ul> <p>8.7. Dostosowanie deklaracji Polityki Jakości do obecnej działalności Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, jego strategicznego kierunku rozwoju oraz kontekstu, w jakim funkcjonuje</p> <p>8.8. Określenie mierników realizacji celów strategicznych i Polityki Jakości</p> <p>8.9. Identyfikacja ryzyk i szans</p> <p>8.9.1. Na podstawie czynników zewnętrznych i wewnętrznych, które mogą wpływać negatywnie na zdolność Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu osiągnąć założone cele i spełnić wymagania, potrzeby i oczekiwania zleceniodawców określenie ryzyk zewnętrznych i wewnętrznych</p> <p>8.9.2. Określić, do jakich procesów odnoszą się ryzyka zidentyfikowane w p. 8.9.1</p>	<p>Właściciele procesów i/lub Pełnomocnicy Wydziałowi ds. ISO</p> <p>Pełnomocnik</p>

<b>Załącznik nr 1</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 1 z dnia: 07.07.2017 r.
<b>Planowanie jakości</b>	Strona: 5 z 6

Przebieg procesu	Odpowiedzialny
8.9.3. Ustalić, jakie działania należy podjąć, jeśli to zasadne, aby zminimalizować prawdopodobieństwo wystąpienia czynników ryzyka lub ich skutki	Właściciele procesów
8.9.4. Na podstawie sprzyjających okoliczności oraz czynników zewnętrznych i wewnętrznych, które mogą wpływać pozytywnie na zdolność Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu osiągnąć założone cele i spełnić wymagania, potrzeby i oczekiwania zleceniodawców określić szanse zewnętrznych i wewnętrznych	Właściciele procesów
8.9.5. Określić, do jakich procesów odnoszą się szanse zidentyfikowane w p. 8.9.4	Pełnomocnik Rektora ds. ISO ze Specjalistą ds. systemu zarządzania jakością ISO
8.9.6. Ustalić, jakie działania należy podjąć, jeśli to zasadne, aby wzmocnić szanse	Kierownicy jednostek organizacyjnych z Właścicielami procesów
8.10. Formułowanie celów dotyczących jakości	Kierownicy jednostek organizacyjnych z Właścicielami procesów
8.11. Planowanie zmian w systemie zarządzania jakością	Kierownicy jednostek organizacyjnych z Właścicielami procesów
8.11.1. Określenie celu wprowadzenia planowanej zmiany, konsekwencji jej wprowadzenia, korzyści/straty, jakie może przynieść dla Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz jego wydziałów i innych jednostek organizacyjnych, ustalenie czy są dostępne wszystkie zasoby do wprowadzenia tej zmiany	Kierownicy jednostek organizacyjnych z Właścicielami procesów
8.11.2. Podjęcie decyzji o wprowadzeniu zmiany lub rezygnacji z niej	Rektor lub wyznaczona osoba (np. kierownicy jednostek organizacyjnych)
8.11.3. W przypadku decyzji pozytywnej, wprowadzenie zmiany	Właściciele procesów

<b>Załącznik nr 1</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 1 z dnia: 07.07.2017 r.
<b>Planowanie jakości</b>	Strona: 6 z 6

Przebieg procesu	Odpowiedzialny
8.11.4. Okresowe dokonywanie przeglądu, czy wprowadzona zmiana nadal przynosi spodziewane efekty, w razie konieczności wprowadzanie dodatkowych działań, zapisywanie wyników przeglądów	Osoba wyznaczona przez
8.12. Identyfikacja procesów potrzebnych do realizacji zaplanowanych celów strategicznych i celów jakościowych	
8.13. Przydzielenie odpowiedzialności i uprawnień pracownikom uczestniczącym w poszczególnych procesach	
8.14. Określenie zasobów potrzebnych do realizacji celów strategicznych i jakościowych oraz przydzielenie ich do poszczególnych procesów	Rektor lub wyznaczona osoba (np. kierownicy jednostek organizacyjnych)/właściciel procesu
9.15. Ustalenie potrzeb w zakresie dokumentowania przebiegu procesów, w tym wymaganych zapisów	Właściciele procesów
9.16. Określenie mierników służących do oceny osiągnięcia zaplanowanych celów dotyczących jakości i przebiegu procesów oraz ich doskonalenia	Właściciele procesów
9.17. Zarządzanie procesami z uwzględnieniem cyklu PDCA i myślenia opartego na ryzyku	Właściciele procesów
9.18. Okresowa ocena celów strategicznych i stopnia spełniania wymagań, potrzeb i oczekiwań klientów	Rektor i wyznaczone osoby
9.19. Okresowa ocena skuteczności, przydatności i adekwatności systemu zarządzania jakością do spełniania przez Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu celów strategicznych i spełniania wymagań, potrzeb i oczekiwań klientów podczas przeglądu zarządzania	
9.20. Planowanie zmian	
9.20.1. Planowanie zmian w założeniach strategicznych	
9.20.2. Planowanie zmian w systemie zarządzania jakością	Pełnomocnik Rektora ds. ISO ze Specjalistą ds. systemu zarządzania jakością ISO



**UNIwersYTET MEDYCZNY**  
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU



# Strategia rozwoju UMW

2014–2020





Strategia rozwoju UMW dostępna jest na stronie:

[https://www.umed.wroc.pl/sites/default/files/files/uczelnia/strategia\\_rozwoju\\_2014\\_WWW.pdf](https://www.umed.wroc.pl/sites/default/files/files/uczelnia/strategia_rozwoju_2014_WWW.pdf)



<b>Załącznik nr 3 do Księgi Jakości</b> PN-EN ISO 9001:2015-10	Z dnia: 21.01.2019 r.
<b>Polityka Jakości</b>	Strona: 1 z 2



## UNIwersYTET MEDYCZNY IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU

*p.o. Rektora*

Wrocław 21.01.2019

### *POLITYKA JAKOŚCI UNIwersYTETU MEDYCZNEGO WE WROCLAWIU*

*Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu jako główny ośrodek kształcenia medycznego na Dolnym Śląsku, od 1950 roku realizuje cele i zadania wynikające z poprzednich obowiązujących aktów prawnych jak i aktualnej ustawy prawo o szkolnictwie wyższym i nauce z dnia 20 lipca 2018 r. zgodnie z polityką Ministerstwa Zdrowia, oraz Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.*

*Najważniejszym celem polityki jakości Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu jest zaspokojenie potrzeb klientów Uczelni oraz dążenie do wysokiej pozycji wśród renomowanych uczelni medycznych w kraju i za granicą w zakresie optymalizacji procesu dydaktycznego oraz prowadzenia prac naukowo-badawczych.*

*Najistotniejszym dążeniem Uczelni jest zapewnienie, aby absolwent Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu był człowiekiem o wysokich walorach etycznych, wszechstronnie wykształconym, zdolnym do wykonywania wyuczonego zawodu i samodzielnej pracy badawczej w kraju i za granicą.*

*Podwyższenie satysfakcji z realizowanych zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych jest najwyższym celem, którego osiągnięcie jest możliwe przez zarządzanie jakością na wszystkich szczeblach organizacyjnych Uczelni.*

*Podstawowe założenia polityki jakości Uczelni zrealizowane zostaną przez:*

- 1) stale doskonalenie procesu dydaktycznego i naukowo badawczego,*
- 2) kreowanie wizerunku, a także promocję Uczelni na forum krajowym i zagranicznym oraz ścisłą współpracę z jednostkami pozauczelnianymi w kraju i za granicą w celu pozyskiwania wartościowych kandydatów na studentów Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu,*
- 3) poszerzanie międzynarodowej współpracy Uczelni, uwzględniającej politykę zagraniczną rządu,*

<b>Załącznik nr 3 do Księgi Jakości</b> PN-EN ISO 9001:2015-10	Z dnia: 21.01.2019 r.
<b>Polityka Jakości</b>	Strona: 2 z 2

- 4) *doskonalenie współpracy z jednostkami krajowymi i zagranicznymi współuczestniczącymi w procesie kształcenia i prowadzenia badań naukowych w renomowanych ośrodkach naukowo-badawczych,*
- 5) *promowanie i pobudzanie aktywności naukowo-badawczej studentów i pracowników przy jednoczesnej optymalizacji kosztów przeznaczonych na tę działalność,*
- 6) *systematyczne podnoszenie kwalifikacji kadry,*
- 7) *wprowadzenie i optymalizowanie systemu informatycznego, wspomagającego proces dydaktyczny i naukowo badawczy,*
- 8) *doskonalenie systemu organizacyjnego, umożliwiającego skuteczny przepływ informacji i efektywne działanie Uczelni,*
- 9) *zapewnienie wyspecjalizowanej kadry zasobów niezbędnych do osiągnięcia celów jakościowych,*
- 10) *planowanie i dokumentowanie podejmowanych działań jakościowych,*
- 11) *dostosowanie warsztatu i środowiska pracy do norm obowiązujących w krajach Unii Europejskiej,*
- 12) *skuteczne upowszechnienie polityki jakości w Uczelni i zapewnienie dostępności polityki jakości beneficjentom zewnętrznym, jeśli jest to właściwe,*

Zobowiązuję pracowników i studentów Uczelni do:

- utrzymania i ciągłego doskonalenia systemu zarządzania jakością, wdrożonego (zgodnie z wymaganiami normy PN-EN ISO-9001:2015-10,
- spełniania mających zastosowanie wymagań, w tym prawnych,
- skutecznego realizowania postanowień deklaracyjnych, objętych treścią niniejszej polityki jakości.

*Za wdrożenie polityki jakości jest odpowiedzialny*

*prof. dr hab. n. med. Barbara Mazurek*  
p.o. Rektora  
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu  
Rektorzy i kierownicy Wydziałów  
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

<b>Załącznik nr 4</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 7 z dnia: 01.08.2017 r.
<b>Zasoby personalne – kompetencje, świadomość i szkolenia</b>	Strona: 1 z 2

Osoba odpowiedzialna za nadzór, skuteczność i doskonalenie procesu: Rektor UMW

<b>Dane wejściowe</b>	<b>Przebieg procesu</b>	<b>Osoba odpowiedzialna za właściwe wykonanie zadania</b>	<b>Dane wyjściowe</b>
Przepisy państwowe, branżowe, dokumentacja, wymagania klienta	Określenie wymaganych kwalifikacji dla wszystkich stanowisk pracy	Prorektor ds. Dydaktyki	Wykaz stanowisk i wymaganych kwalifikacji
Wykaz stanowisk i wymaganych kwalifikacji	Określenie potrzeb szkoleniowych	Prorektor ds. Dydaktyki	Zestawienie potrzeb (w postaci komunikatu)
Zestawienie potrzeb, oferty jednostek szkoleniowych	Opracowanie planu szkoleń	Dziekan Wydziału	Plan szkoleń (w postaci komunikatu)
Plan szkoleń	Zatwierdzenie planu szkoleń	Rektor UM	Zatwierdzenie planu szkoleń
Zatwierdzony plan szkoleń, referencje i uprawnienia jednostek szkoleniowych	Kwalifikacja i wybór jednostek szkoleniowych	Dziekan Wydziału	Wykaz zakwalifikowanych jednostek szkoleniowych
Wykaz zakwalifikowanych jednostek szkoleniowych, programy szkoleń, umowy z jednostkami zewnętrznymi	Realizacja szkoleń	Dziekan Wydziału	Zaświadczenia, świadectwa, certyfikaty, listy obecności
Doraźne zapotrzebowania na szkolenia	Bieżąca weryfikacja planu szkolenia	Dziekan Wydziału	Skorygowany plan szkoleń

<b>Załącznik nr 4</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 7 z dnia: 01.08.2017 r.
<b>Zasoby personalne – kompetencje, świadomość i szkolenia</b>	Strona: 2 z 2

<b>Dane wejściowe</b>	<b>Przebieg procesu</b>	<b>Osoba odpowiedzialna za właściwe wykonanie zadania</b>	<b>Dane wyjściowe</b>
Uzyskane uprawnienia praktyczne, sprawdzenie uzyskanych kwalifikacji, ankiety F-7.2-01	Ocena szkoleń	Kierownik podstawowej jednostki organizacyjnej	Potwierdzenie uzyskanych kwalifikacji i uprawnień w aktach osobowych; ewentualne działania korygujące; zweryfikowana lista jednostek szkoleniowych
Protokół z przeglądu systemu przez kierownictwo	Dalsze doskonalenie	Pełnomocnik Rektora UMW	

<b>Załącznik nr 5</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Naprawa aparatury</b>	Strona: 1 z 1

### Naprawa aparatury w ramach własnych

Osoba odpowiedzialna za nadzór, skuteczność i doskonalenie procesu:  
Kierownik Działu Aparatury Naukowej

Dane wejściowe	Przebieg procesu	Osoba odpowiedzialna za właściwe wykonanie zadania	Dane wyjściowe
Zgłoszenie awarii aparatu do Działu Aparatury Naukowej	Opis usterki – awarii	Użytkownik aparatu	Przekazanie zgłoszenia
Przyjęcie zgłoszenia	Wybór serwisanta wewnętrznego	Referent Sekcji Napraw Działu Aparatury Naukowej	Karta pracy
Przyjęcie zlecenia	Naprawa	Konserwator	Protokół naprawy
Potwierdzenie sprawności aparatu na karcie pracy	Uruchomienie aparatu	Użytkownik	Użytkowanie aparatu

### Naprawa aparatury za pośrednictwem Firm Serwisowych

Osoba odpowiedzialna za nadzór, skuteczność i doskonalenie procesu:  
Kierownik Działu Aparatury Naukowej

Dane wejściowe	Przebieg procesu	Osoba odpowiedzialna za właściwe wykonanie zadania	Dane wyjściowe
Zgłoszenie awarii aparatu do Działu Aparatury Naukowej	Opis usterki – awarii i podanie źródła finansowania	Użytkownik aparatu	Przekazanie zgłoszenia
Przyjęcie zgłoszenia	Wybór serwisu zewnętrznego	Referent Sekcji Napraw Działu Aparatury Naukowej	Zlecenie naprawy
Potwierdzenie sprawności aparatu	Uruchomienie aparatu	Użytkownik aparatu	Użytkowanie aparatu
Faktura + potwierdzenie sprawności aparatu	Płatność	Referent Sekcji Napraw Działu Aparatury Naukowej	Przekazanie faktury do Kwestury

<b>Załącznik nr 6</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Kasacja sprzętu</b>	Strona: 1 z 3

## Kasacja aparatury niekwalifikującej się do naprawy

Osoba odpowiedzialna za nadzór, skuteczność i doskonalenie procesu:  
Kierownik Działu Aparatury Naukowej

Dane wejściowe	Przebieg procesu	Osoba odpowiedzialna za właściwe wykonanie zadania	Dane wyjściowe
Stwierdzenie awarii aparatu	Wystawienie zlecenia na orzeczenie techniczne	Użytkownik aparatu	Przekazanie zlecenia do Działu Aparatury Naukowej
Przyjęcie zlecenia	Wybór konserwatora	Referent Działu Aparatury Naukowej	Karta pracy (druk zlecenia wewnętrznego lub zewnętrznego)
Przyjęcie zlecenia	Opis stanu technicznego aparatu	Konserwator Działu Aparatury Naukowej	Wystawienie orzeczenia technicznego i przekazanie go użytkownikowi
Przyjęcie orzeczenia	Potwierdzenie wykonania usługi na karcie pracy	Użytkownik	Podjęcie decyzji o kasacji aparatu i przekazanie stosownych dokumentów do Działu Inwentaryzacji

<b>Załącznik nr 6</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Kasacja sprzętu</b>	Strona: 2 z 3

### Kasacja sprzętu – środek trwały

Osoba odpowiedzialna za nadzór, skuteczność i doskonalenie procesu:  
Kierownik Działu Inwentaryzacji i Ewidencji Majątku

Dane wejściowe	Przebieg procesu	Osoba odpowiedzialna za właściwe wykonanie zadania	Dane wyjściowe
Wniosek kasacyjny + orzeczenie techniczne	Weryfikacja wniosku z księgami inwentarzowymi	Kierownik Działu Inwentaryzacji i Ewidencji Majątku	Sprawdzony wniosek kasacyjny i orzeczenie
Wniosek kasacyjny + orzeczenie	Powołanie Komisji Kasacyjnej	Kierownik Działu Inwentaryzacji i Ewidencji Majątku	Skład osobowy Komisji Kasacyjnej
Protokół kasacyjny z wnioskami Komisji Kasacyjnej	Zatwierdzenie w protokole wniosków Komisji przez Rektora lub przez Kanclerza UMW	Przewodniczący Komisji Kasacyjnej	Fizyczna likwidacja – wywózka do Zbiornicy Surowców Wtórnych lub do kontenera na śmieci; jeżeli jest sprzedaż pismo do Działu Socjalnego UMW
Kwit ze Zbiornicy Surowców Wtórnych	Wpisanie do protokołu kasacyjnego numer dowodu wpłaty i datę. Przekazanie kwitu do Kwestur z ZSW za pokwitowaniem	Przewodniczący Komisji Kasacyjnej	Przekazanie protokołu kasacyjnego, kwitów z SKDN lub OSK do Kierownika Działu Inwentaryzacji i Ewidencji Majątku
Sprawdzenie protokołu pod względem merytorycznym	Zatwierdzenie protokołu przez Kwestora UMW i Kanclerza UMW	Kierownik Działu Inwentaryzacji i Ewidencji Majątku	Wyksięgowanie z ewidencji majątku Uczelni
Protokół Komisji Kasacyjnej, orzeczenie techniczne, wniosek kasacyjny, kwity z SKDN lub OSK	Przekazanie do Kwestury	Kierownik Działu Inwentaryzacji i Ewidencji Majątku	Przyjęcie dokumentów przez Kwesturę UMW



<b>Załącznik nr 6</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Kasacja sprzętu</b>	Strona: 3 z 3

### Kasacja sprzętu – środek trwały 100% umorzony

Osoba odpowiedzialna za nadzór, skuteczność i doskonalenie procesu:  
Kierownik Działu Inwentaryzacji i Ewidencji Majątku

