



**ROMÂNIA
JUDEȚUL NEAMȚ
CONSILIUL JUDEȚEAN
PREȘEDINTE**

Dispoziție

**pentru aprobarea Procedurii de sistem,
Acțiuni corective, Cod PS CJN 07 – 01, Ediția I, Revizia 1**

Ionel Arsene, președintele Consiliului Județean Neamț;

Având în vedere prevederile art.6, alin.(2), alin.(4) și alin.(5) din Ordinul Secretarului General al Guvernului nr. 600/2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice;

Văzând referatul nr. 28.143/2022 al Direcției de Management, precum și Hotărârea Comisiei de Monitorizare nr.3/2022 privind avizarea unor documente;

În temeiul dispozițiilor art.196 alin.(1) lit.,b” din Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 57/2019 privind Codul administrativ, cu modificările și completările ulterioare;

DISPUN:

Art.1: (1) Se aprobă Procedura de sistem **Acțiuni corective, Cod PS CJN 07 – 01, Ediția I, Revizia 1**, conform anexei care face parte integrantă din prezenta dispoziție.

(2) În mod corespunzător, pe data intrării în vigoare a prezentei dispoziții, se abrogă art.5 și anexa nr. 5 din Dispoziția președintelui Consiliului Județean Neamț nr.39/2020 privind aprobarea unor proceduri de sistem și operaționale.

Art.2: Secretarul general al județului va asigura comunicarea prezentei dispoziții persoanelor și autorităților interesate, prin intermediul Serviciului Gestionarea Documentelor, Evidența Lucrărilor Consiliului Județean și Publicarea Monitorului Oficial Local.

**PREȘEDINTE
Ionel ARSENE**

**CONTRASEMNEAZĂ:
p. SECRETARUL GENERAL AL JUDEȚULUI
ȘEF SERVICIU
Maria –Cătălina GRĂPINOIU**

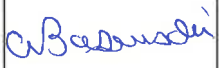
Anexa
la Dispoziția nr. 555 din 12.10.2022



PROCEDURA DE SISTEM ACȚIUNI CORECTIVE

Cod : PS CJN 07 - 01

Ediția I, Revizia 1
Octombrie 2022

Elemente privind responsabilii/operațiunea	Nume și prenume	Funcția	Semnătura
1	2	3	4
Avizat, Președinte al Comisiei de monitorizare	BRAȘOVEANU Sorin	Administrator public	
Verificat, Direcția de Management	VASILIU Veronica	Director executiv, Direcția de Management	
	BUZENSCHI Nicoleta	Șef serviciu, Serviciul Resurse Umane	
Elaborat, Expert îmbunătățire procese proiect ISPAM Consultant – contractat în cadrul proiectului ISPAM	HÂRLEA Alina-Mariana	Consilier, Compartiment Managementul Calității	
	S.C. QUALEX S.R.L.	Prestator servicii consultanță pentru pregătirea și implementarea sistemului de management anti-mită conform SR ISO 37001	Contract prestări servicii

CUPRINS



Numărul componentei în cadrul procedurii	Denumirea componentei din cadrul procedurii	Pagina
	Pagina de gardă	
0	Cuprins	2
1	Scop	3
2	Domeniul de aplicare	3
3	Documente de referință	3
4	Definiții și abrevieri	3
5	Descrierea activității sau procesului	5
6	Responsabilități	8
7	Formular evidență modificări procedură	10
8	Formular analiză procedură	11
9	Formular difuzare procedură	12
10	Anexe, înregistrări, arhivări	13
Anexa nr. 1	Diagrama de proces, Cod: F – PS CJN 07.01;	
Anexa nr. 2	Raport de acțiuni corective, Cod: F – PS CJN 07.02.	



1. SCOP

- Procedura stabilește modul de lucru și responsabilitățile privind stabilirea, inițierea, implementarea, urmărirea și evaluarea eficacității acțiunilor corective/preventive stabilite în urma analizei cauzelor care au generat/pot genera neconformități apărute/potențiale sau a altor posibile situații nedorite în scopul prevenirii reapariției/apariției de neconformități și/sau de a realiza îmbunătățirea continuă a SMC/SMAM.

2. DOMENIUL DE APLICARE

- Procedura se aplică în toate situațiile în care sunt identificate neconformități, în vederea eliminării cauzelor producerii acestora.
- Procedura se aplică în toate compartimentele implicate în realizarea serviciilor și în aplicarea prevederilor documentelor SMC/SMAM, de către personalul cu responsabilități pentru inițierea, analizarea, aprobarea, implementarea și urmărirea acțiunilor corective/preventive.

3. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ

- SR EN ISO 9001:2015 – Sisteme de management al calității. Cerințe;
- SR ISO 37001:2017- Sisteme de management anti-mită. Cerințe cu ghid de utilizare;
- Ordinul Secretarului General al Guvernului nr. 600/2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice;
- Manualul de Management al Calității, cod MMC CJN 01- 01;
- Manualul Sistemului de Management Anti-Mită, cod MSMAM CJN 01 - 01.

4. DEFINIȚII și ABREVIERI

4.1. Definiții

- Entitate publică** - Autoritate publică, instituție publică, companie/societate națională, regie autonomă, societate la care statul sau o unitate administrativ-teritorială este acționar majoritar, cu personalitate juridică, care utilizează/administrează fonduri publice și/sau patrimoniu public;
- Structură** - Direcție generală/direcție/serviciu/birou/compartiment cu coordonator;
- Conducătorul structurii** - Director general/director executiv/arhitect-șef/șef serviciu/șef birou;
- Procedură** - Prezentarea în scris a pașilor ce trebuie urmați, a metodelor de lucru stabilite și a regulilor de aplicat necesare îndeplinirii atribuțiilor și sarcinilor, având în vedere asumarea responsabilităților;
- Procedură de sistem** - Procedură care descrie o activitate sau un proces care se desfășoară la nivelul tuturor compartimentelor din cadrul entităților publice;
- Procedură operațională** - Procedură care descrie o activitate sau un proces care se desfășoară la nivelul unuia sau mai multor compartimente din cadrul entităților publice;



- **Audit** - Proces sistematic, independent și documentat în scopul obținerii de dovezi de audit și evaluarea lor cu obiectivitate pentru a determina măsura în care sunt îndeplinite criteriile de audit;
- **Program de audit** - Ansamblu de unu sau mai multe audituri planificate pe un anumit interval de timp și orientate spre un scop anume;
- **Criterii de audit** - Ansamblu de politici, proceduri sau cerințe utilizate ca referință;
- **Dovezi de audit** - Înregistrări, enunțarea faptelor sau alte informații care sunt relevante în raport cu criteriile de audit și verificabile;
- **Constatări ale auditului** - Rezultatele evaluării dovezilor de audit colectate în raport cu criteriile de audit;
- **Concluzii ale auditului** - Rezultatele unui audit furnizate de echipa de audit, după luarea în considerare a obiectivelor de audit și a tuturor constatărilor de audit;
- **Neconformitate** - Neîndeplinirea unei cerințe;
- **Acțiune corectivă** - Acțiune de eliminare a cauzei unei neconformități sau a altei situații nedorite detectate;
- **Acțiune preventivă** - Acțiune de eliminare a cauzei unei neconformități potențiale sau a altei situații nedorite potențiale;
- **Corecție** - Acțiune pentru a elimina o neconformitate constatată;
- **Specificație** - Document care stabilește cerințe.

4.2. Abrevieri

- **CJN** - Consiliul Județean Neamț;
- **CM** - Comisia de monitorizare, înființată conform Ordinului Secretarului General al Guvernului nr. 600/2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice, pentru coordonarea și îndrumarea metodologică a dezvoltării sistemului de control intern managerial la nivelul aparatului de specialitate al Consiliului Județean Neamț;
- **PS/PO** - Procedura formalizată de sistem/operațională;
- **MR** - Managementul riscurilor;
- **SCIM** - Sistem de control intern managerial;
- **SMC** - Sistem de management al calității;
- **SMAM** - Sistem de management anti-mită;
- **RM** - Reprezentantul managementului pentru calitate;
- **RMC** - Responsabil cu managementul calității;
- **RAC** - Raport de acțiuni corective;
- **NC** - Neconformitate;
- **AC/AP** - Acțiuni corective/acțiuni preventive.

Notă: Termenii și definițiile utilizate în procedură se regăsesc în Manualul de Management al Calității, cod MMC CJN 01-01, precum și în Standardul internațional SR EN ISO 9000:2015.

5. DESCRIEREA ACTIVITĂȚII SAU PROCESULUI

5.1. Generalități

5.1.1. Implementarea unui SMC/SMAM implică nu numai depistarea și tratarea neconformităților (corecțiile) ci și o analiză sistematică a acestora pentru a determina cauzele generatoare de neconformități apărute/potențiale, pentru a se identifica și implementa acțiunile corective și preventive ce se impun în scopul prevenirii reapariției/apariției acestora sau a altor posibile situații nedorite, dar și de a realiza îmbunătățirea continuă a SMC/SMAM.