Dane wejściowe	Przebieg procesu	Osoba odpowiedzialna za właściwe wykonanie zadania	Dane wyjściowe
Wniosek kasacyjny + orzeczenie techniczne	Sprawdzenie z księgami inwentarzowymi pod względem technicznym oraz powołanie komisji kasacyjnej przez Kanclerza UMW	Kierownik Działu Inwentaryzacji i Ewidencji Majątku	Powołanie Komisji Kasacyjnej
Wniosek kasacyjny + orzeczenie	Powołanie komisji Kasacyjnej	Kierownik Działu Inwentaryzacji i Ewidencji Majątku	Skład osobowy Komisji
Protokół kasacyjny z wnioskami komisji kasacyjnej	Decyzja Komisji o przeznaczeniu sprzętu po kasacji – jako materiału do napraw, sprzedaży dla pracowników UMW, złom.	Przewodniczący Komisji Kasacyjnej	Fizyczna likwidacja – wywózka do Zbiornicy Surowców Wtórnych lub do kontenera na śmieci; jeżeli jest sprzedaż pismo do Działu Socjalnego UMW
Protokół kasacyjny	Zatwierdzenie protokołu (sprzedaż) przez Rektora lub Kanclerza UMW	Przewodniczący Komisji Kasacyjnej	Zatwierdzony protokół kasacyjny
Protokół kasacyjny z całą dokumentacją	Sprawdzenie pod względem merytorycznym	Kierownik Działu Inwentaryzacji i Ewidencji Majątku	Wyksięgowanie z ewidencji majątku Uczelni
Protokół kasacyjny	Zdjęcie z ewidencji przekazanie całej dokumentacji do kwestury – oryginał	Kierownik Działu Inwentaryzacji i Ewidencji Majątku	Przyjęcie dokumentów przez Kwesturę UMW

<b>Załącznik nr 7</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Inwentaryzacja</b>	Strona: 1 z 2

## Inwentaryzacja zdawczo-odbiorcza

Osoba odpowiedzialna za nadzór, skuteczność i doskonalenie procesu:  
Kierownik Działu Inwentaryzacji i Ewidencji Majątku

<b>Dane wejściowe</b>	<b>Przebieg procesu</b>	<b>Osoba odpowiedzialna za właściwe wykonanie zadania</b>	<b>Dane wyjściowe</b>
Wykaz osób odchodzących – materialnie odpowiedzialnych za majątek	Planowanie inwentaryzacji; powołanie zespołu spisowego przez Przewodniczącego Głównej Komisji Inwentaryzacyjnej	Kierownik Działu Inwentaryzacji i Ewidencji Majątku	Powołanie zespołu spisowego
Zespół spisowy	Uzyskanie oświadczenia od osoby przyjmującej majątek – odpowiedzialność materialna; rozliczenie składników majątkowych	Przewodniczący Komisji Inwentaryzacyjnej	Pismo w sprawie różnic inwentaryzacyjnych
Pismo różnic inwentaryzacyjnych do osoby odchodzącej	Wyjaśnienie różnic	Kierownik Działu Inwentaryzacji i Ewidencji Majątku	Przekazanie wyjaśnienia do Kierownika Działu Inwentaryzacji i Ewidencji Majątku; przygotowanie dokumentów dla GKI
Protokół Głównej Komisji Inwentaryzacyjnej z wnioskami	Zatwierdzenie protokołu przez Rektora lub Kanclerza	Kierownik Działu Inwentaryzacji i Ewidencji Majątku	Protokół Głównej Komisji Inwentaryzacyjnej
Protokół Głównej Komisji Inwentaryzacyjnej	Wycofanie lub wprowadzenie składników majątkowych do ewidencji; przekazanie dokumentacji do Kwestury	Kierownik Działu Inwentaryzacji i Ewidencji Majątku	Przekazanie dokumentacji do Kwestury

<b>Załącznik nr 7</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Inwentaryzacja</b>	Strona: 2 z 2

## Inwentaryzacja planowana

Osoba odpowiedzialna za nadzór, skuteczność i doskonalenie procesu:  
Kierownik Działu Inwentaryzacji i Ewidencji Majątku

<b>Dane wejściowe</b>	<b>Przebieg procesu</b>	<b>Osoba odpowiedzialna za właściwe wykonanie zadania</b>	<b>Dane wyjściowe</b>
Plan inwentaryzacji	Powołanie zespołu spisowego	Przewodniczący Głównej Komisji Inwentaryzacyjnej	Powołanie zespołu spisowego
Zespół spisowy	Przeprowadzenie spisu z natury	Przewodniczący Zespołu Spisowego	Arkusze spisu z natury
Rozliczenie inwentaryzacji	Pismo różnic inwentaryzacyjnych do osoby materialnie odpowiedzialnej	Przewodniczący Zespołu Spisowego	Wyjaśnienie różnic osoby materialnie odpowiedzialnej
Powołanie Głównej Komisji Inwentaryzacyjnej	Przygotowanie dokumentacji dla Głównej Komisji Inwentaryzacyjnej	Kierownik Działu Inwentaryzacji i Ewidencji Majątku	Protokół Głównej Komisji Inwentaryzacyjnej z wnioskami
Przedłożenie protokołu do zatwierdzenia	Zatwierdzenie wniosków Głównej Komisji Inwentaryzacyjnej przez Rektora – powyżej 250 000 euro; przez Kanclerza do 250 000 euro	Kierownik Działu Inwentaryzacji i Ewidencji Majątku	Wyksięgować lub zaksięgować w jednostce UMW
Protokół Głównej Komisji Inwentaryzacyjnej	Przekazanie do Kwestury	Kierownik Działu Inwentaryzacji i Ewidencji Majątku	Przyjęcie dokumentów przez Kwesturę UMW

<b>Załącznik nr 8</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 7 z dnia: 01.08.2017 r.
<b>Zapewnienie ochrony wartościowym urządzeniom służącym dydaktyce</b>	Strona: 1 z 2

Osoba odpowiedzialna za nadzór, skuteczność i doskonalenie procesu:  
Kierownik Działu Eksploatacji UMW

Dane wejściowe	Przebieg procesu	Osoba odpowiedzialna za właściwe wykonanie zadania	Dane wyjściowe
Potrzeba zabezpieczenia wartościowych urządzeń	Określenie wartości urządzeń, liczby pomieszczeń, w których się znajdują, przedziału czasu w ciągu doby koniecznym do szczególnej ochrony	Kierownik jednostki	Skierowanie pisma do Kanclerza Uczelni
Pismo zadekretowane przez Kanclerza z prośbą wycenę przedsięwzięcia	Zlecenie telefoniczne pracownikowi firmy ochroniarskiej wykonanie kosztorysu	Dział Eksploatacji	Otrzymanie kosztorysu
Przedłożenie kosztorysu Kanclerzowi	Akceptacja Kanclerza na zlecenie wykonania zabezpieczenia	Dział Eksploatacji	Sporządzenie zlecenia dla firmy ochroniarskiej
Podpisanie zlecenia przez przedstawicieli Uczelni	Przesłanie do firmy ochroniarskiej	Dział Eksploatacji	Wykonanie zlecenia: zabezpieczenie pomieszczeń i urządzeń w nich znajdujących się
Zgłoszenie faktu wykonania zabezpieczenia Kierownikowi Jednostki	Sporządzenie protokołu odbioru	Firma ochroniarska	Podpisanie protokołu odbioru

<b>Załącznik nr 8</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 7 z dnia: 01.08.2017 r.
<b>Zapewnienie ochrony wartościowym urządzeniom służącym dydaktyce</b>	Strona: 2 z 2

<b>Dane wejściowe</b>	<b>Przebieg procesu</b>	<b>Osoba odpowiedzialna za właściwe wykonanie zadania</b>	<b>Dane wyjściowe</b>
Sporządzenie faktury wraz z umowami na monitoring i konserwację instalacji zabezpieczającej	Przedłożenie dokumentów w Dziale Eksploatacji	Firma ochroniarska	Akceptacja dokumentów przez przedstawicieli Uczelni
Przejęcie podpisanych umów i faktury	Przedłożenie faktury do realizacji w Dziale Finansowym	Dział Eksploatacji	Informacja do Działu Aparatury Naukowej o potrzebie wystawienia dokumentu OT dla Użytkownika
Dokument OT	Informacja do Działu Aparatury Naukowej; przyjęcie instalacji monitorującej na stan środków trwałych UMW	Dział Inwentaryzacji	Użytkowanie instalacji zabezpieczającej przez Użytkownika Kierownika jednostki

<b>Załącznik nr 9</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Remonty budynków i instalacji</b>	Strona: 1 z 3

## Przeglądy stanu technicznego obiektów

Osoba odpowiedzialna za nadzór, skuteczność i doskonalenie procesu:  
Kierownik Działu Nadzoru Inwestycji i Remontów UMW

Dane wejściowe	Przebieg procesu	Osoba odpowiedzialna za właściwe wykonanie zadania	Dane wyjściowe
Wyłonienie firmy do dokonania przeglądu technicznego obiektów	Dokonanie przeglądu technicznego obiektów	Kierownik Działu Nadzoru Inwestycji i Remontów	Sporządzenie protokołów z przeglądu oraz zestawienia potrzeb remontowych
Potrzeby remontowe (zestawienia z przeglądów oraz indywidualne zapotrzebowania na remonty)	Określenie potrzeb remontowych ze względu na stan techniczny obiektów i obowiązujące przepisy	Kierownik Działu Nadzoru Inwestycji i Remontów	Ujęcie w planie potrzeb remontowych
Plan remontowy – rzeczowo-finansowy	Określenie przewizorium planu remontowego – rzeczowo-finansowego	Przewodniczący Komisji Senackiej ds. Remontów	Plan remontów
Plan remontów	Zatwierdzenie planu	Przewodniczący Komisji Senackiej ds. Remontów i/lub Kanclerz	Zatwierdzony plan remontów
Zatwierdzony plan remontów	Przyznanie środków finansowych	Kanclerz	Zatwierdzony plan remontów pod względem finansowym
Wniosek na wybór wykonawcy robót remontowych z planu remontów	Przeprowadzenie procedury przetargowej zgodnie z ustawą o Zamówieniach Publicznych, w celu wyłonienia wykonawcy	Zespół ds. Zamówień Publicznych	Umowa z wykonawcą

<b>Załącznik nr 9</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Remonty budynków i instalacji</b>	Strona: 2 z 3

<b>Dane wejściowe</b>	<b>Przebieg procesu</b>	<b>Osoba odpowiedzialna za właściwe wykonanie zadania</b>	<b>Dane wyjściowe</b>
Umowa z wykonawcą	Realizacja umowy	Kierownik Działu Nadzoru Inwestycji i Remontów	Protokół odbioru, oddanie do użytkowania
Protokół odbioru oraz faktura	Rozliczenie rzeczowo-finansowe umowy	Kierownik Działu Nadzoru Inwestycji i Remontów	Dokumentacja zrealizowanego remontu - umowy

### Reklamacje i usuwanie usterek

Osoba odpowiedzialna za nadzór, skuteczność i doskonalenie procesu:  
Kierownik Działu Nadzoru Inwestycji i Remontów UMW

<b>Dane wejściowe</b>	<b>Przebieg procesu</b>	<b>Osoba odpowiedzialna za właściwe wykonanie zadania</b>	<b>Dane wyjściowe</b>
Zgłoszenie usterki	Określenie rodzaju usterki	Kierownik Działu Nadzoru Inwestycji i Remontów	Zgłoszenie usterki do wykonawcy
Zgłoszenie usterki do wykonawcy	Wizja lokalna i określenie terminu realizacji usunięcia usterki	Wykonawca	Uzgodnienia dotyczące realizacji i terminu usunięcia usterki
Usuwanie usterki	Przebieg procesu usuwania usterki	Wykonawca	Zgłoszenie wykonawcy o usunięciu usterki
Zgłoszenie wykonawcy usunięcie usterki	Kontrola i sporządzenie protokołu stwierdzającego usunięcie usterki	Komisja (wykonawca, Dział Nadzoru Inwestycji i Remontów )	Protokół pokontrolny

<b>Załącznik nr 9</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Remonty budynków i instalacji</b>	Strona: 3 z 3

## Usuwanie awarii

Osoba odpowiedzialna za nadzór, skuteczność i doskonalenie procesu:  
Kierownik Działu Nadzoru Inwestycji i Remontów UMW

<b>Dane wejściowe</b>	<b>Przebieg procesu</b>	<b>Osoba odpowiedzialna za właściwe wykonanie zadania</b>	<b>Dane wyjściowe</b>
Zgłoszenie awarii	Określenie zakresu prac	Kierownik Działu Nadzoru Inwestycji i Remontów	Protokół awarii
Protokół awarii	Wyłanianie wykonawcy na podstawie zapytania ofertowego	Kierownik Działu Nadzoru Inwestycji i Remontów	Umowa/zlecenie
Umowa/Zlecenie	Realizacja robót, mających na celu usunięcie zaistniałej awarii	Kierownik Działu Nadzoru Inwestycji i Remontów	Protokół odbioru (potwierdzenie wykonania)
Protokół odbioru (potwierdzenie wykonania) oraz faktura	Rozliczenie rzeczowo-finansowe	Komisja	Dokumentacja zrealizowanych robót





fol. T. Walów

<b>Załącznik nr 10</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Realizacja zadań Inspektoratu BHP i ppoż.</b>	Strona: 1 z 5

Osoba odpowiedzialna za nadzór, skuteczność i doskonalenie procesu:  
Główny Specjalista BHP i ppoż, Starszy Specjalista BHP i ppoż.

<b>Dane wejściowe</b>	<b>Przebieg procesu</b>	<b>Osoba odpowiedzialna za właściwe wykonanie zadania</b>	<b>Dane wyjściowe</b>
Sprawowanie nadzoru nad rozmieszczeniem, sprawnością i konserwacją sprzętu oraz innych urządzeń przeciwpożarowych	Przygotowanie dokumentacji przetargowej dla działu przetargów; udział w komisji przetargowej dotyczącej konserwacji sprzętu i urządzeń przeciwpożarowych; kontrola i nadzór nad przebiegiem prac	Główny Specjalista BHP i ppoż i Starszy Specjalista BHP i ppoż.	Przechowywanie dokumentacji
Zgłaszanie wniosków i wyłączenie z użytkowania maszyn, urządzeń, instalacji lub aparatury grożącej pożarem	Po przeprowadzonych przez siebie kontrolach stanu ppoż. na terenie UMW przesłanie protokołu kontroli do kierownika jednostki organizacyjnej i Kanclerza	Główny Specjalista BHP i ppoż i Starszy Specjalista BHP i ppoż.	Przechowywanie dokumentacji; czuwanie nad obiegiem dokumentów
Opracowanie i aktualizacja regulaminu ochrony przeciwpożarowej, planów ewakuacji i planów ochrony przeciwpożarowej	Zlecenie na zewnątrz uprawnionym specjalistom ds. ppoż. wykonania instrukcji Bezpieczeństwa Pożarowego Obiektu; instrukcje te zawierają plany ewakuacji, regulaminy i plany ochrony ppoż.	Główny Specjalista BHP i ppoż i Starszy Specjalista BHP i ppoż.	Przechowywanie dokumentacji; czuwanie nad obiegiem dokumentów

<b>Załącznik nr 10</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Realizacja zadań Inspektoratu BHP i ppoż.</b>	Strona: 2 z 5

<b>Dane wejściowe</b>	<b>Przebieg procesu</b>	<b>Osoba odpowiedzialna za właściwe wykonanie zadania</b>	<b>Dane wyjściowe</b>
Aktualizowanie instrukcji ppoż. ogólnej instrukcji postępowania na wypadek pożaru	Nadzór nad rozmieszczeniem instrukcji na poszczególnych obiektach	Główny Specjalista BHP i ppoż i Starszy Specjalista BHP i ppoż.	Przechowywanie dokumentacji; czuwanie nad obiegiem dokumentów
Sprawowanie nadzoru nad konserwacją systemu sygnalizacji pożaru w obiektach UMW	Kontrola i nadzór nad przeprowadzaniem konserwacji; zgłaszanie do Działu Technicznego uszkodzeń systemu sygnalizacji ppoż. lub jego awarii	Główny Specjalista BHP i ppoż i Starszy Specjalista BHP i ppoż.	Przechowywanie dokumentacji; czuwanie nad obiegiem dokumentów
Dokumentacja z kontroli zakresu ochrony przeciwpożarowej we wszystkich jednostkach organizacyjnych Uczelni przeprowadzana przez Inspektorat BHP i ppoż. oraz Państwową Straż Pożarną	Prowadzenie dokumentacji z przeprowadzonej kontroli stanu ppoż. w poszczególnych obiektów	Główny Specjalista BHP i ppoż i Starszy Specjalista BHP i ppoż.	Przechowywanie dokumentacji; czuwanie nad obiegiem dokumentów
Plany poprawy warunków pracy	Wykonanie planu poprawy warunków pracy za miniony rok oraz na rok następny z uwzględnieniem najpilniejszych potrzeb	Główny Specjalista BHP i ppoż i Starszy Specjalista BHP i ppoż.	Przechowywanie dokumentacji; czuwanie nad obiegiem dokumentów

<b>Załącznik nr 10</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Realizacja zadań Inspektoratu BHP i ppoż.</b>	Strona: 3 z 5

<b>Dane wejściowe</b>	<b>Przebieg procesu</b>	<b>Osoba odpowiedzialna za właściwe wykonanie zadania</b>	<b>Dane wyjściowe</b>
Dokumentacja dotycząca szkolenia pracowników i studentów z zakresu BHP	Prowadzenie szkolenia wstępnego zarówno dla pracowników, jak i studentów.; współdziałanie w szkoleniu okresowym dla pracowników	Główny Specjalista BHP i ppoż i Starszy Specjalista BHP i ppoż.	Przechowywanie dokumentacji; czuwanie nad obiegiem dokumentów
Dokumentacja z kontroli stanu bhp we wszystkich jednostkach organizacyjnych UMW przeprowadzona przez Inspektorat BHP, Stację Sanitarno-Epidemiologiczną, Państwową Inspekcję Pracy	Prowadzenie dokumentacji dot. kontroli stanu bhp w poszczególnych jednostkach UMW	Główny Specjalista BHP i ppoż i Starszy Specjalista BHP i ppoż.	Zatwierdzanie terminów wykonania zaleceń pokontrolnych, wnoszenie prologaty terminu wykonania, informowanie zainteresowanych jednostek o wykonaniu zaleceń pokontrolnych
Dokumentacja dotycząca wypadków przy pracy, chorób zawodowych, wypadków w drodze do lub z pracy	Prowadzenie dokumentacji wypadkowej: protokoły wypadkowe, przesłuchania świadków, karty wypadkowe, karty statystyczne wypadków, dokumentacja lekarska, chorób zawodowych i wypadków w drodze do lub z pracy	Główny Specjalista BHP i ppoż i Starszy Specjalista BHP i ppoż.	Sporządzanie, zatwierdzanie i przesyłanie dokumentacji do ZUS-u

<b>Załącznik nr 10</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Realizacja zadań Inspektoratu BHP i ppoż.</b>	Strona: 4 z 5

<b>Dane wejściowe</b>	<b>Przebieg procesu</b>	<b>Osoba odpowiedzialna za właściwe wykonanie zadania</b>	<b>Dane wyjściowe</b>
Dokumentacja dot. stopnia szkodliwości warunków pracy: pomiary oświetlenia, hałasu, NDS-ów, czynników rakotwórczych, czynników szkodliwych dla zdrowia	Prowadzenie rejestru pomiarów NDS-ów, oświetlenia, hałasu, czynników rakotwórczych, czynników szkodliwych dla zdrowia oraz oceny ryzyka zawodowego	Główny Specjalista BHP i ppoż i Starszy Specjalista BHP i ppoż.	W przypadku przekroczeń wnioskujemy, o zastosowanie systemu zmniejszającego oddziaływanie czynników rakotwórczych na organizm człowieka
Dokumentacja dotycząca oceny ryzyka zawodowego	Prowadzenie dokumentacji oceny ryzyka zawodowego na poszczególnych stanowiskach pracy; zlecenie na zewnątrz uprawnionym firmom dokonanie oceny ryzyka zawodowego	Główny Specjalista BHP i ppoż i Starszy Specjalista BHP i ppoż.	Przechowywanie dokumentacji; informowanie pracowników o stopniu ryzyka zawodowego
Nadzór nad gospodarką odpadami chemicznymi	Prowadzenie dokumentacji dotyczącej utylizacji odczynników chemicznych w jednostkach organizacyjnych Uczelni	Główny Specjalista BHP i ppoż i Starszy Specjalista BHP i ppoż.	Przechowywanie dokumentacji
Nadzór nad gospodarką odpadami medycznymi	Prowadzenie rejestru odpadów medycznych przekazywanych do utylizacji	Główny Specjalista BHP i ppoż i Starszy Specjalista BHP i ppoż.	Przechowywanie dokumentacji

<b>Załącznik nr 10</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Realizacja zadań Inspektoratu BHP i ppoż.</b>	Strona: 5 z 5

<b>Dane wejściowe</b>	<b>Przebieg procesu</b>	<b>Osoba odpowiedzialna za właściwe wykonanie zadania</b>	<b>Dane wyjściowe</b>
Udział w Komisji Bezpieczeństwa i Higieny Pracy	Prowadzenie dokumentacji z przebiegu spotkań Komisji BHP; realizacja zaleceń Komisji	Główny Specjalista BHP i ppoż i Starszy Specjalista BHP i ppoż.	Przechowywanie dokumentacji z prac Komisji

<b>Załącznik nr 11</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Zakup aparatury, materiałów i drobnego sprzętu służącego do celów dydaktycznych i prowadzenia badań naukowych</b>	Strona: 1 z 4

### **Zakup aparatury służącej do celów dydaktycznych i naukowo-badawczych**

Osoba odpowiedzialna za nadzór, skuteczność i doskonalenie procesu:  
Kierownik Działu Aparatury Naukowej

<b>Dane wejściowe</b>	<b>Przebieg procesu</b>	<b>Osoba odpowiedzialna za właściwe wykonanie zadania</b>	<b>Dane wyjściowe</b>
Potrzeba zakupu urządzenia	Określenie parametrów technicznych oraz źródła finansowania	Kierownik jednostki	Zamówienie składane w Dziale Aparatury Naukowej
Wniosek o złożenie zamówienia publicznego	Zablokowanie środków finansowych	Pracownik Działu Aparatury Naukowej	Wniosek na zakup urządzenia składany w Zespole ds. Zamówień Publicznych
Ustawa o Zamówieniach Publicznych	Ustalenie i realizacja procedury przetargowej	Pracownik Zespołu ds. Zamówień Publicznych	Procedura przetargowa powyżej 30 000 euro i podpisanie umowy
Ustawa o Zamówieniach Publicznych	Procedura przetargowa do 30 000 euro	Pracownik Działu Aparatury Naukowej	Sporządzenie protokołu z wyboru oferenta i przekazanie go do Zespołu ds. Zamówień Publicznych celem sporządzenia i podpisania umowy

<p><b>Załącznik nr 11</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10</p>	<p>Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.</p>
<p><b>Zakup aparatury, materiałów i drobnego sprzętu służącego do celów dydaktycznych i prowadzenia badań naukowych</b></p>	<p>Strona: 2 z 4</p>

Dane wejściowe	Przebieg procesu	Osoba odpowiedzialna za właściwe wykonanie zadania	Dane wyjściowe
Umowa z dostawcą	Dostawa urządzenia wraz z pełną dokumentacją techniczną – zgodnie z umową	Pracownik Działu Aparatury Naukowej	Instalacja i uruchomienie urządzenia, szkolenie + protokół odbioru
Protokół odbioru i uruchomienia oraz faktura	Płatność	Pracownik Działu Aparatury Naukowej	Wystawienie dokumentu OT
Dokument OT	Wpisanie do ksiąg inwentarzowych – wpis do rejestru	Pracownik Działu Inwentaryzacji i Ewidencji Majątku	Przyjęcie urządzenia na stan środków trwałych UMW; użytkowanie aparatu przez Użytkownika



<b>Załącznik nr 11</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Zakup aparatury, materiałów i drobnego sprzętu służącego do celów dydaktycznych i prowadzenia badań naukowych</b>	Strona: 3 z 4

### **Zakup materiałów i drobnego sprzętu służącego do celów dydaktycznych i prowadzenia badań naukowych**

Osoba odpowiedzialna za nadzór, skuteczność i doskonalenie procesu:  
Kierownik Działu Transportu i Zaopatrzenia UMW

<b>Dane wejściowe</b>	<b>Przebieg procesu</b>	<b>Osoba odpowiedzialna za właściwe wykonanie zadania</b>	<b>Dane wyjściowe</b>
Potrzeba zakupu materiałów	Określenie parametrów zamawianego produktu oraz źródła finansowania	Kierownik tematu, Zakładu	Zapotrzebowanie składane w Dziale Zaopatrzenia
Ustawa o Zamówieniach Publicznych	Ustalenie i realizacja procedury przetargowej	Zespół ds. Zamówień Publicznych	Procedura przetargowa i podpisanie umowy
Ustawa o Zamówieniach Publicznych	Przygotowanie materiałów do sporządzenia umowy z Przedstawicielem lub Autoryzowanym dystrybutorem	Dział Zaopatrzenia	Sporządzenie i podpisanie umowy
Przygotowanie zamówienia – oferty handlowej	Blokada środków finansowych	Dział Zaopatrzenia	Wysłanie zamówienia na zewnątrz (do Firmy)
Przyjęcie materiału do magazynu	Sprawdzenie otrzymanego materiału zgodnie z zaleceniem (na opakowaniu)	Dział Zaopatrzenia	Przekazanie do zamawiającego towaru łącznie z fakturą w celu potwierdzenia odbioru
Potwierdzona faktura	Akceptacja do zapłaty	Dział Zaopatrzenia	Przekazanie faktury w celu dokonania płatności

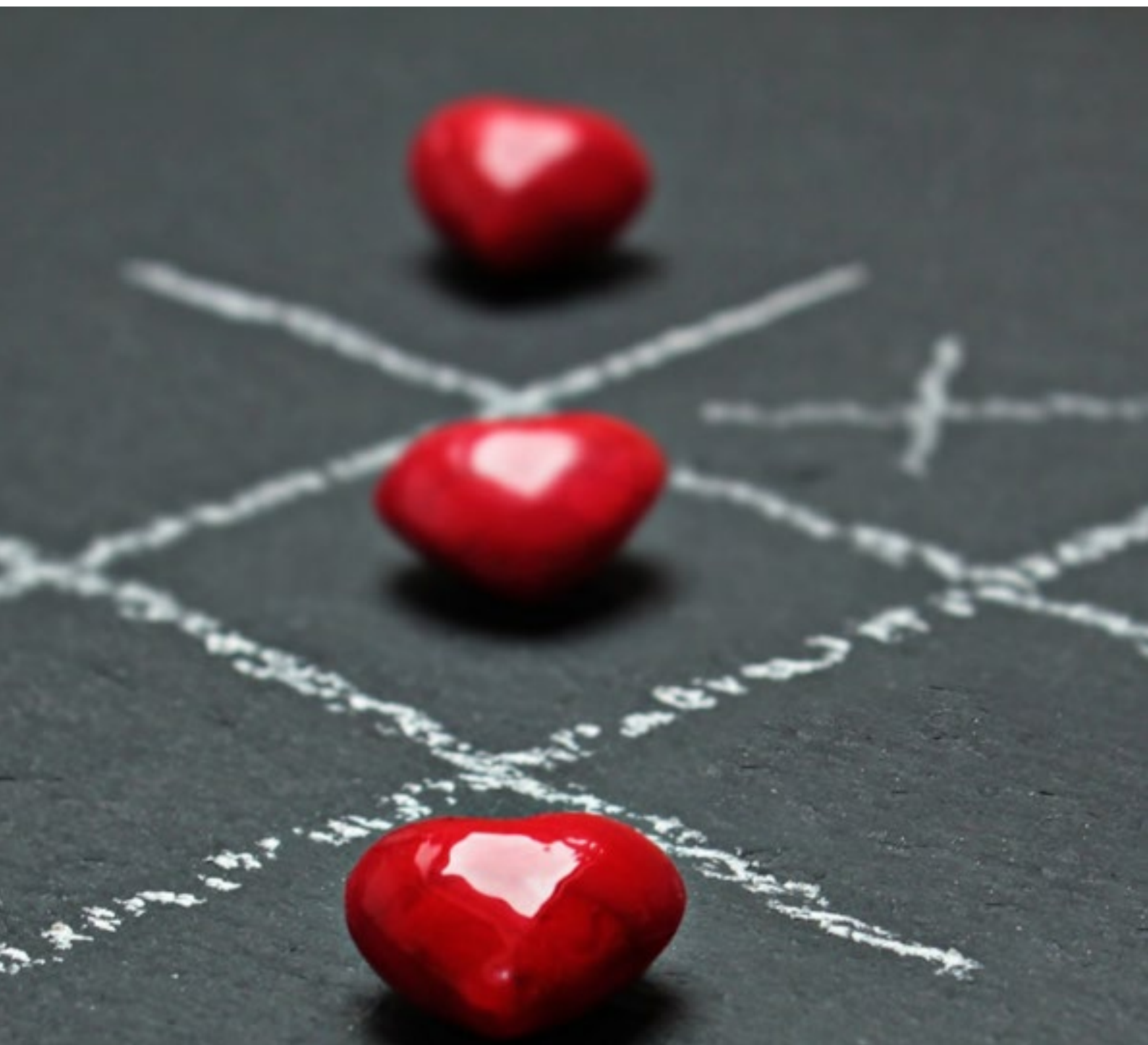
<b>Załącznik nr 11</b> do Księgi Jakości PN-EN ISO 9001:2015-10	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Zakup aparatury, materiałów i drobnego sprzętu służącego do celów dydaktycznych i prowadzenia badań naukowych</b>	Strona: 4 z 4

### Zakup części zamiennych niezbędnych w serwisie aparatury

Osoba odpowiedzialna za nadzór, skuteczność i doskonalenie procesu:  
Kierownik Działu Aparatury Naukowej

Dane wejściowe	Przebieg procesu	Osoba odpowiedzialna za właściwe wykonanie zadania	Dane wyjściowe
Potrzeba zakupu części zamiennych	Określenie parametrów technicznych – mechanicznych oraz zapewnienie środków finansowych	Konserwator Działu Aparatury Naukowej	Zapotrzebowanie na zakup części zamiennych składane u kierownika Działu Aparatury Naukowej
Zapotrzebowanie na zakup	Zatwierdzenie	Kierownik Działu Aparatury Naukowej	Wniosek na zakup części
Oferty handlowe	Wypisanie zamówienia	Zaopatrzeniowiec	Zamówienie
Zamówienie	Akceptacja	Kierownik Działu Aparatury Naukowej	Wysłanie zamówienia do Sprzedawcy
Przyjęcie zamówienia	Dostawa	Sprzedawca	Faktura
Faktura	Odbiór od Zaopatrzeniowca zamówionych części zamiennych	Konserwator Działu	Potwierdzenie na Fakturze otrzymania części
Faktura	Płatność	Zaopatrzeniowiec	Oddanie faktury do Likwidatury

# PROCEDURY



<b>PROCEDURA</b> P– 7.5-02	Wydanie: 8 z dnia: 29.05.2018 r.
<b>Nadzór nad zapisami</b>	Strona: 1 z 4

	Stanowisko	Imię i nazwisko	Data	Podpis
Opracował:	Specjalista ds. ISO	Barbara Mazurek	29.05.2018 r.	
Sprawdził:	Pełnomocnik Rektora ds. Systemu Jakości	Prof. Piotr Ponikowski	29.05.2018 r.	
Zatwierdził:	Rektor	Prof. Marek Ziętek	29.05.2018 r.	

### 1. Cel

Celem działań opisanych w procedurze jest dostarczenie dowodów zgodności z wymaganiami i dowodów skuteczności działania Systemu Zarządzania Jakością na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu.

### 2. Przedmiot i zakres stosowania

Przedmiotem procedury jest określenie sposobu nadzorowania zapisów obejmującego:

- sporządzanie,
- identyfikowanie,
- dysponowanie,
- udostępnianie i przechowywanie,
- zabezpieczanie,
- likwidowanie.

Procedura obowiązuje wszystkie jednostki organizacyjne Uniwersytetu Medycznego objęte Systemem Zarządzania Jakością.

### 3. Definicje i terminologia

**Informacja** – znaczące dane

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

**Zapis** – udokumentowana informacja odnosząca się do dowodu osiągniętych wyników

### 4. Odpowiedzialność i uprawnienia

Odpowiedzialny i uprawniony jest:

- Pełnomocnik Rektora ds. Systemu Jakości za cel i treść procedur
- Kierownicy jednostek organizacyjnych UMW objętych Systemem Zarządzania Jakością w zakresie nadzoru nad realizacją postanowień tej procedury w obszarach swojego działania.

Pozostałe odpowiedzialności i uprawnienia są zawarte w opisie postępowania.

<b>PROCEDURA</b> P– 7.5-02	Wydanie: 8 z dnia: 29.05.2018 r.
<b>Nadzór nad zapisami</b>	Strona: 2 z 4

## 5. Opis postępowania

### 5.1. Postanowienia ogólne

- 5.1.1. Zapisy są specjalnym rodzajem udokumentowanej informacji będącym podstawą do sprawowania nadzoru nad procesami oraz formułowania ocen i ich wyników. Zawierają dowody zgodności procesu realizacji wyrobu (przedmiotu materialnego, wytworu intelektualnego oraz usługi) z wymaganiami oraz skuteczności działania Systemu Zarządzania Jakością.
- 5.1.2. Przegląd prowadzonych zapisów umożliwia osobie odpowiedzialnej za nadzorowanie procesu lub osobie niezależnej ocenę zgodności postępowania z obowiązującymi dokumentami.
- 5.1.3. W przypadku wystąpienia niezgodności zapisy ułatwiają analizę przyczyn jej powstania, dają możliwość podjęcia właściwych działań korygujących oraz działań zapobiegawczych w celu usunięcia stwierdzonych lub potencjalnych niezgodności.

### 5.2. Rodzaje zapisów dotyczących jakości

W zależności od obszaru objętego funkcjonującym systemem jakości Uniwersytetu Medycznego zapisami są:

- zapisy dotyczące przeglądów Systemu Zarządzania Jakością,
- zapisy dotyczące nadzoru nad dokumentami,
- zapisy dotyczące infrastruktury,
- zapisy dotyczące kompetencji i szkoleń,
- zapisy dotyczące przeglądu wymagań odnoszących się do wyrobu (jeżeli będzie miało zastosowanie),
- zapisy dotyczące projektowania (przegląd danych wejściowych, wyniki przeglądów, wyniki weryfikacji, wyniki walidacji, wyniki przeglądu zmian) (jeżeli będzie miało zastosowanie),
- zapisy z oceny i wyboru dostawców,
- zapisy dotyczące sterowania procesem realizacji nauczania akademickiego oraz procesem badań naukowych,
- zapisy dotyczące nadzorowania wyposażenia do monitorowania i pomiarów,
- zapisy dotyczące monitorowania zadowolenia klienta,
- zapisy dotyczące auditów wewnętrznych,
- zapisy dotyczące monitorowania i pomiarów procesów,
- zapisy dotyczące monitorowania i pomiarów realizowanych wyrobów,
- zapisy dotyczące analizy danych,
- zapisy dotyczące działań korygujących,
- zapisy z realizacji przyjętych celów dotyczących jakości i działań do doskonalenia systemu,
- inne zapisy wynikające z realizowanych procesów.

W punkcie 6 "Zapisy", każdej procedury zostały wymienione zapisy jakie mają być prowadzone w celu udokumentowania działań wymaganych postanowieniami procedury.

<b>PROCEDURA</b> P– 7.5-02	Wydanie: 8 z dnia: 29.05.2018 r.
<b>Nadzór nad zapisami</b>	Strona: 3 z 4

### 5.3. Ewidencjonowanie zapisów

Na podstawie danych zawartych w dokumentach Systemu Zarządzania Jakością Pełnomocnik Rektora ds. Systemu Jakości prowadzi i aktualizuje „Wykaz zapisów nadzorowanych w Systemie Zarządzania Jakością”, w którym określono:

- rodzaj oraz nazwę zapisu,
- dane dotyczące Księgi Jakości/Procedury/Planu Przebiegu Procesu/Instrukcji/i innych,
- osobę/osoby odpowiedzialne za przechowywanie zapisów,
- czas przechowywania.

### 5.4. Sporządzanie zapisów

5.4.1. Zapisy są sporządzane zgodnie z obowiązującymi przepisami i udokumentowanymi procedurami, opracowanymi planami przebiegu procesu i instrukcjami przez upoważnionych pracowników. Zapisy są sporządzane czytelnie i jednoznacznie odnoszą się do działania.

5.4.2. Dla zapisów na nośnikach elektronicznych (dysk komputerowy, dyskietka, inne nośniki elektroniczne) jest wymagana stosowna instrukcja nadzoru nad zapisami dotyczącymi jakości w formie elektronicznej.

5.4.3. Osoby sporządzające zapisy są zobowiązane zabezpieczyć je przed dostępem osób nieupoważnionych i przed wprowadzeniem w nich zmian.

### 5.5. Oznaczanie zapisów w celu identyfikacji

Zapisy są oznaczane:

- nazwą własną podaną w dokumencie, która identyfikuje jednoznacznie jego zawartość,
- datą sporządzenia,
- podpisem sporządzającego,
- miejscem i czasem sporządzenia (jeżeli jest to wymagane),
- kolejnym numerem z rejestru (jeżeli jest prowadzony).

### 5.6. Przechowywanie i udostępnianie zapisów

5.6.1. Po otrzymaniu zapisu osoba przechowująca i udostępniająca zapis:

- sprawdza prawidłowość sporządzenia zapisu,
- rejestruje zapis (jeżeli jest to wymagane) i oznacza go wówczas dodatkowym numerem z rejestru,
- umieszcza zapis w wyznaczonym miejscu, zabezpiecza go przed uszkodzeniem, zniszczeniem i/lub zagubieniem oraz chroni przed niepowołanym dostępem (przechowuje zapis w zamykanej szafie),
- przechowuje zapis w sposób gwarantujący łatwość dostępu, w miejscu uzgodnionym z dysponentem,
- udostępnia zapis upoważnionym pracownikom: w przypadku ograniczeń po zasięgnięciu opinii dysponenta zapisu.