5.1.2. Oricare ar fi metoda aplicată pentru îmbunătățirea continuă a SMC/SMAM implementat, procesul îmbunătățirii continue are la bază eliminarea cauzelor generatoare de neconformități apărute/potențiale și implică:

- *stabilire surse de îmbunătățire* – identificare problemă, selectare zonă îmbunătățire și motivare alegere;
- *situația curentă* – analiza datelor pentru stabilirea eficacității și eficienței proceselor existente, a tipurilor de problemă și frecvenței acestora, selectarea unei probleme și stabilirea unui program pentru îmbunătățire;
- *analiză* – identificarea și verificarea cauzei generatoare a problemei apărute;
- *identificare soluție posibilă* – selectarea și implementarea unei soluții, considerată cea mai bună;
- *evaluare efecte* – problema și cauzele apariției sunt eliminate, sau efectele au fost diminuate, deci soluția adoptată funcționează și obiectivul de îmbunătățire este îndeplinit;
- *implementare și oficializare a noii soluții* – vechiul proces este înlocuit cu procesul îmbunătățit, inclusiv prin difuzarea de documente modificate aprobate;
- *evaluare eficacitate și eficiență, proces care include acțiunea de îmbunătățire finalizată* – utilizarea soluțiilor și în alte structuri în cadrul instituției.

5.1.3. Acțiunile corective sunt inițiate în scopul eliminării cauzelor care generează neconformitățile apărute sau cele potențiale.

5.1.4. Identificarea și analizarea neconformităților apărute ale proceselor SMC/SMAM, inclusiv sesizările/reclamațiile cetățenilor sau ale altor părți interesate, crează posibilitatea formării bazei de date și experienței necesare pentru analizarea lor și stabilirea acțiunilor corective pentru eliminarea cauzelor unor neconformități apărute/potențiale.

5.1.5. Amploarea acțiunilor corective stabilite este determinată de importanța problemelor și este proporțională cu riscurile întâmpinate (impactul asupra calității serviciilor).

5.1.6. Acțiunile necesare a fi întreprinse pentru îndepărtarea cauzelor neconformităților apărute/potențiale referitoare la conformitatea proceselor, conformitatea cu cerințele legale și alte cerințe sau ale SMC/SMAM se identifică și se stabilesc de către Președintele CJN/conducătorii structurilor, în cadrul analizelor periodice de management.



- 5.1.7. Documentarea acțiunilor corective stabilite se realizează prin completarea și difuzarea unui „**Raport de acțiuni corective**” (RAC).
- 5.1.8. După ce s-au completat secțiunile raportului, originalul Raportului de acțiuni corective rămâne la emitent iar câte o copie se difuzează tuturor responsabililor implicați în aplicarea acțiunilor corective stabilite, precum și responsabilului cu managementul calității.
- 5.1.9. La termenele stabilite, conducătorul structurii implicate înregistrează în Raportul de acțiuni corective stadiul implementării corecțiilor și AC, iar responsabilul cu managementul calității verifică implementarea acțiunilor de către persoanele responsabile.
- 5.1.10. Pe baza exemplarelor Rapoartelor de acțiuni corective deținute, responsabilul cu managementul calității constituie și menține baza de date referitoare la istoricul neconformităților identificate și a acțiunilor corective inițiate.
- 5.1.11. Păstrarea și menținerea la zi a evidenței RAC este asigurată centralizat la nivelul CJN de către responsabilul cu managementul calității prin îndosariere.
- 5.1.12. Acțiunile corective precum și persoanele responsabile cu aplicarea lor sunt specificate în formularul *Raport de acțiuni corective*.
- 5.1.13. Toate acțiunile corective stabilite sunt documentate, implementate, monitorizate și sunt analizate periodic de conducerea instituției, în cadrul analizelor de management.
- 5.1.14. Modul în care sunt investigate și tratate neconformitățile identificate, precum și modul în care sunt stabilite și aplicate măsurile corective este specificat în procedura *Controlul neconformităților, cod PS CJN 08 – 01*.
- 5.1.15. Neconformitățile identificate asupra sistemului de management în urma auditurilor interne efectuate sunt tratate conform procedurii *Audit intern, cod PS CJN 06 – 01*.
- 5.1.16. În ceea ce privește tratarea petițiilor/reclamațiilor primite de la cetățeni sau orice alte părți interesate, persoana responsabilă, primește reclamațiile de la cetățean și le înregistrează în *Registrul petițiilor/reclamațiilor*, urmând a fi soluționate conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 27/2002 privind reglementarea activității de soluționare a petițiilor, cu modificările și completările ulterioare.

5.2. Acțiuni corective

- 5.2.1. Inițierea acțiunilor corective se poate efectua de către Președintele CJN/Președintele comisiei de monitorizare (RM) și conducătorii structurilor, în urma analizelor efectuate asupra:
- neconformităților sistematice, rapoartelor de audit intern/extern;
 - reclamațiilor cetățenilor;
 - procedurilor și proceselor susceptibile a crea neconformități;
 - evaluării satisfacției cetățenilor, a personalului și a celorlalte părți interesate;
 - solicitărilor responsabililor de procese de inițiere a unei acțiuni corective.