<b>PROCEDURA</b> P- 7.5-02	Wydanie: 8 z dnia: 29.05.2018 r.
<b>Nadzór nad zapisami</b>	Strona: 4 z 4

5.6.2. Pracownik korzystający z zapisu nie może:

- dokonywać w nim żadnych poprawek i/lub adnotacji,
- kopiować zapisu bez zgody dysponenta.

5.6.3. Zapisy służą do użytku wewnętrznego i są udostępniane: osobom spoza Uniwersytetu Medycznego, z którymi zawarto określoną umową (zapisy dotyczące wyłącznie umowy); konsultantom współpracującym z Uczelnią oraz instytucjom kontrolnym zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

Osobą upoważnioną do podejmowania decyzji o udostępnieniu zapisów jest Kanclerz Uniwersytetu Medycznego.

### 5.7. Likwidowanie

Zapisy są przechowywane stosownie do potrzeb użytkownika, a ich minimalny okres przechowywania, został określony w „Wykazie zapisów nadzorowanych w Systemie Zarządzania Jakością” formularz F-7.5-02-01. Po upływie ustalonego okresu przechowywania, gdy istnieją takie ustalenia wewnętrzne, przechowujący zapis:

- sporządza spis zapisów przewidzianych do likwidacji,
- uzyskuje zgodę dysponenta na likwidację,
- likwiduje fizycznie zapis.

Następnie wprowadza stosowną adnotację w „Wykazie zapisów nadzorowanych” (formularz F-7.5-02-01) oraz jeżeli przepisy państwowe tak stanowią, przygotowuje i przekazuje zapis do archiwizowania.

## 6. Zapisy

Nazwa zapisu	Odpowiedzialny za przechowywanie	Okres przechowywania co najmniej
„Wykaz zapisów nadzorowanych” F-7.5-02-01	Oryginał – Pełnomocnik Rektora ds. Systemu Jakości Kopia – Kierownik jednostki organizacyjnej UMW objętej systemem jakości	3 lata
„Wykaz zapisów przewidzianych do likwidacji” F-7.5-02-02	Jw.	3 lata

### 7. Dokumenty związane

Procedura „Nadzór nad dokumentami” – dokumenty wymienione w formularzu F-7.5-02-01

### 8. Schemat postępowania

Nie występuje w niniejszej procedurze.

### 9. Wykaz załączonych formularzy (do powielania)

Formularz F-7.5-02-01 – „Wykaz zapisów nadzorowanych w Systemie Zarządzania Jakością”

Formularz F-7.5-02-02 – „Wykaz zapisów przewidzianych do likwidacji w Systemie Zarządzania Jakością”

**WYKAZ**  
F-4.2.4-01

Wydanie: 8  
z dnia: 28.05.2019r.

**Wykaz zapisów nadzorowanych w Systemie Zarządzania Jakością**

Strona: 1 z 3

Lp.	Rodzaj/nazwa zapisu	Księga Jakości/Procedura/ /Plan przebiegu procesu/ /Instrukcja/inne	Indeks	Odpowiedzialny za przechowywanie	Okres przechowywania co najmniej
1.	Zapisy dotyczące dokumentów Systemu zarządzania Jakością	P-4.2.3-01	F-4.2.3.01 -07	Pełnomocnik Rektora ds. Systemu Jakości	3 lata
2.	Zapisy dotyczące nadzoru nad zapisami	P-4.2.4-01	F-4.2.4-01 -02	Pełnomocnik Rektora ds. Systemu Jakości	3 lata
3.	Zapisy dotyczące auditów wewnętrznych	P-8.2.2-01	F-8.2.2-01 -09	Pełnomocnik Rektora ds. Systemu Jakości	3 lata
4.	Zapisy dotyczące nadzoru nad wyrobem niezgodnym	P-8.3-01	F-8.3-01	Pełnomocnik Rektora ds. Systemu Jakości	3 lata
5.	Zapisy dotyczące działań korygujących	P-8.5.2-01	F-8.5.2-01 -02	Pełnomocnik Rektora ds. Systemu Jakości	3 lata
6.	Zapisy dotyczące działań zapobiegawczych	P-8.5.3-01	F-8.5.2-01 -02	Pełnomocnik Rektora ds. Systemu Jakości	3 lata
7.	Zapisy dotyczące wykazu stanowisk i wymaganych kwalifikacji	PP-6.2-01	F-6.2-01 -03	Pełnomocnik Rektora ds. Systemu Jakości	3 lata
8.	Zapisy dotyczące realizowanych planów szkoleń	PP-6.2-01		Pracownik Zasobów Ludzkich (obszar HR)	3 lata
9.	Wykazy zakwalifikowanych jednostek szkoleniowych	PP-6.2-01		Pracownik Zasobów Ludzkich (obszar HR)	3 lata



<b>WYKAZ</b> F-4.2.4-01	Wydanie: 8 z dnia: 28.05.2019r.
<b>Wykaz zapisów nadzorowanych w Systemie Zarządzania Jakością</b>	
Strona: 2 z 3	

Lp.	Rodzaj/nazwa zapisu	Księga Jakości/Procedura/ /Plan przebiegu procesu/ /Instrukcja/inne	Indeks	Odpowiedzialny za przechowywanie	Okres przechowywania co najmniej
10.	Potwierdzenia uzyskanych kwalifikacji i uprawnień	PP-6.2-01		Kierownik Działu Spraw Pracowniczych	20 lat
11.	Dokumenty potwierdzające odbycie szkoleń z zakresu BHP i ppoż oraz OC	PP-6.4-02		Kierownik Działu Spraw Pracowniczych	20 lat
12.	Dokumenty potwierdzające udział w szkoleniach okresowych w zakresie OC i ppoż.	PP-6.4-02		Główny Specjalista BHP i ppoż.	20 lat
13.	Protokoły z kontroli stanu zabezpieczenia ppoż w obiektach UMW	PP-6.4-02		Główny Specjalista BHP i ppoż.	10 lat
14.	Plany poprawy warunków pracy	PP-6.4-02		Główny Specjalista BHP i ppoż.	10 lat
15.	Dokumentacja dotycząca szkoleń BHP i ppoż Studentów	PP-6.4-02		Główny Specjalista BHP i ppoż.	10 lat
16.	Dokumentacja dotycząca wypadków przy pracy	PP-6.4-02		Główny Specjalista BHP i ppoż.	5 lat
17.	Dokumentacja dotycząca szkodliwości warunków pracy	PP-6.4-02		Główny Specjalista BHP i ppoż.	10 lat
18.	Plany remontów	PP-6.3-11		Dział Nadzoru Inwestycji i Remontów	5 lat

<b>WYKAZ</b> F-4.2.4-01	Wydanie: 8 z dnia: 28.05.2019r.
<b>Wykaz zapisów nadzorowanych w Systemie Zarządzania Jakością</b>	
Strona: 3 z 3	

Lp.	Rodzaj/nazwa zapisu	Księga Jakości/Procedura/ /Plan przebiegu procesu/ /Instrukcja/inne	Indeks	Odpowiedzialny za przechowywanie	Okres przechowywania co najmniej
19.	Umowy z wykonawcami prac remontowych	PP-6.3-11		Dział Nadzoru Inwestycji i Remontów	5 lat
20.	Umowy z dostawcami aparatury naukowo-dydaktycznej	PP-6.3-01		Kierownik Działu Aparatury Naukowej	5 lat
21.	Protokoły odbioru i uruchomienia aparatury	PP-6.3-01		Kierownik Działu Aparatury Naukowej	5 lat
22.	Zamówienia dotyczące zakupów części zamiennych	PP-6.3-04		Kierownik Działu Aparatury Naukowej	5 lat
23.	Zamówienia dotyczące zakupu materiałów oraz sprzętu	PP-7.4-01		Kierownik Działu Transportu i Zaopatrzenia	5 lat

Opracowała Barbara Mazurek 28.05.2019 r.

Zatwierdził 28.05.2019 r.

(Imię, nazwisko, data i podpis)

(Imię, nazwisko, data i podpis)

<b>WYKAZ</b> F-4.2.4-02	Wydanie: 7 z dnia: 29.05.2018 r.
<b>Wykaz zapisów przewidzianych do likwidacji w Systemie Zarządzania Jakością</b>	

Lp.	Rodzaj/nazwa zapisu	Księga Jakości/Procedura/ /Plan przebiegu procesu/ /Instrukcja/inne	Indeks	Odpowiedzialny za przechowywanie	Okres przechowywania co najmniej

<b>PROCEDURA</b> P-9.2-01	Wydanie: 9 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Audit wewnętrzny</b>	Strona: 1 z 6

	Stanowisko	Imię i nazwisko	Data	Podpis
Opracował:	Specjalista ds. ISO	Barbara Mazurek	29.05.2018 r.	
Sprawdził:	Pełnomocnik Rektora ds. Systemu Jakości	Prof. Piotr Ponikowski	29.05.2018 r.	
Zatwierdził:	Rektor	Prof. Marek Ziętek	29.05.2018 r.	

### 1. Cel

Celem działań opisanych procedurą jest określenie czy System Zarządzania Jakością jest zgodny z wymaganiami normy PN-EN ISO 9001:2015-10, własnymi wymaganiami Uczelni dotyczącymi systemu zarządzania jakością oraz czy został właściwie dostosowany do normy PN-EN ISO 9001:2015-10 i czy jest skutecznie utrzymywany.

### 2. Przedmiot i zakres stosowania

Przedmiotem procedury jest tryb postępowania przy:

- planowaniu i przeprowadzaniu auditów Systemu Zarządzania Jakością oraz przy,
- realizacji działań poauditowych.

Procedura obejmuje swoim zakresem audyty:

- wewnętrzne planowane oraz pozaplanowe i obowiązuje we wszystkich jednostkach organizacyjnych, w których wdrożony został System Zarządzania Jakością.

### 3. Definicje i terminologia

**Audit** – systematyczny, niezależny i udokumentowany proces uzyskiwania obiektywnego dowodu oraz jego obiektywnej oceny w celu określenia stopnia spełniania kryteriów auditu

**Kryteria auditu** – zestaw polityk, procedur lub wymagań określonych jako odniesieni.

**Auditor** – osoba posiadająca kompetencje do przeprowadzenia auditu

Jest to osoba powołana przez Pełnomocnika Rektora ds. Systemu Jakości (dalej zwanym Pełnomocnikiem) do przeprowadzenia auditów wewnętrznych i nie może auditować obszaru, za który ponosi bezpośrednio odpowiedzialności (własnej pracy). Wymagania stawiane auditorowi to:

- wykształcenie wyższe i staż pracy co najmniej 2 lata,
- znajomość organizacji i funkcjonującego w niej Systemu Zarządzania Jakością,
- świadectwo ukończenia kursu na auditora organizowanego przez uznane jednostki z zakresu systemów zarządzania jakością.

Auditor zazwyczaj jest powoływany z grona własnego personelu. Dopuszcza się możliwość korzystania z auditorów z innych, zewnętrznych organizacji.

Auditor wyznaczony do kierowania auditem jest określany auditorem wiodącym.

**Auditowany** – organizacja, która jest auditowana

<b>PROCEDURA</b> P-9.2-01	Wydanie: 9 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Audit wewnętrzny</b>	Strona: 2 z 6

**Wnioski z auditu** – wynik auditu, przedstawiony przez zespół auditujący w „Raporcie z auditu ...”

**Niezgodność** – niespełnienie ustalonych wymagań

#### 4. Odpowiedzialność i uprawnienia

Odpowiedzialny i uprawniony jest:

- Pełnomocnik za nadzór nad przestrzeganiem postanowień niniejszej procedury, cel i treść merytoryczną procedury,
- Specjalista ds. ISO za zarządzanie Harmonogramem audytów,
- Kierownicy jednostek organizacyjnych objętych Systemem Zarządzania Jakością – za nadzór nad realizacją postanowień tej procedury w obszarach swojego działania.

Pozostałe odpowiedzialności i uprawnienia są zawarte w opisie postępowania.

#### 5. Opis postępowania

##### 5.1. Planowanie auditów wewnętrznych

5.1.1. Specjalista ds. ISO na wniosek Pełnomocnika opracowuje w terminie do 10 grudnia „Harmonogram auditów wewnętrznych ...” – na rok następny, na formularzu F 9.2-01. Poszczególne elementy systemu jakości w organizacji są auditowane nie rzadziej niż raz na trzy lata. Przy opracowywaniu „Harmonogramu auditów ...” jest brany pod uwagę status i ważność procesów oraz auditowanych obszarów, zmiany mające wpływ na UMW, jak też wyniki wcześniejszych auditów. Przy określaniu częstotliwości auditów uwzględnia się informacje z następujących źródeł:

- Księga Jakości, procedury,
- opisy procesów,
- instrukcje (jeśli były opracowane),
- obowiązujące przepisy prawne,
- wnioski z przeglądu wykonywanego przez kierownictwo,
- zapisy z kontroli (jeśli były),
- występujące niezgodności/spostrzeżenia oraz karty z podjętych działań korygujących,
- reklamacje i opinie klientów (jeżeli zostały przekazane),
- strategia rozwoju UMW na lata 2014–2020,
- kontekst, a jakim swoją działalność prowadzi UMW,
- potrzeby i oczekiwania istotnych w danym okresie stron zainteresowanych,
- ryzyka i szanse,
- wnioski kierowników poszczególnych jednostek organizacyjnych objętych Systemem Jakości,
- inne.

<b>PROCEDURA</b> P-9.2-01	Wydanie: 9 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Audit wewnętrzny</b>	Strona: 3 z 6

5.1.2. Wszelkie konieczne (i uzasadnione) zmiany w „Harmonogramie auditów ...”, dotyczące np. terminu realizacji auditu lub obszaru audytowanego, wprowadza Pełnomocnik sam lub na wniosek Specjalisty ds. ISO wraz z datą i podpisem.

5.1.3. „Harmonogram audytów” – zatwierdza Rektor. Pełnomocnik lub na jego wniosek Specjalista ds. ISO przekazuje zatwierdzony harmonogram poszczególnym jednostkom zgodnie z rozdzielnikiem.

## **5.2. Audyty pozaplanowe**

5.2.1. Potrzeba przeprowadzenia auditu pozaplanowego wynika z wprowadzenia zmian mających wpływ na system zarządzania jakością, działań korygujących, a także w przypadku pogorszenia się jakości na jakimś odcinku działalności jednostki organizacyjnej objętej Systemem Jakości.

5.2.2. Decyzję o przeprowadzeniu auditu pozaplanowego podejmuje Pełnomocnik.

## **5.3. Wyznaczenie zespołu auditorów**

5.3.1. Na podstawie „Harmonogramu auditów na rok ...” Specjalista ds. ISO na wniosek Pełnomocnika powołuje auditora wiodącego, a jeśli zachodzi potrzeba – również zespół auditorów mu towarzyszących (formularz F 8.2.2-02 – „Powołanie zespołu auditorów”). Specjalista ds. ISO lub Pełnomocnik określa cel, zakres i kryteria auditu (dokumenty odniesienia).

Auditor wiodący oraz auditorzy towarzyszący są wyznaczeni z zachowaniem podstawowych zasad obowiązujących w tym obszarze, a przytoczonych w definicji „Auditor” (por. punkt 3 niniejszej procedury) przeważnie z miesięcznym wyprzedzeniem od daty planowanego auditu.

5.3.2. W przypadku organizacji auditu pozaplanowego nie obowiązuje miesięczny termin wyznaczenia zespołu auditorów, a auditorzy do przeprowadzenia tego auditu są powoływani na identycznych zasadach, o których mowa w punkcie 5.3.1.

5.3.3. Auditor wiodący uzgadnia z kierownikiem auditowanego obszaru dokładny termin auditu i powiadamia o uzgodnieniach Pełnomocnika lub Specjalistę ds. ISO, który ten audit uruchomił. Uzgodnienia te nie mogą odbywać się w okresie krótszym niż dwa tygodnie przed proponowanym terminem auditu.

## **5.4. Przygotowanie auditu**

5.4.1. Auditor wiodący (we współpracy z zespołem auditorów – jeżeli został powołany) analizuje dokumenty odniesienia oraz inne dokumenty dotyczące auditowanego obszaru, niezbędne do przeprowadzenia auditu wewnętrznego, które, zgodnie z wcześniejszymi wskazaniem auditora wiodącego, zostały dostarczone przez upoważnioną osobę, reprezentującą auditowany obszar.

5.4.2. Auditor wiodący opracowuje „Program auditu ...” (formularz F-9.2-03), uzgadnia go z Pełnomocnikiem lub Specjalistą ds. ISO oraz z auditowanym i w terminie na 7 dni przed auditem przekazuje go zgodnie z rozdzielnikiem umieszczonym na druku.

<b>PROCEDURA</b> P-9.2-01	Wydanie: 9 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Audit wewnętrzny</b>	Strona: 4 z 6

## 5.5. Przeprowadzenie auditu

### 5.5.1. Spotkanie otwierające audit

5.5.1.1. W dniu rozpoczęcia auditu, auditor wiodący organizuje spotkanie otwierające z udziałem zespołu auditorów – jeżeli został powołany, kierownika obszaru auditowanego oraz osób wyznaczonych przez kierownika obszaru auditowanego.

5.5.1.2. Auditor wiodący omawia program auditu, podaje cel oraz zakres i kryteria auditu, przedstawia sposób przeprowadzenia auditu, potwierdza daty i godziny spotkań z kierownictwem auditowanego obszaru (poszczególnych jednostek), w tym termin spotkania zamykającego oraz wyjaśnia ewentualne wątpliwości.

### 5.5.2. Badanie praktyczne i dokumentowanie niezgodności

5.5.2.1. Auditor wiodący (wraz z zespołem auditorów) przeprowadza w oparciu o program auditu zbieranie dowodów z auditu.

5.5.2.2. W ramach badania auditor (audytorzy): prowadzi rozmowy na stanowiskach pracy, sprawdza zapisy, dokumentację, sposób prowadzenia procesów, porównuje wyjaśnienia ustne z informacjami uzyskanymi z obserwacji i zapisów, zbiera dowody audytowe.

5.5.2.3. Auditor (audytorzy) wypełnia na podstawie uzyskanych odpowiedzi listę pytań audytowych, sporządza notatki zawierające informacje uzupełniające i spostrzeżenia oraz formułuje wykryte niezgodności, a dla każdej z nich wypełnia „Protokół niezgodności” (formularz F 9.2-04).

5.5.2.4. Auditowani są zobowiązani do udzielenia dokładnych i rzetelnych odpowiedzi.

5.5.2.5. W przypadku pojawienia się przeszkód w przeprowadzeniu auditu, auditor wiodący powiadamia o tym fakcie kierownika auditowanego obszaru i Pełnomocnika lub Specjalistę ds. ISO, który proces auditu uruchomił, w celu podjęcia decyzji co do trybu dalszego postępowania.

### 5.5.3. Spotkanie auditorów

5.5.3.1. Po zakończeniu zbierania dowodów z auditu audytorzy na wspólnym spotkaniu (jeśli powołany został zespół) weryfikują wszystkie zapisy, które powstały w trakcie auditu.

5.5.3.2. Po weryfikacji, auditor wiodący wraz z zespołem precyzuje wnioski oraz niezgodności z przeprowadzonego auditu 1.

### 5.5.4. Spotkanie zamykające audit

5.5.4.1. Auditor wiodący, w ustalonym terminie, organizuje i prowadzi spotkanie zamykające z udziałem kierownictwa auditowanego obszaru oraz – w miarę możliwości – tych samych osób, które uczestniczyły w spotkaniu otwierającym audit.

<b>PROCEDURA</b> P-9.2-01	Wydanie: 9 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Audit wewnętrzny</b>	Strona: 5 z 6

5.5.4.2. W czasie spotkania zamykającego auditor wiodący przedstawia wyniki auditu: wniosku z auditu, spostrzeżenia oraz wykryte niezgodności (uzyskuje podpisy kierownika obszaru auditowanego na protokołach niezgodności).

## **5.6. Opracowanie raportu z auditu**

- 5.6.1. Auditor wiodący w terminie nieprzekraczającym czternastu dni od daty zakończenia auditu opracowuje i przekazuje Pełnomocnikowi, który ten audit uruchomił, „Raport z auditu wewnętrznego...” (formularz F-9.2-05.). Załącznikami do raportu są: program auditu, wypełniona lista pytań audytowych – jeśli została przygotowana oraz protokoły niezgodności.
- 5.6.2. Specjalista ds. ISO oraz Pełnomocnik zapoznają się z „Raportem ...” i po parafovaniu go – Specjalista ds. ISO dostarcza jego kopie osobie odpowiedzialnej za auditowany obszar.
- 5.6.3. Oryginał raportu wraz z załącznikami jest przechowywany u Pełnomocnika.

## **5.7. Działania poauditowe**

- 5.7.1. Działania korygujące
- 5.7.1.1. Jeżeli zachodzi taka potrzeba - kierownik auditowanego obszaru przygotowuje i przeprowadza działania korygujące zgodnie z procedurą „Działania korygujące”, a po ich zakończeniu powiadamia Pełnomocnika właściwego szczebla (który uruchomił audit, wywołujący podjęcie takich działań).
- 5.7.2. Weryfikacja skuteczności działań korygujących
- 5.7.2.1. Pełnomocnik w ramach nadzoru lub auditu pozaplanowego lub w ramach następnego planowego auditu dokonuje weryfikacji skuteczności wykonanych działań korygujących.
- 5.7.2.2. W przypadku negatywnego wyniku weryfikacji skuteczności działań korygujących – Pełnomocnik, o którym mowa w punkcie 5.7.2.1. wnioskuję o ponowne przeprowadzenie tych działań.
- 5.7.2.3. Kierownik obszaru objętego systemem jakości w terminach uzgodnionych z Pełnomocnikiem lub Specjalistą ds. ISO, przekazuje informacje/oświadczenie o podejmowanych działaniach poauditowych, jak również o stwierdzonych niezgodnościach (jeżeli wystąpiły) i podjętych działaniach korygujących (jeżeli była taka potrzeba) oraz ich skuteczności. Wszelkie działania poauditowe winny być prowadzone zgodnie z procedurą działań korygujących/zapobiegawczych.

## **5.8. Pełnomocnik zbiera informacje o auditach, działaniach korygujących i przedkłada w ramach Przeglądu Systemu Kierownictwu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w postaci „Informacji z przeprowadzonych auditów”**



<b>PROCEDURA</b> P-9.2-01	Wydanie: 9 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Audit wewnętrzny</b>	Strona: 6 z 6

## 6. Zapisy

### 6.1. Wykaz zapisów dot. auditów

Nazwa i symbol formularza (zapisu)	Odpowiedzialny za przechowywanie	Okres przechowywania co najmniej
„Harmonogram auditów wewnętrznych na rok...” F-9.2-01	Oryginał – Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością Kopia – Kierownik auditowanego obszaru objętego systemem jakości	3 lata
„Powołanie zespołu auditorów” F-9.2-02	Kopia – Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością	3 lata
„Program auditu wewnętrznego nr...” F-9.2-03	Oryginał – Kierownik obszaru auditowanego Kopia – Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością	3 lata
„Protokół niezgodności nr...” F-9.2-04	Oryginał – Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością Kopia – Kierownik obszaru auditowanego	3 lata
„Raport z auditu wewnętrznego nr...” F-9.2-05	Oryginał – Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością Kopia – Kierownik obszaru auditowanego	3 lata
„Informacja o przeprowadzonych auditach i podjętych działaniach poauditowych”	Oryginał – Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością	3 lata

## 7. Dokumenty związane

Procedura „Działania korygujące” (P-10.2-01)

## 8. Wykaz załączonych formularzy (do powielenia)

F-9.2-01 „Harmonogram auditów wewnętrznych na rok ...”

F-9.2-02 „Powołanie zespołu auditorów”

F-9.2-03 „Program auditu wewnętrznego nr...”

F-9.2-04 „Protokół niezgodności nr...”

F-9.2-05 „Raport z auditu wewnętrznego nr....”

**Formularz**  
 F-8.2.2-01

Wydanie: 8  
 z dnia: 06.05.2019 r.

**Harmonogram auditów wewnętrznych na rok ..... r**

Strona: 1 z 1

Lp.	Obszar auditowany	Zakres auditu	Miesiąc																					
			I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII										

Sporządził: data:      Sprawdził: data:      Zatwierdził: data:

(Imię, nazwisko, data i podpis)      (Imię, nazwisko, data i podpis)      (Imię, nazwisko, data i podpis)

<b>Formularz</b> F-8.2.2-02	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Powołanie zespołu auditorów</b>	Strona/stron: 1/1

Do przeprowadzenia auditu planowanego/pozaplanowego\* w: .....

(Obszar auditowany)

Przewidywany termin auditu: ..... Numer auditu: .....

powołuję zespół auditorów w składzie:

AUDITOR WIODĄCY:

Pan(i) ..... .....

AUDITORZY:

Pan(i) ..... .....

Pan(i) ..... .....

(Imię i nazwisko)

(Komórka organizacyjna)

**Cel i zakres auditu:**

Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością

.....  
(Data i podpis)

Rozdzielnik:

- Auditor wiodący/auditorzy
- Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością
- Kierownik obszaru auditowanego

\* niepotrzebne skreślić

<b>Formularz</b> F-8.2.2-03	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Program auditu wewnętrznego nr .....</b>	Strona/stron: 1/1

1. Miejsce i data auditu:

2. Cel i zakres auditu:

3. Skład zespołu auditorów:

– Auditor wiodący (I): .....

– Auditor (II): .....

– Auditor (III): .....

4. Osoby odpowiedzialne za auditowane obszary:

5. Kryteria auditu:

6. Harmonogram auditu:

– spotkanie otwierające (data, godz.): .....

– badania praktyczne:

• Auditor Wiodący I (zakres):

• Auditor II (zakres):

• Auditor III (zakres):

– spotkanie auditorów (data, godz.): .....

– spotkanie zamykające (data, godz.): .....

Opracował: Auditor wiodący

.....

(Data i podpis)

Rozdzielnik:

– Kierownik obszaru auditowanego

– Auditorzy

– Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością

\_\_\_\_\_  
\* niepotrzebne skreślić

<b>Formularz</b> F-8.2.2-04	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Protokół niezgodności nr ...../.....**</b>	Strona/stron: 1/1

Miejsce auditu:

Data:

Wymagania:

Punkt normy lub inne źródło odniesienia:

Niezgodność:

Auditor: .....	Auditowany: .....	Kierownik obszaru auditowanego: .....
(Imię i nazwisko)	(Imię i nazwisko)	(Imię i nazwisko)
Podpis: .....	Podpis: .....	Podpis: .....

Numer „Karty działań korygujących/zapobiegawczych”\*: .....

Termin zakończenia: .....

Kierownik obszaru auditowanego: .....  
(Imię, nazwisko)

Weryfikację i ocenę przeprowadził: .....

Wynik weryfikacji pozytywny/negatywny\* – wymagane dalsze działania korygujące (jakie?)

Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością

.....  
(Data i podpis)

\* niepotrzebne skreślić

\*\* łamany przez numer auditu

<b>Formularz</b> F-8.2.2-05	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Raport z auditu wewnętrznego nr .....</b>	Strona/stron: 1/1

1. Miejsce auditu:

2. Termin przeprowadzenia auditu:

3. Cel i zakres auditu:

4. Kryteria auditu:

5. Badane działania:

Nr protokołu niezgodności:

6. Wnioski:

Auditor wiodący: .....  
(Imię i nazwisko, data i podpis)

Potwierdzenie otrzymania (Data i podpis): .....  
(Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością)

Załączniki:

- „Program auditu”
- „Protokoły niezgodności”

<b>PROCEDURA</b> P-8.7-01	Wydanie: 8 z dnia: 29.05.2018 r.
<b>Nadzór nad niezgodnymi wyjściami</b>	Strona: 1 z 4

	Stanowisko	Imię i nazwisko	Data	Podpis
Opracował:	Specjalista ds. ISO	Barbara Mazurek	29.05.2018 r.	
Sprawdził:	Pełnomocnik Rektora ds. Systemu Jakości	Prof. Piotr Ponikowski	29.05.2018 r.	
Zatwierdził:	Rektor	Prof. Marek Ziętek	29.05.2018 r.	

### 1. Cel

Celem działań opisanych procedurą jest zapewnienie, aby wyjścia niezgodne z wymaganiami zostały zidentyfikowane i były nadzorowane w taki sposób, aby zapobiec ich niezamierzonemu użyciu lub dostawie.

### 2. Przedmiot i zakres stosowania

Przedmiotem procedury jest tryb postępowania z wyrobem niezgodnym:

- podjęcie działania w celu wyeliminowania stwierdzonych niezgodności,
- dopuszczenie do użytkowania, zwolnienie lub przyjęcie w ramach zezwolenia udzielonego przez osobę uprawnioną lub przez klienta, jeżeli ma to zastosowanie,
- podjęcie działań w celu uniemożliwienia jego pierwotnie zamierzonego wykorzystania lub zastosowania.

### 3. Definicje i terminologia

**Działanie korygujące** - działanie w celu wyeliminowania przyczyn wykrytej lub innej niepożądananej sytuacji

**Niezgodność** - niespełnienie wymagania

**Korekta** – działanie w celu wyeliminowania wykrytej niezgodności

**Zwolnienie** – pozwolenie na przejście do następnego etapu procesu

### 4. Odpowiedzialność i uprawnienia

Odpowiedzialny i uprawniony jest:

- Prorektor ds. Dydaktyki za osiągnięcie celu i treść merytoryczną procedury w zakresie procesu dydaktycznego.
- Prorektor ds. Nauki za osiągnięcie celu i treść merytoryczną procedury w zakresie realizacji badań naukowych.
- Pełnomocnik Rektora ds. Systemu Jakości - za nadzór nad przestrzeganiem postanowień niniejszej procedury.
- Kierownicy jednostek organizacyjnych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu lub osoby upoważnione przez kierownika za nadzór nad realizacją postanowień tej procedury w obszarach swojego działania.

Pozostałe odpowiedzialności i uprawnienia są zawarte w opisie postępowania.

<b>PROCEDURA</b> P-8.7-01	Wydanie: 8 z dnia: 29.05.2018 r.
<b>Nadzór nad niezgodnymi wyjściami</b>	Strona: 2 z 4

## 5. Opis postępowania

5.1. Odpowiedzialnym za realizację programu dydaktycznego na każdym wydziale jest Dziekan tego wydziału, a w Uczelni Prorektor ds. Dydaktyki.

Formę zaliczenia przedmiotu ustala, w uzgodnieniu z kierownikami jednostek organizacyjnych Uniwersytetu Medycznego, Dziekan zgodnie z programem studiów (egzamin, zaliczenie). Sposób zaliczenia przedmiotu – ustne, pisemne, testowe – ustala kierownik jednostki dydaktycznej i podaje do wiadomości studentom.

Dowodem zaliczenia przedmiotu jest wpis w protokole zaliczeniowym, dokonany przez kierownika jednostki dydaktycznej, a w dokumentacji indywidualnej studenta wpis w indeksie, karcie zaliczeniowej i kartotece studenta.

Decyzję o dopuszczeniu studenta do sesji egzaminacyjnej podejmuje Kolegium Dziekańskie na podstawie protokołów zaliczeniowych, zgodnie z regulaminem studiów.

Dziekan na podstawie wyników egzaminów kwalifikuje studenta na rok następny lub

- do wydania dyplomu (jeżeli studenta nie obowiązuje napisanie i obrona pracy magisterskiej, kończącej studia),
- dopuszcza do obrony pracy magisterskiej (jeżeli studenta obowiązuje napisanie i obrona pracy magisterskiej, kończącej studia).

Wyniki egzaminów przekazywane są przez egzaminatora Dziekanowi w formie protokołu egzaminacyjnego, wpisywane do katalogów dziekańskich oraz do indywidualnej dokumentacji studenta - indeksu, karty egzaminacyjnej i kartoteki.

W przypadku każdorazowego wystąpienia negatywnego wyniku procesu dydaktycznego na każdym etapie jego realizacji przypadki te, w oparciu o prowadzoną dokumentację są w pełni identyfikowane oraz podejmowane są działania mające na celu wyeliminowanie stwierdzonej niezgodności. Działania te prowadzone są w oparciu o "Regulamin Studiów Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

5.2. Realizacja badań naukowych finansowanych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego zgodnie z Ustawą z dnia 30 kwietnia 2010r. o zasadach finansowania nauki (Dz. U. Nr 96, poz. 615 z późniejszymi zmianami), Granty Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, badania własne, działalność statutowa, inwestycje są opracowywane w oparciu o Rozporządzenie Ministra Nauki i Informatyzacji w sprawie kryteriów i trybu przyznawania i rozliczania środków finansowych na naukę oraz zgodnie z nowelizacją ustawy o finansowaniu nauki oraz rozporządzenia regulujące poszczególne strumienie finansowania. Przebieg realizacji poszczególnych procesów z uwzględnieniem danych wejściowych, wykonywanych działań, danych wyjściowych oraz osób odpowiedzialnych jest przedstawiony w załączonych schematach.

W przypadku realizacji projektów badawczych na zlecenie podmiotów gospodarczych umowy z podmiotami gospodarczymi regulują postanowienia zawarte w poszczególnych umowach. W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.



<b>PROCEDURA</b> P-8.7-01	Wydanie: 8 z dnia: 29.05.2018 r.
<b>Nadzór nad niezgodnymi wyjściami</b>	Strona: 3 z 4

W przypadku pojawienia się „niezgodnego wyjścia” w procesie realizacji badań naukowych podejmowane są działania mające na celu wyeliminowanie stwierdzonych niezgodności oraz uniemożliwiające jego pierwotnie zamierzone wykorzystanie lub zastosowanie oraz podejmowane są działania mające na celu wyeliminowanie stwierdzonej niezgodności.

Działania te każdorazowo uzależnione są od rodzaju prowadzonych badań oraz od podmiotu zlecającego dane badanie.

Rodzaj podejmowanych działań określa :

- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 5 listopada 2010 r. w sprawie kryteriów i trybu przyznawania oraz rozliczania środków finansowych na naukę na finansowanie działalności statutowej (Dz. U. Nr 218, poz. 1438 z późniejszymi zmianami).
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 czerwca 2011 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kryteriów i trybu przyznawania oraz rozliczania środków finansowych na naukę na finansowanie działalności statutowej (Dz. U. Nr 130, poz. 753 z późniejszymi zmianami),
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 27 kwietnia 2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kryteriów i trybu przyznawania oraz rozliczania środków finansowych na naukę na finansowanie działalności statutowej (Dz. U. 2012, poz. 532)- obowiązuje od 01.06.2012 r. z późniejszymi zmianami
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 13 października 2010 r. w sprawie kryteriów i trybu przyznawania oraz rozliczania środków finansowych na inwestycje w zakresie dużej infrastruktury badawczej służącej potrzebom badań naukowych lub prac rozwojowych. (Dz. U. 200, poz. 1324 z późniejszymi zmianami)

W przypadkach realizacji badań prowadzonych na zlecenie podmiotów gospodarczych działania związane z postępowaniem z wyrobem niezgodnym każdorazowo uzgadniane są z Klientem zlecającym przeprowadzenie badań.

## 6. Zapisy

Na Uniwersytecie Medycznym prowadzone są zapisy dotyczące charakteru niezgodności i wszelkich później podejmowanych działań w odniesieniu zarówno do wyrobu niezgodnego powstającego w wyniku realizacji procesu dydaktycznego jak i procesu realizacji badań naukowych.

Forma prowadzenia zapisów w dokumentacji indywidualnej studenta ustalana jest – na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 14 września 2011 roku z późniejszymi zmianami w sprawie określenia sposobu prowadzenia przez uczelnie dokumentacji przebiegu studiów (Dz.U. 2011 nr 201 poz. 1188 z późniejszymi zmianami) – przez Dziekana Wydziału

<b>PROCEDURA</b> P-8.7-01	Wydanie: 8 z dnia: 29.05.2018 r.
<b>Nadzór nad niezgodnymi wyjściami</b>	Strona: 4 z 4

## 7. Dokumenty związane

- Ustawa z dnia 27.07.2005 r. Prawo o Szkolnictwie Wyższym (Dz. U. Nr 164, poz. 1365 z późniejszymi zmianami)
- Regulamin Studiów Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu wprowadzony Uchwałą Senatu
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 11 stycznia 2011 r. z późniejszymi zmianami w sprawie kryteriów i trybu przyznawania oraz rozliczania środków finansowych na naukę przeznaczonych na finansowanie współpracy naukowej z zagranicą (Dz. U. Nr 20, poz. 103 z późniejszymi zmianami),
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 czerwca 2011 r. z późniejszymi zmianami zmieniające rozporządzenie w sprawie kryteriów i trybu przyznawania oraz rozliczania środków finansowych na naukę na finansowanie działalności statutowej (Dz. U. Nr 130, poz. 753 z późniejszymi zmianami),
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 13 października 2010 r. z późniejszymi zmianami w sprawie kryteriów i trybu przyznawania oraz rozliczania środków finansowych na inwestycje w zakresie dużej infrastruktury badawczej służącej potrzebom badań naukowych lub prac rozwojowych. (Dz. U. 200, poz. 1324 z późniejszymi zmianami)
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 22 stycznia 2008 roku z późniejszymi zmianami w sprawie kryteriów i trybu przyznawania oraz rozliczania środków finansowych na naukę przeznaczanych na finansowanie projektów badawczych (Dz. U. Nr 21, poz. 126 z późniejszymi zmianami)
- Statut Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu wprowadzony uchwałą Senatu UMW
- Regulamin Organizacyjny Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu wprowadzony zarządzeniem Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
- Procedura „ Działania korygujące” P-10.2-01

<b>REJESTR</b> F- 8.3-01	Wydanie: 7 z dnia: 29.05.2018 r.
<b>Rejestr charakteru niezgodności oraz podejmowanych działań</b>	
Strona/stron: 1/1	

Nr ewid.	Jednostka organizacyjna UMW	Osoba zgłaszająca	Data zgłoszenia	Osoba odpowiedzialna za ustalenie działań	Osoba odpowiedzialna za realizację działań	Data pozytywnego zakończenia działań	Data weryfikacji	
							Planowana	Zrealizowana

<b>PROCEDURA</b> P-10.2-01	Wydanie: 8 z dnia: 29.05.2018 r.
<b>Działania korygujące</b>	Strona: 1 z 4

	Stanowisko	Imię i nazwisko	Data	Podpis
Opracował:	Specjalista ds. ISO	Barbara Mazurek	29.05.2018 r.	
Sprawdził:	Pełnomocnik Rektora ds. Systemu Jakości	Prof. Piotr Ponikowski	29.05.2018 r.	
Zatwierdził:	Rektor	Prof. Marek Ziętek	29.05.2018 r.	

### 1. Cel

Celem działań opisanych procedurą jest zapewnienie, że w przypadku wykrycia niezgodności zostaną podjęte działania korygujące, eliminujące przyczyny wystąpienia tych niezgodności, odpowiednie do ważności problemu i współmierne do oszacowanego ryzyka.

### 2. Przedmiot i zakres stosowania

Przedmiotem procedury jest tryb postępowania przy realizacji działań korygujących:

- wykrycie niezgodności,
- analiza otrzymanych reklamacji/skarg w celu ustalenia charakteru niezgodności stwierdzonych przez klientów,
- analiza przyczyn wystąpienia niezgodności,
- ocena potrzeby podjęcia działań korygujących,
- ustalenie działań korygujących,
- wdrożenie tych działań,
- udokumentowanie wyników tych działań,
- przegląd podjętych działań korygujących,
- ocena skuteczności zakończonych działań korygujących.

### 3. Definicje i terminologia

**Działanie korygujące** – działanie w celu wyeliminowania przyczyn wykrytej lub innej niepożądananej sytuacji

**Niezgodność** – niespełnienie wymagania

### 4. Odpowiedzialność i uprawnienia

Odpowiedzialny i uprawniony jest:

- Pełnomocnik Rektora ds. Systemu Jakości – za cel, treść merytoryczną procedury oraz nadzór nad przestrzeganiem postanowień niniejszej procedury,
- Kierownicy jednostek organizacyjnych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu lub osoby upoważnione przez kierownika za nadzór nad realizacją postanowień tej procedury w obszarach swojego działania,
- Specjalista ds. ISO za dokumentowanie działań korygujących.

Pozostałe odpowiedzialności i uprawnienia są zawarte w opisie postępowania.

<b>PROCEDURA</b> P-10.2-01	Wydanie: 8 z dnia: 29.05.2018 r.
<b>Działania korygujące</b>	Strona: 2 z 4

## 5. Opis postępowania

### 5.1. Przegląd i ustalenie przyczyn niezgodności

- niezgodności stwierdzone w czasie przeglądu Systemu Zarządzania Jakością na Uniwersytecie Medycznym,
- niezgodności stwierdzone podczas auditów (wewnętrznych i zewnętrznych),
- brak wymaganych procedur, opisów procesów lub instrukcji lub niespełnianie przez nie określonych wymagań,
- nieprzestrzeganie procedur, opisów procesów i instrukcji,
- reklamacje i informacje o niezgodnościach przekazane przez klientów,
- niezgodności stwierdzone w czasie realizacji procedur, procesów,
- niewłaściwe zasoby.

### 5.2. Reakcja na wystąpienie niezgodności

- 5.2.1. W przypadku stwierdzenia niezgodności, także tej wynikającej z otrzymanych reklamacji, skarg od klientów, i jeżeli ma to zastosowanie, podejmuje się działania mające na celu nadzorowanie tej niezgodności i skorygowanie jej.
- 5.2.2. Określenie, jakie konsekwencje może wywołać stwierdzona niezgodność i zajęcie się nimi.

### 5.3. Inicjowanie działań korygujących w wyniku otrzymanych informacji od pracowników realizujących poszczególne procesy

- 5.3.1. Każdy pracownik jednostki organizacyjnej Uniwersytetu Medycznego objętej Systemem Zarządzania Jakością jest zobowiązany do bieżącego ujawnienia zaobserwowanych niezgodności.
- 5.3.2. Pracownik po stwierdzeniu niezgodności podejmuje decyzję czy usunięcie niezgodności i jej przyczyny leży w jego kompetencjach:
  - jeżeli „tak” – to:
    - a) podejmuje działania zmierzające do usunięcia niezgodności,
    - b) ustala przyczyny niezgodności,
    - c) usuwa przyczyny niezgodności.
 Fakt wykonania działań korygujących pracownik zgłasza bezpośrednio przełożonemu pisemnie w formie notatki, zależnie od stopnia ważności tej niezgodności.
  - jeżeli „nie” – to informuje o fakcie wystąpienia niezgodności osobę odpowiedzialną za dany obszar.
- 5.3.3. Kierownik lub osoba upoważniona przeprowadza analizę postępowania pracownika i podejmuje decyzję, czy istnieje konieczność uruchomienia działań korygujących:
  - jeżeli „nie” to podejmuje dalszych działań,
  - jeżeli „tak” to: wystawia „Kartę działań korygujących” (formularz F-10.2-01), a dalsze postępowanie – zgodnie z punktem 5.3.

<b>PROCEDURA</b> P-10.2-01	Wydanie: 8 z dnia: 29.05.2018 r.
<b>Działania korygujące</b>	Strona: 3 z 4

#### **5.4. Inicjowanie i nadzorowanie działań korygujących w jednostkach organizacyjnych Uniwersytetu Medycznego**

5.4.1. Kierownik lub osoba upoważniona, o którym mowa w punkcie 5.3.3, w przypadku decyzji o uruchomieniu „Karty działań korygujących” (formularz F-10.2-01):

- wypełnia pozycje 1, 2 i 3 „Karty ...”,
- rejestruje „Kartę ...” u Pełnomocnika Rektora UM w „Rejestrze działań korygujących” (form. F-10.2-02) i wpisuje w „Karcie ...” numer z „Rejestru ...”,
- przeprowadza analizę przyczyn wystąpienia niezgodności i w przypadku jej wykrycia wypełnia pozycję 4 „Karty ...”,
- określa niezbędne do wykonania działania korygujące, termin realizacji oraz ich wykonawcę w pozycji 5 „Karty ...” i przekazuje ją wykonawcy,
- po otrzymaniu „Karty ...” od wykonawcy sprawdza czy wykonawca potwierdził wykonanie działań w pozycji 6 „Karty ...”, a następnie
- przekazuje „Kartę ...” Pełnomocnikowi Rektora ds. Zarządzania Jakością.

W przypadku, gdy wykonanie działań korygujących wymaga nakładów finansowych uzyskuje akceptację Pełnomocnika oraz (w razie konieczności) odpowiednio Rektora Uniwersytetu Medycznego (w zależności od szczebla działania) w pozycji 5 „Karty ...”.

5.4.2. Jeżeli na jakimkolwiek etapie realizacji działań korygujących, kierownik lub osoba upoważniona, o których mowa powyżej, nie posiada kompetencji do prowadzenia działań – przekazuje „Kartę działań korygujących” Pełnomocnikowi Rektora ds. Systemu Jakości, który kieruje dalej obiegiem karty.

#### **5.5. Wdrożenie i udokumentowanie działań korygujących**

5.5.1. Podstawę do wykonania działań korygujących stanowi zatwierdzona w pozycji 5 „Karta działań korygujących”.

5.5.2. Pracownik wyznaczony przez Pełnomocnika Rektora ds. Systemu Jakości do wdrożenia działań wprowadza je zgodnie z ustaleniami w wyznaczonym terminie, a po ich zakończeniu potwierdza ich wykonanie w pozycji 6 „Karty” i zwraca „Kartę ...” kierownikowi jednostki organizacyjnej, w której przeprowadzono działania korygujące.

#### **5.6. Przegląd wdrożonych działań korygujących**

5.6.1. Pełnomocnik Rektora ds. Systemu Jakości przeprowadza przegląd wdrożonych działań korygujących (dokumentuje fakt przeglądu w pozycji 7 „Karty ...”) i analizuje czy nie zaistniała potrzeba:

- wprowadzenia zmian w dokumentacji,
- sprawdzenia skuteczności wdrożonych działań korygujących poprzez audit wewnętrzny (planowany, pozaplanowy).

5.6.2. Sprawdzenie skuteczności działań korygujących przeprowadzane poprzez ww. audit jest realizowane zgodnie z procedurą „Audit wewnętrzny P-9.2-01”, a wynik zostaje odnotowany przez prowadzącego audit auditora w pozycji 8 „Karty ...”.

<b>PROCEDURA</b> P-10.2-01	Wydanie: 8 z dnia: 29.05.2018 r.
<b>Działania korygujące</b>	Strona: 4 z 4

5.6.3. Zmiany w dokumentacji są realizowane zgodnie z procedurą „Nadzór nad dokumentacją” przez pracowników, którzy są upoważnieni przez Pełnomocnika Rektora ds. Systemu Jakości do ich wykonywania.

### **5.7. Aktualizacja ryzyk i szans i wprowadzenie ewentualnych zmian w systemie zarządzania jakością**

5.7.1. Sprawdzenie, czy stwierdzone niezgodności odnoszą się do któregoś z ryzyk lub szans zidentyfikowanych na etapie planowania systemu zarządzania jakością

5.7.2. W przypadku gdy stwierdzona niezgodność odnosi się do któregoś z ryzyk lub szans zidentyfikowanych na etapie planowania systemu zarządzania jakością, należy uznać, że działania podjęte w celu zminimalizowania prawdopodobieństwa wystąpienia tego ryzyka lub wzmocnienia danej szansy okazały się nieskuteczne

5.7.3. Ustalenie innych działań dla ryzyka lub szansy, do której odnosi się stwierdzona niezgodność

5.7.4. W przypadku, gdy stwierdzona niezgodność nie odnosi się do żadnego z ryzyk lub szans zidentyfikowanych na etapie planowania systemu zarządzania jakością, należy określić, jakie to może być ryzyko lub szansa i dodać je do wykazu ryzyk i szans

5.7.5. Ustalenie działań mających na celu zminimalizowanie prawdopodobieństwa wystąpienia dodanego ryzyka lub wzmocnienia dodanej szansy

5.7.6. Dodanie działań ustalonych w p. 5.7.5 do odpowiedniego procesu

## **6. Zapisy**

Nazwa zapisu	Odpowiedzialny za przechowywanie	Okres przechowywania co najmniej
„Karta działań korygujących” F-10.2-01	Oryginał – Pełnomocnik Rektora ds. Systemu Jakości Kopia – Kierownik jednostki organizacyjnej objętej systemem jakości	3 lata
„Rejestr działań korygujących” F-10.-02	Jw.	3 lata

## **7. Dokumenty związane**

Procedura „Nadzór nad dokumentami” (P-7.5-01)

Procedura „Audit wewnętrzny” (P-9.2-01)

## **8. Wykaz załączonych formularzy (do powielania)**

F-10.2-01 „Karta działań korygujących”

F-10.2-02 „Rejestr działań korygujących”

<b>Formularz</b> F- 10.2-01	Wydanie: 7 z dnia: 07.07.2017 r.
<b>Karta działań korygujących nr .....</b>	Strona/stron 1/2

1. Data:  Miejsce wystawienia:	2. Imię i nazwisko osoby wystawiającej:
3. Opis niezgodności/spostrzeżeń (podstawa wystawienia)  ..... <i>(Imię, nazwisko i podpis osoby zgłaszającej niezgodność/spostrzeżenie)</i>	
4. Przyczyny niezgodności/spostrzeżeń:  ..... <i>(Imię, nazwisko i podpis osoby wypełniającej)</i>	
5. Działania korygujące  Osoba odpowiedzialna za wdrożenie:  Termin realizacji:  ..... <i>(Imię, nazwisko i podpis osoby wypełniającej)</i> ..... <i>(Podpis Pełnomocnika Rektora UMW)</i>  ..... <i>(Podpis Rektora UMW)*</i>	
6. Potwierdzenie wdrożenia:  <i>(Wypełnia osoba odpowiedzialna za wdrożenie)</i>	
7. Przegląd działań:  <i>(Wypełnia Pełnomocnik Rektora UMW ds. Zarządzania Jakością)</i>	
8. Sprawdzenie skuteczności:      ...Tak      ...Nie      Jeżeli „nieskuteczne” – dlaczego?	
Auditor:	



<b>Formularz</b> F- 10.2-01	Wydanie: 7 z dnia: 07.07.2017 r.
<b>Karta działań korygujących nr .....</b>	Strona/stron 2/2

9. Odniesienie do zidentyfikowanych ryzyk i szans:

Stwierdzona niezgodność odnosi się do zidentyfikowanego podczas planowania systemu zarządzania jakością:

a) ryzyka      ...Tak      ...Nie

Jeśli TAK, to ustalenie nowych działań w celu niedopuszczenia do wystąpienia tego ryzyka:

Ustalone działania:

Nazwa procesu, do którego odnoszą się ustalone działania:

b) szansy      ...Tak      ...Nie

Jeśli TAK, to ustalenie nowych działań w celu wzmocnienia tej szansy:

Ustalone działania:

Nazwa procesu, do którego odnoszą się ustalone działania:

\* w razie konieczności

<b>REJESTR</b> F- 10.2-02	Wydanie: 7 z dnia: 07.07.2017 r.
<b>Rejestr działań korygujących</b>	
Strona/stron: 1/1	

Nr ewid.	Jednostka organizacyjna UMW	Osoba zgłaszająca niezgodność	Data zgłoszenia	Osoba odpowiedzialna za ustalenie działań	Osoba odpowiedzialna za realizację działań	Data pozytywnego zakończenia działań	Data oceny skuteczności zakończonych działań	Data weryfikacji przez audit	
								Planowana	Zrealizowana

<b>PROCEDURA</b> P-7.5.1-01	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Proces Dydaktyczny</b>	Strona: 1 z 7

	Stanowisko	Imię i nazwisko	Data	Podpis
Opracował:	Specjalista ds. ISO	Barbara Mazurek	28.05.2019 r.	
Sprawdził:	Pełnomocnik Rektora ds. Systemu Jakości	Prof. Piotr Ponikowski	05.06.2019 r.	
Zatwierdził:	Prorektor ds. Dydaktyki	Prof. Piotr Dzięgiel	05.06.2019 r.	

## 1. Cel

Celem działań opisanych procedurą jest kształcenie studentów zgodnie z ustawą z dnia 27.07.2005 r. Prawo o Szkolnictwie Wyższym (Dz. U. Nr 164, poz. 1365 z późniejszymi zmianami), przepisami Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Statutem Uczelni, Regulaminem Organizacyjnym oraz Regulaminem studiów Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

## 2. Przedmiot i zakres stosowania

Przedmiotem procedury jest:

- Rekrutacja na studia,
- Realizacja programu kształcenia na poszczególnych latach studiów wszystkich kierunków UMW do momentu uzyskania dyplomu.

## 3. Definicje i terminologia

Definicje zgodne z normą EN ISO 9001:2015 oraz Ustawą Prawo o szkolnictwie wyższym.

**Wyrób i usługa** – zasób wiedzy i umiejętności przekazany słuchaczowi (student, słuchacz) w czasie procesu kształcenia

**Niezdane wyjście** – negatywnie oceniony zasób wiedzy i umiejętności słuchacza stwierdzony w czasie procesu kształcenia

## 4. Odpowiedzialność i uprawnienia

Za cel i treść merytoryczną procedury odpowiada Prorektor ds. Dydaktyki wraz z dziekanami Wydziałów, wyznaczający bezpośrednich realizatorów programu dydaktycznego zgodnie z przepisami.

## 5. Opis postępowania

### 5.1. Rekrutacja na I rok studiów

Proces rekrutacji na I rok studiów na wszystkich kierunkach Uniwersytetu Medycznego odbywa się zgodnie z ustawą Prawo o szkolnictwie wyższym, przepisami Ministra Zdrowia i Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Statutem Uczelni oraz warunkami i trybem rekrutacji na dany rok akademicki.

<b>PROCEDURA</b> P-7.5.1-01	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Proces Dydaktyczny</b>	Strona: 2 z 7

W tym celu Rektor powołuje, na wniosek Prorektora ds. dydaktyki, Uczelnianą Komisję Rekrutacyjną. Skład Uczelnianej Komisji Rekrutacyjnej zatwierdza Senat Uniwersytetu Medycznego. Regulamin rekrutacji kandydatów na I rok studiów w UMW, sposób przeprowadzenia rekrutacji i liczbę miejsc na poszczególnych Wydziałach, jest uchwalany przez Senat Uniwersytetu Medycznego na podstawie ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, zgodnie z przepisami Ministra Zdrowia i Statutu Uczelni.

Za właściwy sposób przeprowadzenia rekrutacji odpowiadają;

- przewodniczący Uczelnianej Komisji Rekrutacyjnej oraz
- przewodniczący Wydziałowych Komisji Rekrutacyjnych.

## **5.2. Planowanie procesu dydaktycznego**

### Analiza ramowego programu studiów

Za planowanie procesu dydaktycznego jest odpowiedzialny Prorektor ds. dydaktyki wraz z dziekanami Wydziałów. Planowanie procesu dydaktycznego odbywa się według planów i programów nauczania ustalonych przez Uniwersytet Medyczny zgodnie z trybem przewidzianym w Ustawie z dnia 27.07.2005 r. Prawo o Szkolnictwie Wyższym (Dz. U. Nr 164, poz. 1365 z późniejszymi zmianami) i przepisami MZ oraz MNiSW.

### Przydział czynności dla jednostek organizacyjnych Uniwersytetu Medycznego

Rozkład roku akademickiego, który określa podział roku akademickiego na semestry, okresy zajęć dydaktycznych, sesje egzaminacyjne i okresy wolne od zajęć (ferie zimowe, wakacje), ustala rektor. Podział i organizację roku akademickiego określa rektor po zasięgnięciu opinii organu samorządu, najpóźniej do dnia 15 czerwca roku kalendarzowego poprzedzającego dany rok akademicki. Podaje go do wiadomości przed rozpoczęciem nowego roku akademickiego najpóźniej do dnia 15 czerwca roku kalendarzowego poprzedzającego dany rok akademicki.

Dziekani poszczególnych wydziałów przed rozpoczęciem semestru podają do wiadomości szczegółowy plan i rozkład zajęć oraz wykaz obowiązujących przedmiotów, zajęć, zaliczeń, praktyk i egzaminów koniecznych do zaliczenia semestru. Dziekan na dwa tygodnie przed rozpoczęciem roku akademickiego, podaje do wiadomości na tablicy ogłoszeń oraz stronie internetowej Uczelni, spis zajęć oraz formę zaliczenia obu semestrów.

Za realizację procesu dydaktycznego w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Uniwersytetu Medycznego (katedry, kliniki, zakłady, samodzielne pracownie) są odpowiedzialni kierownicy tych jednostek. Osoby odpowiedzialne za nauczanie przedmiotu podają do wiadomości na tablicy ogłoszeń oraz stronie internetowej Uczelni szczegółowy harmonogram i program zajęć oraz tryb i formę ich zaliczania najpóźniej na pierwszych zajęciach.

Zgodnie z regulaminem studiów opiekun roku czynnie uczestniczy w organizacji dydaktyki (układanie planów zajęć, zaliczeń, egzaminów itp.).

<b>PROCEDURA</b> P-7.5.1-01	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Proces Dydaktyczny</b>	Strona: 3 z 7

Opiekun roku:

- 1) współpracuje z dziekanem,
- 2) dokonuje podziału studentów na grupy starając się uwzględnić indywidualne postulaty studentów,
- 3) przygotowuje przy ewentualnym współudziale starosty roku i organu samorządu szczegółowy harmonogram zajęć dla danego roku,
- 4) sprawuje opiekę nad wszystkimi studentami danego roku z zakresu spraw związanych z tokiem studiów,
- 5) na wniosek studenta uczestniczy jako obserwator w egzaminach komisyjnych oraz posiedzeniach Komisji Dyscyplinarnej oraz Odwoławczej Komisji Dyscyplinarnej dla Studentów.

Liczebność grup studenckich na zajęciach dydaktycznych ustala Senat Uniwersytetu Medycznego na wniosek rektora lub dziekanów.

#### Planowanie personelu i zasobów

Za planowanie obsługi procesu dydaktycznego są odpowiedzialni kierownicy poszczególnych jednostek organizacyjnych Uniwersytetu Medycznego wspólnie z adiunktami dydaktycznymi (zgodnie z regulaminem wewnętrznym klinik i katedr).

#### Planowanie sesji egzaminacyjnej

Za planowanie sesji na poszczególnych wydziałach są odpowiedzialni dziekani. Na poszczególnych latach studiów planowanie sesji dokonuje się w obecności dziekana, kierowników katedr, klinik i innych jednostek organizacyjnych Uniwersytetu Medycznego, opiekuna roku i starosty roku. Rozkład sesji egzaminacyjnej jest przesyłany do dziekanatów. Szczegółową organizację sesji egzaminacyjnej ustala dziekan w porozumieniu z egzaminatorem i starostą roku.

### **6. Realizacja programu dydaktycznego**

Odpowiedzialnym za realizację programu dydaktycznego na każdym kierunku jest dziekan wydziału, a na Uczelni Prorektor ds. dydaktyki.

Program dydaktyczny jest realizowany w formie wykładów, ćwiczeń, seminariów, zajęć praktycznych oraz praktyk zawodowych, wykonywanych w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Uniwersytetu Medycznego i jednostkach spoza Uniwersytetu Medycznego zgodnie z programem studiów, regulaminem studiów, regulaminem wewnętrznym jednostek organizacyjnych Uniwersytetu Medycznego oraz programem godzinowym zajęć ustalonym i zatwierdzanym w każdym roku akademickim przez rektora.

Plan studiów określa czas trwania studiów i obejmuje spis przedmiotów, wykaz godzin oraz punktację ECTS. Programy nauczania określają zakres wiedzy i umiejętności, właściwy dla poszczególnych przedmiotów i praktyk, który student powinien opanować w czasie studiów.

Ramowy plan studiów i programy nauczania na nowy rok akademicki uchwała rada wydziału, najpóźniej w maju.

<b>PROCEDURA</b> P-7.5.1-01	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Proces Dydaktyczny</b>	Strona: 4 z 7

Część zajęć dydaktycznych student może odbyć za granicą w ramach współpracy Uniwersytetu Medycznego z innymi uczelniami na zasadach wynikających z odrębnych przepisów.

Różnice programowe wynikające z odbywania studiów za granicą powinny być wyrównane po powrocie na macierzystą Uczelnię. Student za zgodą dziekana może odbyć część studiów na innej uczelni medycznej (także zagranicznej) według uzgodnionego przed wyjazdem programu.

Po powrocie z wyjazdu, dziekan zalicza studentowi przedmioty według uzgodnionego przed wyjazdem pro-gramu, które zaliczył na uczelni partnerskiej i dokonuje wpisu warunkowego.

Prowadzona jest lista obecności studentów na zajęciach. Jest ona dokumentem potwierdzającym uczestnictwo w zajęciach i przechowywana do czasu rozpoczęcia nowego roku akademickiego u adiunkta dydaktycznego w poszczególnych jednostkach dydaktycznych. Opuszczone zajęcia powyżej limitu ustalonego w regulaminie studiów odrabia się według zasad ustalonych w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Uniwersytetu Medycznego. Obowiązek obecności na zajęciach ustala regulamin studiów. Potwierdzeniem realizacji zajęć dydaktycznych jest rozliczenie godzinowe pensum dydaktycznego, przekazywane rektorowi, po zakończeniu każdego semestru przez adiunkta dydaktycznego poszczególnych jednostek organizacyjnych Uniwersytetu Medycznego, podpisane przez kierownika tej jednostki lub przez osobę przez niego upoważnioną. Przypadki braku zgodności wykonania zadania dydaktycznego z planem podlegają postępowaniu według procedury działań korygujących P- 8.5.2-01.

Formę zaliczenia przedmiotu ustala, w uzgodnieniu z kierownikami jednostek organizacyjnych Uniwersytetu Medycznego, dziekan zgodnie z programem studiów (egzamin, zaliczenie). Ramowy plan studiów i programy nauczania na nowy rok akademicki uchwała rada wydziału, najpóźniej w maju. Sposób zaliczenia przedmiotu – ustne, pisemne, testowe – ustala kierownik jednostki dydaktycznej i podaje do wiadomości studentom.

Istnieje pełna identyfikacja wszystkich ocen studenta w stosunku do osób, które tych ocen dokonały. Dowodem zaliczenia przedmiotu jest wpis w protokole zaliczeniowym, dokonany przez kierownika jednostki dydaktycznej, a w dokumentacji indywidualnej studenta wpis w indeksie, karcie zaliczeniowej i kartotece studenta. Podstawą zaliczania przedmiotu jest uczęszczanie na zajęcia oraz otrzymanie pozytywnych ocen z prac objętych programem tych zajęć. Potwierdzeniem zaliczenia zajęć jest wpis w indeksie oraz w karcie okresowych osiągnięć studenta dokonany przez osobę odpowiedzialną za nauczanie przedmiotu.

Decyzję o dopuszczeniu studenta do sesji egzaminacyjnej podejmuje Kolegium Dziekańskie na podstawie protokołów zaliczeniowych, zgodnie z regulaminem studiów.

Dokładne terminy egzaminów, zgodnie z regulaminem studiów:

- ustnych – uzgadnia student z egzaminatorem,
- pisemnych – podawane są do wiadomości studentom przez kierownika jednostki organizacyjnej.

<p><b>PROCEDURA</b> P-7.5.1-01</p>	<p>Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.</p>
<p><b>Proces Dydaktyczny</b></p>	<p>Strona: 5 z 7</p>

- Dziekan na podstawie wyników egzaminów kwalifikuje studenta na rok następnny lub
- do wydania dyplomu (jeżeli studenta nie obowiązuje napisanie i obrona pracy dyplomowej magisterskiej lub licencjackiej kończącej studia)
  - dopuszcza do obrony pracy magisterskiej (jeżeli studenta obowiązuje napisanie i obrona pracy magisterskiej, kończącej studia).

Wyniki egzaminów są przekazywane przez egzaminatora Dziekanowi w formie protokołu egzaminacyjnego, wpisywane do katalogów dziekańskich oraz do indywidualnej dokumentacji studenta, tj. indeksu, karty egzaminacyjnej i kartoteki oraz do systemu elektronicznego,

Wydanie dyplomu ukończenia studiów na Uniwersytecie Medycznym jest udokumentowane wpisem w księdze dyplomów.

Forma prowadzenia zapisów w dokumentacji indywidualnej studenta jest ustalana na podstawie Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 14 września 2011 r. w sprawie dokumentacji przebiegu studiów.

W przypadku pojawienia się „wyrobu niezgodnego” następuje postępowanie zgodne z Regulaminem Studiów.

## 7. Schemat postępowania

Sposób postępowania przy realizacji:

- procesu rekrutacji,
- planowaniu procesu dydaktycznego,
- realizacji procesu dydaktycznego.

## 8. Dokumenty związane

Ustawa z dnia 27 lipca 2005 r.

prawo o szkolnictwie wyższym (t.j. Dz.U. 2016, poz. 1842, ze zm.)

Prawo o Szkolnictwie Wyższym i Nauce z dnia 20 lipca 2018 r.

Ustawa z dnia 14 marca 2003 r.

o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (t.j. Dz.U. 2016, poz. 882, ze zm.)

Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 13 kwietnia 2016 r.

w sprawie studiów doktoranckich i stypendiów doktoranckich (Dz.U. 2016, poz. 558)

Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 września 2014 r.

w sprawie warunków, jakim muszą odpowiadać postanowienia regulaminu studiów w uczelniach (Dz.U. 2014, poz. 1302)

Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 16 września 2016 r.

w sprawie dokumentacji przebiegu studiów (Dz.U. 2016, poz. 1554)

<b>PROCEDURA</b> P-7.5.1-01	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Proces Dydaktyczny</b>	Strona: 6 z 7

Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 września 2016 r. w sprawie warunków prowadzenia studiów (Dz.U. 2016, poz. 1596)

Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 09 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz.U. 2012, poz. 631)

Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 11 sierpnia 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz.U. 2016, poz. 1332)

#### Regulacje wewnętrzne

Zarządzenie nr 29/XV R/2016 Rektora Uniwersytetu Medycznego z dnia 9 maja 2016 r. w sprawie zmiany zasad ustalania wymiaru zajęć dydaktycznych (pensum) oraz zakresu obowiązków, zlecania i rozliczania zajęć dydaktycznych

Zarządzenie nr 28/XV R/2016 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 9 maja 2016 r. w sprawie wprowadzenia procedur planowania i rozliczania dydaktyki w Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu obowiązujących w roku akademickim 2016/2017

Uchwała Nr 1641 Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie zmiany Uchwały nr 1525 Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 29 kwietnia 2015 r. w sprawie zasad ustalania liczebności grup studenckich na poszczególnych formach zajęć dydaktycznych of roku akademickiego 2015/2016

Uchwała Nr 1640 Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie zmiany Uchwały nr 1528 Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 29 kwietnia 2015 r. w sprawie zasad ustalania zakresu obowiązków nauczycieli akademickich Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, rodzajów zajęć dydaktycznych objętych zakresem tych obowiązków, w tym wymiaru zadań dydaktycznych dla poszczególnych stanowisk, zasad obliczania godzin dydaktycznych oraz zasad powierzania i rozliczania zajęć w godzinach ponadwymiarowych od roku akademickiego 2015/2016

Uchwała Nr 1639 Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ustalenia pensum dydaktycznego dla JM Rektora w roku akademickim 2016/2017

Uchwała Nr 1538 Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 27 maja 2015 r.

w sprawie zmiany Uchwały Nr 1528 Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 29 kwietnia 2015 r. w sprawie zasad ustalania zakresu obowiązków nauczycieli akademickich Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, rodzajów zajęć dydaktycznych objętych zakresem tych obowiązków, w tym wymiaru zadań dydaktycznych dla poszczególnych stanowisk, zasad obliczania godzin dydaktycznych oraz zasad powierzania i rozliczania zajęć w godzinach ponadwymiarowych od roku akademickiego 2015/2016



<b>PROCEDURA</b> P-7.5.1-01	Wydanie: 8 z dnia: 06.05.2019 r.
<b>Proces Dydaktyczny</b>	Strona: 7 z 7

Uchwała Nr 1537 Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 27 maja 2015 r. w sprawie dodatkowego wynagradzania ze środków pozabudżetowych osób prowadzących zajęcia dydaktyczne w języku angielskim

Uchwała Nr 1528 Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 29 kwietnia 2015 r. w sprawie zasad ustalania zakresu obowiązków nauczycieli akademickich Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, rodzajów zajęć dydaktycznych objętych zakresem tych obowiązków, w tym wymiaru zadań dydaktycznych dla poszczególnych stanowisk, zasad obliczania godzin dydaktycznych oraz zasad powierzania i rozliczania zajęć w godzinach ponadwymiarowych od roku akademickiego 2015/2016

Uchwała Nr 1527 Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 29 kwietnia 2015 r. w sprawie ustalenia pensum dydaktycznego dla JM Rektora w roku akademickim 2015/2016

Uchwała Nr 1526 Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 29 kwietnia 2015 r. w sprawie określenia limitu godzin bezpłatnego korzystania z obiektów sportowych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu dla studentów kierunków: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa rozpoczynających studia od roku akademickiego 2015/2016 i w latach następnych

Uchwała Nr 1525 Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 29 kwietnia 2015 r. w sprawie zasad ustalania liczebności grup studenckich na poszczególnych formach zajęć dydaktycznych od roku akademickiego 2015/2016

Zarządzenie nr 32/XV R/2015 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 29 kwietnia 2015 r. w sprawie ogólnych zasad dotyczących ustalenia wymiaru zajęć dydaktycznych (pensum) oraz zakresu obowiązków, zlecenia i rozliczania zajęć dydaktycznych obowiązujących od roku akademickiego 2015/2016

Uchwała Nr 1292 Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 29 maja 2013 r. w sprawie ustalenia wymiaru praktyk zawodowych doktorantów Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

## 9. Zapisy

Zapisy dotyczące realizacji niniejszej procedury są prowadzone w dokumentach o podanym w algorytmie tytułach. Forma i struktura tych dokumentów jest określona w poszczególnych jednostkach UMW.

<b>PROCEDURA</b> P-8.5-0.2	Wydanie: 8 z dnia: 29.05.2018 r.
<b>Proces Badań Naukowych</b>	Strona: 1 z 9

	Stanowisko	Imię i nazwisko	Data	Podpis
Opracował:	Kierownik Centrum Wsparcia Nauki	Agnieszka Skotarczyk	29.05.2018 r.	
Sprawdził:	Specjalista ds. ISO	Barbara Mazurek	29.05.2018 r.	
Zatwierdził:	Prorektor ds. Nauki	Prof. Piotr Ponikowski	29.05.2018 r.	

## 1. Cel

Realizacja procesu badań naukowych i wyników badań w taki sposób, aby procesy te przebiegały:

- sprawnie (bez możliwych do uniknięcia zaburzeń wywołanych czynnikami wewnętrznymi lub zewnętrznymi)
- efektywnie (przy możliwie najlepszym wykorzystaniu szeroko rozumianych zasobów Uniwersytetu Medycznego i zasobów zewnętrznych)
- nieprzerwanie (w sposób ciągły, poprzez zapewnienie odpowiednich warunków finansowania i realizacji badań naukowych, a także warunków do komercjalizacji wyników badań)
- konkurencyjnie (na możliwie najwyższym poziomie merytorycznym w odniesieniu do osiągnięć światowych oraz w sposób profesjonalny i zgodny ze światowymi standardami)
- progresywnie (poprzez osiąganie kolejnych „kamieni milowych” w wytyczonym szlaku rozwoju, w szczególności z zakresu strategicznych dla Uniwersytetu kierunków badań naukowych, a także przez osiąganie kolejnych „kamieni milowych” w zwiększaniu przychodów Uczelni z tytułu komercjalizacji wyników badań)
- integralnie (poprzez odpowiadanie na rzeczywiste potrzeby społeczeństwa i przemysłu – bez pozostawiania w oderwaniu od otaczającej rzeczywistości)
- legalnie (zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa)
- ekonomicznie (w jak najlepszym możliwym stosunku rezultatów do poniesionych kosztów na prowadzone działania)

## 2. Przedmiot i zakres stosowania

### 2.1. Przedmiot

Przedmiotem procedury jest sposób postępowania przy:

- finansowaniu badań naukowych,
- realizacji i nadzorowanie prowadzonych prac badawczych,
- identyfikacji i zabezpieczaniu wyników badań naukowych
- komercjalizacji wyników badań

<b>PROCEDURA</b> P-8.5-0.2	Wydanie: 8 z dnia: 29.05.2018 r.
<b>Proces Badań Naukowych</b>	Strona: 2 z 9

## 2.2. Zakres procedury

- realizacja badań naukowych finansowanych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego zgodnie z Ustawą z dnia 30 kwietnia 2010r. o zasadach finansowania nauki (Dz. U. 20165.204549), Narodowe Centrum Nauki, Narodowe Centrum Badań i Rozwoju oraz inne krajowe instytucje publiczne,
- realizacja badań naukowych finansowanych przez Komisję Europejską oraz inne międzynarodowe instytucje publiczne,
- realizacja badań naukowych finansowanych przez fundacje polskie i zagraniczne
- realizacja projektów badawczych na zlecenie podmiotów gospodarczych,
- upowszechnianie wyników badań i promocja zespołów naukowych, w tym działania finansowane przez podmioty zewnętrzne,
- ochrona i komercjalizacja wyników badań,
- zakres procedury dotyczy wszystkich pracowników biorących udział w badaniach naukowych oraz w procesie ochrony i komercjalizacji wyników badań.

## 3. Definicje i terminologia

- Grant publiczny krajowy – projekty badawcze realizowane na podstawie umów zawartych z Ministrem Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Dyrektorem Narodowego Centrum Nauki, Dyrektorem Narodowego Centrum Badań i Rozwoju lub z inną krajową publiczną instytucją finansującą badania
- Grant publiczny międzynarodowy – projekty badawcze realizowane na podstawie umów z Komisją Europejską, Krajowymi Agencjami programów Unii Europejskiej lub z inną międzynarodową publiczną instytucją finansującą badania.
- Badania młodych naukowców "grant uczelniany" – projekty realizowane w ramach dotacji Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego na badania dla młodych naukowców,
- Działalność statutowa – zadania badawcze oraz inne działania z zakresu utrzymania potencjału badawczego realizowane w ramach dotacji Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego zgodnie z profilem naukowym danej jednostki Uczelni
- Inwestycje – zakup aparatury lub inwestycje budowlane służące badaniom naukowym
- Umowy z podmiotami gospodarczymi – prace badawcze realizowane na zlecenie firm polskich i zagranicznych
- Umowy z fundacjami – prace badawcze oraz działania upowszechniające naukę finansowane przez fundacje polskie i zagraniczne
- Ochrona wyników badań – działania zmierzające do zabezpieczenia wyników badań prowadzonych na Uczelni przed nieuprawnionym dostępem oraz wykorzystaniem przez inne podmioty
- Komercjalizacja – działania zmierzające do uzyskania przychodu dla Uczelni z tytułu udostępnienia wyników badań należących do Uczelni zewnętrznym podmiotom

<b>PROCEDURA</b> P-8.5-0.2	Wydanie: 8 z dnia: 29.05.2018 r.
<b>Proces Badań Naukowych</b>	Strona: 3 z 9

#### 4. Odpowiedzialność i uprawnienia

Odpowiedzialny i uprawniony jest:

- Prorektor ds. Nauki za treść merytoryczną procedury, nadzór nad prawidłową realizacją procedury i osiągnięciem jej celu
- Kierownicy jednostek organizacyjnych UM za realizację projektów badawczych wykonywanych w ramach działalności statutowej w podległym obszarze działania, jak również za racjonalne wykorzystanie dotacji przyznanej w ramach inwestycji
- Kierownicy grantów, umów z podmiotami gospodarczymi, umów za realizację tych projektów
- Kierownik Centrum Wspierania Nauki oraz Kierownik Sekcji Projektów Naukowych Działu Nauki – za przygotowanie, koordynację i rozliczanie w obszarze badań naukowych: grantów publicznych krajowych i międzynarodowych, badania młodych naukowców, działalność statutowa, inwestycje, umowy z fundacjami
- Kierownik Centrum Wspierania Nauki oraz Kierownik Centrum Innowacji i Transferu Technologii za prawidłową realizację procesu ochrony i komercjalizacji wyników badań oraz za przygotowanie, koordynację i rozliczanie w obszarze badań naukowych umów z podmiotami gospodarczymi, a także umów na realizację projektów z zakresu ochrony i upowszechniania wyników badań finansowanych ze źródeł zewnętrznych

#### 5. Opis postępowania

- Granty publiczne krajowe, badania młodych naukowców własne, działalność statutowa, inwestycje są przygotowywane i realizowane na podstawie rozporządzeń w sprawie kryteriów i trybu przyznawania i rozliczania środków finansowych w poszczególnych strumieniach finansowania lub na podstawie ogłoszenia o konkursach oraz zawartych w poszczególnych umowach.
- Umowy z podmiotami gospodarczymi oraz umowy z fundacjami regulują postanowienia zawarte w poszczególnych umowach. W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.
- Zasady realizacji procesu badań naukowych, ochrony wyników badań oraz komercjalizacji wyników badań są regulowane przez wewnętrzne akty normatywne Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, sposób postępowania jest opisany w dokumencie „Centrum Wspierania Nauki – zasady i procesy”, gdzie są zawarte ważne informacje wymagane normą ISO 9001:2015
- Granty publiczne międzynarodowe – Projekty międzynarodowe są realizowane na podstawie przepisów dotyczących właściwych programów (np. Programy Ramowe Unii Europejskiej) i postanowień zawartych w poszczególnych umowach.

<b>PROCEDURA</b> P-8.5-0.2	Wydanie: 8 z dnia: 29.05.2018 r.
<b>Proces Badań Naukowych</b>	Strona: 4 z 9

## 6. Dokumenty związane

### 6.1. Wewnętrzne akty normatywne

#### A. ZASADY REALIZACJI PROJEKTÓW

Zarządzenie nr 105/XIV R/2007 w sprawie wprowadzenia w życie „Procedur realizacji projektów europejskich, ze szczególnym uwzględnieniem programów ramowych oraz funduszy strukturalnych”

Zarządzenie nr 22/XV R/2017 z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie zasad realizacji zadań finansowanych z działalności statutowej

Zarządzenie nr 29/XV R/2017 z dnia 29 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia w życie „Regulaminu finansowania zadań służących rozwojowi młodych naukowców oraz uczestników studiów doktoranckich w Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu”

Zarządzenie nr 73/XV R/2013 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 15 października 2013 r. w sprawie zasad realizacji projektów badawczych finansowanych ze środków sponsorskich na Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Zarządzenie nr 97/XV R/2013 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 29 listopada 2013 r. w sprawie zasad zatrudniania oraz trybu zmiany warunków zatrudnienia pracowników naukowo-technicznych oraz inżynierijno-technicznych

Zarządzenie nr 49/XV R/2015 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 13 lipca 2015 r. w sprawie zaliczenia pracowników naukowo-dydaktycznych, naukowych, naukowo-technicznych oraz inżynierijno-technicznych do stanu zatrudnienia w podstawowej jednostce organizacyjnej uczelni przy prowadzeniu badań naukowych lub prac rozwojowych

#### B. FORMY WYNAGRODZEŃ W PROJEKTACH

Zarządzenie nr 97/XIV R/2009 w sprawie szczegółowych zasad zatrudniania i wynagradzania pracowników świadczących pracę oraz osób uczestniczących w realizacji projektów finansowanych oraz współfinansowanych ze źródeł zewnętrznych

Zarządzenie nr 4/XV R/2017 z dnia 20 stycznia 2017 r. w sprawie zmiany zasad i trybu zawierania umów zlecenia i umów o dzieło z osobą fizyczną

Zarządzenie nr 100/XV R/2013 w sprawie zasad i trybu przyznawania dodatków specjalnych pracownikom Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Zarządzenie nr 35/XV R/2015 w sprawie wprowadzenia w życie „Regulaminu premiowania pracowników niebędących nauczycielami akademickimi”

#### C. POLITYKA RACHUNKOWOŚCI

Zarządzenie nr 106/XV R/2013 w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego zasad prowadzenia ksiąg rachunkowych – polityki rachunkowości na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu

<b>PROCEDURA</b> P-8.5-0.2	Wydanie: 8 z dnia: 29.05.2018 r.
<b>Proces Badań Naukowych</b>	Strona: 5 z 9

#### D. ZAMÓWIENIA PUBLICZNE

Zarządzenie nr 41/XV R/2014 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 25 czerwca 2014 r. w sprawie udzielania zamówień o wartości nieprzekraczającej 30 000 euro

Zarządzenie nr 42/XV R/2014 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 25 czerwca 2014 r. w sprawie udzielania zamówień publicznych

Zarządzenie nr 78/XV R/2014 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 26 listopada 2014 r. w sprawie powołania Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu na kadencję 2015—2017

#### E. SYSTEM POLON

Zarządzenie nr 74/XV R/2014 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z 6 listopada 2014 r. w sprawie powołania Zespołu ds. Obsługi Systemu Informacji o Szkolnictwie Wyższym – POL-on

#### F. KOSZTY POŚREDNIE

Zarządzenie nr 10/XV R/2014 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 26 lutego 2014 r. w sprawie zasad i sposobu rozliczania kosztów pośrednich w ramach poszczególnych działalności Uczelni

Zarządzenie nr 52/XV R/2016 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 20 czerwca 2016 r. w sprawie zmiany zasad i sposobu rozliczania kosztów pośrednich w ramach poszczególnych działalności Uczelni

Zarządzenie nr 46/XV R/2017 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 15 maja 2017 r. w sprawie zmiany zasad i sposobu rozliczania kosztów pośrednich w ramach poszczególnych działalności Uczelni

#### G. SPRAWY OGÓLNOUCZELNIANE

Zarządzenie nr 17/XV R/2016 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 23 marca 2016 r. w sprawie przekształcenia struktury Działu Nauki i Współpracy z Zagranicą oraz zmian w Regulaminie organizacyjnym Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Zarządzenie nr 38/XV R/2016 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 24 maja 2016 r. w sprawie zasad prowadzenia obsługi prawnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Zarządzenie nr 97/XV R/2015 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 21 grudnia 2015 r. w sprawie zmian w „Regulaminie pracy Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu”

Zarządzenie nr 78/XV R/2015 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 30 października 2015 r. w sprawie zmian w „Regulaminie pracy Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu”

Zarządzenie nr 66/XV R/2015 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 30 września 2015 r. w sprawie zmian w strukturze administracji Uczelni oraz wprowadzenia w życie „Regulaminu organizacyjnego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu”

<p><b>PROCEDURA</b> P-8.5-0.2</p>	<p>Wydanie: 8 z dnia: 29.05.2018 r.</p>
<p><b>Proces Badań Naukowych</b></p>	<p>Strona: 6 z 9</p>

- Zarządzenie nr 34/XV R/2015 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 4 maja 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu „Regulaminu organizacyjnego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu”
- Zarządzenie nr 53/XV R/2014 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 31 lipca 2014 r. w sprawie wprowadzenia „Regulaminu w sprawie zasad dokonywania wartościowania stanowisk pracy pracowników niebędących nauczycielami akademickimi Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu”
- Zarządzenie nr 40/XV R/2014 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 25 czerwca 2014 r. w sprawie zasad korzystania z infrastruktury powstałej w ramach projektów współfinansowanych z funduszy europejskich
- Zarządzenie nr 34/XV R/2014 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 28 maja 2014 r. w sprawie wprowadzenia w życie „Regulaminu okresowych ocen pracy pracowników niebędących nauczycielami akademickimi w Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu”
- Zarządzenie nr 3/XV R/2014 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 13 lutego 2014 r. w sprawie zmiany zasad rozliczania delegacji krajowych
- Zarządzenie nr 94/XV R/2015 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 9 grudnia 2015 r. w sprawie zasad i trybu zawierania umów o dzieło z osobą fizyczną na wykonanie rekomendacji do przyznania nagrody ministra
- Zarządzenie nr 69/XV R/2015 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 30 września 2015 r. w sprawie zmiany stawek wynagrodzenia i dodatku funkcyjnego dla pracowników Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
- Zarządzenie nr 62/XV R/2015 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 30 września 2015 r. w sprawie funkcjonowania strony internetowej Uczelni
- Zarządzenie nr 46/XV R/2015 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 25 czerwca 2015 r. w sprawie zmiany zasad rozliczania delegacji krajowych
- Zarządzenie nr 72/XV R/2013 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 28 września 2013 r. w sprawie zmiany zasad realizacji wyjazdów służbowych za granicę
- Zarządzenie nr 10/XIV R/2011 Rektora Akademii Medycznej we Wrocławiu z dnia 21 lutego 2011 r. w sprawie zmiany zasad rozliczania delegacji krajowych
- Zarządzenie nr 101/XV R/2013 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 20 grudnia 2013 r. w sprawie wprowadzenia „Polityki zarządzania ryzykiem w Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu”
- Zarządzenie nr 89/XV R/2013 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 29 listopada 2013 r. w sprawie zawierania umów o dofinansowanie/współfinansowanie publikacji wydawanych poza Działem Wydawnictw i Promocji Uczelni
- Zarządzenie nr 16/XV R/2013 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 24 kwietnia 2013 r. w sprawie udostępniania logo Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

<b>PROCEDURA</b> P-8.5-0.2	Wydanie: 8 z dnia: 29.05.2018 r.
<b>Proces Badań Naukowych</b>	Strona: 7 z 9

#### H. KOMISJA BIOETYCZNA

Zarządzenie nr 39/XV R/2016 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 24 maja 2016 r. w sprawie zmiany zasad finansowania i obsługi administracyjnej Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu

Zarządzenie nr 9/XV R/2016 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 1 marca 2016 r. w sprawie zmiany funkcjonowania Komisji Bioetycznej

#### 6.2. Uchwały Senatu

Załącznik do uchwały nr 1324 Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 25 września 2013 r. STATUT UNIwersYTETU MEDYCZNEGO im. PIASTÓW ŚLĄSKICH we WROCŁAWIU z dnia 17 września 2012 roku

Uchwała nr 1364 Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 22 stycznia 2014 r. w sprawie ustalenia Strategii rozwoju Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu na lata 2014-2020” stanowiącą załącznik do niniejszej uchwały.

Uchwała Nr 1509 Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 25 marca 2015 r. w sprawie przyjęcia „Regulaminu Zarządzania Prawami Własności Intelektualnej na Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu”

Uchwała Nr 1508 Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 25 marca 2015 r. w sprawie przyjęcia „Regulaminu Korzystania z Infrastruktury Badawczej Uczelni” Statut Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

#### 6.3 Zewnętrzne akty normatywne

- Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki (tekst jednolity Dz. U. 201.2045)
- Ustawa z dnia 27.07.2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (tekst jednolity Dz. U. 2016 poz. 1842)
- Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o Narodowym Centrum Nauki (tekst jednolity Dz. U. 2016 poz. 1071)
- Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o Narodowym Centrum Badań i Rozwoju (tekst jednolity Dz. U. 2016 poz. 900)
- Ustawa z dnia 30 czerwca 2000 r. Prawo własności przemysłowej (tekst jednolity Dz. U. z 2017 poz. 776)
- Ustawa z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jednolity Dz. U. z 2017 poz. 880)
- Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks Spółek Handlowych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 poz. 1578)
- Ustawa z dnia 16 grudnia 2016 r. o zasadach zarządzania mieniem państwowym (tekst jednolity Dz. U. z 2016 poz. 2259)
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 poz. 1870)



<b>PROCEDURA</b> P-8.5-0.2	Wydanie: 8 z dnia: 29.05.2018 r.
<b>Proces Badań Naukowych</b>	Strona: 8 z 9

- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 11 września 2015 r. w sprawie sposobu ustalania wysokości dotacji i rozliczania środków finansowych na utrzymanie potencjału badawczego oraz na badania naukowe lub prace rozwojowe oraz zadania z nimi związane, służące rozwojowi młodych naukowców oraz uczestników studiów doktoranckich (Dz. U. z 2015 poz. 1443)
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 października 2015 r. w sprawie szczegółowych kryteriów i trybu przyznawania oraz rozliczania środków finansowych na inwestycje służące potrzebom badań naukowych lub prac rozwojowych. (Dz. U. z 2015, poz. 1693)
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 11 stycznia 2011 r. w sprawie kryteriów i trybu przyznawania oraz rozliczania środków finansowych na naukę przeznaczonych na finansowanie współpracy naukowej z zagranicą (Dz. U. z 2015 poz. 2047)
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 18 grudnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kryteriów i trybu przyznawania oraz rozliczania środków finansowych na naukę na finansowanie działalności statutowej
- Komunikat Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 21 maja 2014 r. o ustanowieniu programu pod nazwą „Granty na granty – wsparcie polskich koordynatorów w programach badawczych Unii Europejskiej

## 7. Dokumenty związane, przywołane w treści procedury

- Decyzja nr 1982/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 grudnia 2006 dotycząca Siódmego Programu Ramowego Wspólnoty Europejskiej z zakresu badań, rozwoju technologicznego i demonstracji (2007-2013)
- Rozporządzenie (WE) Nr 1906/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 grudnia 2006 r. ustanawiające zasady uczestnictwa przedsiębiorstw, ośrodków badawczych i wyższych uczelni w działaniach prowadzonych w ramach siódmego programu ramowego oraz zasady upowszechniania wyników badań (2007–2013)
- Rozporządzenie Rady (UE, Euratom) nr 1311/2013 z dnia 2 grudnia 2013 r. określające wieloletnie ramy finansowe na lata 2014–2020
- Decyzja Rady z dnia 3 grudnia 2013 r. ustanawiająca program szczegółowy wdrażający program „Horyzont 2020” – program ramowy z zakresu badań naukowych i innowacji (2014–2020) i uchylająca decyzje 2006/971/WE, 2006/972/WE, 2006/973/WE, 2006/974/WE i 2006/975/WE (1)
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1291/2013 z dnia 11 grudnia 2013 r. ustanawiające „Horyzont 2020” – program ramowy z zakresu badań naukowych i innowacji (2014–2020) oraz uchylające decyzję nr 1982/2006/WE Tekst mający znaczenie dla EOG
- Rozporządzenie Rady (Euratom) nr 1314/2013 z dnia 16 grudnia 2013 r. w sprawie programu badawczo-szkoleniowego Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej (2014–2018) uzupełniającego „Horyzont 2020” – program ramowy z zakresu badań naukowych i innowacji

<b>PROCEDURA</b> P-8.5-0.2	Wydanie: 8 z dnia: 29.05.2018 r.
<b>Proces Badań Naukowych</b>	Strona: 9 z 9

- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 282/2014 z dnia 11 marca 2014 r. w sprawie ustanowienia Trzeciego Programu działań Unii z dziedziny zdrowia (2014–2020) oraz uchylające decyzję nr 1350/2007/WE Tekst mający znaczenie dla EOG
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1290/2013 z dnia 11 grudnia 2013 r. ustanawiające zasady uczestnictwa i upowszechniania dla programu „Horyzont 2020” – programu ramowego z zakresu badań naukowych i innowacji (2014–2020) oraz uchylające rozporządzenie (WE) nr 1906/2006 Tekst mający znaczenie dla EOG
- Rozporządzenie Rady (UE) nr 557/2014 z dnia 6 maja 2014 r. w sprawie ustanowienia Wspólnego Przedsięwzięcia na rzecz Drugiej Inicjatywy z zakresu Leków Innowacyjnych Tekst mający znaczenie dla EOG

## 8. Wykaz załączonych formularzy

Formularze stosowane przy realizacji badań naukowych finansowanych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego są podane w rozporządzeniach. Są one dostępne na stronie internetowej Ministerstwa: [www.nauka.gov.pl](http://www.nauka.gov.pl), jak również Centrum Wspierania Nauki – Sekcji Projektów Naukowych [www.umed.wroc.pl](http://www.umed.wroc.pl)

Ogłoszenia o konkursach Narodowego Centrum Nauki oraz formularze dostępne na stronie [www.ncn.gov.pl](http://www.ncn.gov.pl). Ogłoszenia o konkursach Narodowego Centrum Badań i Rozwoju oraz formularze dostępne na stronie [www.ncbir.gov.pl](http://www.ncbir.gov.pl). Ogłoszenia o konkursach organizowanych przez inne krajowe i zagraniczne instytucje publiczne dostępne są na stronach internetowych odnośnych instytucji.

Formularze stosowane przy realizacji projektów międzynarodowych są dostępne m.in. na stronach internetowych <http://ec.europa.eu/research/participants/portal/desktop/en/home.html> dla programów Komisji Europejskiej, Krajowego Punktu Kontaktowego [www.kpk.gov.pl](http://www.kpk.gov.pl) oraz w Centrum Wspierania Nauki – Sekcji Projektów Naukowych

Zapisy dotyczące realizacji niniejszej procedury są prowadzone w dokumentach o podanym w algorytmie tytułach. Forma i struktura tych dokumentów jest określona w poszczególnych jednostkach Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.



Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu  
ul. K. Marcinkowskiego 2–6, 50-368 Wrocław

Skład, projekt graficzny i opracowanie typograficzne  
Monika Kołęda

Skład  
Adam Barg

Redakcja  
Bożena Zmitrowicz-Grobelna

Fotografie  
Zdjęcia na licencji CC0 pochodzą ze strony: <https://www.pexels.com/>

© Copyright by Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
Wrocław 2019