5.2.2. Principalele tipuri de acțiuni corective care se pot întreprinde în cadrul instituției (fără a fi limitative) sunt:

- analiza și optimizarea planificării realizării serviciilor și a verificărilor proceselor/serviciilor;
- instruirea suplimentară și supravegherea nemijlocită a personalului de execuție;
- asigurarea condițiilor de lucru adecvate și întreruperea activităților atunci când condițiile de mediu și de sănătate și securitate pot conduce la realizarea unor procese/activități neconforme;
- dotarea/ înlocuirea unor echipamente cu altele mai performante;
- documentarea/revizuirea documentării proceselor SMC cu impact asupra calității.

5.2.3. Neconformitățile referitoare la serviciile realizate sunt identificate prin sesizările/reclamațiile primite.

5.2.4. Persoana care inițiază acțiunea corectivă, completează secțiunea din RAC în care identifică și descrie neconformitatea și apoi îl înaintează compartimentului implicat în generarea neconformității identificate.

5.2.5. Responsabilul de proces implicat analizează cauzele apariției neconformității pe care le înscrie în *secțiunea aferentă din RAC*, completează *secțiunea* cu corecția/corecțiile și acțiunea corectivă propusă, cu termen și responsabilul pentru aplicare.

5.2.6. RAC cu propunerile de corecții și acțiuni corective se prezintă Președintelui Consiliului Județean Neamț pentru analiză și aprobare prin semnătura acestuia în *secțiunea aferentă* a RAC.

5.3. Verificarea acțiunilor corective

5.3.1. Urmărirea stadiului de implementare a acțiunilor corective se face de către responsabilul cu managementul calității.

5.3.2. Modul de implementare a acțiunilor corective este consemnat în *Raportul de acțiuni corective*.

5.3.3. Toate informațiile despre acțiunile corective aplicate precum și despre eficacitatea acestora sunt supuse analizelor efectuate periodic de către conducerea instituției.

5.4. Urmărirea implementării acțiunilor corective

5.4.1. La termenele stabilite, responsabilul de proces implicat înregistrează în Raportul de acțiuni corective stadiul implementării corecțiilor și AC și, dacă nu s-a efectuat aplicarea, stabilește și înscrie termenele reprogramate.

5.4.2. La expirarea termenului de soluționare, pe baza exemplarului de RAC deținut, coordonatorul structurii, verifică implementarea AC și prezintă Președintelui Consiliului Județean Neamț concluziile pentru a decide și specifică în RAC una din următoarele acțiuni:

- în cazul unui rezultat favorabil, acțiunea se declară închisă;
- în cazul rezolvării parțiale a corecțiilor și AC se poate prelungi termenul de soluționare, cu efectuarea unei noi verificări după expirarea termenului;



- în cazul în care corecțiile și acțiunile corective inițiate nu sunt rezolvate sau nu au rezultatul scontat se poate propune alt termen de soluționare sau alte acțiuni.
- 5.4.3. Când corecțiile și acțiunile corective implementate nu sunt eficace și se propun alte acțiuni, conducătorul structurii/responsabilul de proces poate iniția un nou Raport de acțiuni corective ale căror date de identificare le specifică în noul RAC și îl încheie pe cel vechi.
- 5.4.4. Acțiunea corectivă are ca scop și prevenirea apariției de neconformități de același tip/cu aceeași cauză și în alte zone ce îndeplinesc condiții asemănătoare.
- 5.4.5. Dacă prin acțiunile corective propuse, rezultă modificări permanente ale modului de desfășurare a unor activități, acestea se vor documenta în proceduri, instrucțiuni, regulamente revizuite conform procedurii privind controlul documentelor.
- 5.4.6. Responsabilul cu managementul calității asigură includerea în raportul pentru analiza de management a unei sinteze asupra acțiunilor corective stabilite, a stadiului implementării și a eficacității lor.
- 5.5. **Resurse necesare:**
 - 5.5.1. Resurse materiale
 - birouri și mobilier adecvat pentru personalul din cadrul compartimentelor;
 - mobilier pentru stocarea dosarelor;
 - PC cu acces la internet (pentru accesarea poștei electronice) și la rețeaua proprie a Consiliului Județean Neamț;
 - linie telefonică;
 - aparat fax;
 - copiator;
 - imprimantă;
 - rechizite specifice.
 - 5.5.2. Resurse umane
 - Personalul din cadrul aparatului de specialitate al Consiliului Județean Neamț;
 - Alte părți interesate.
 - 5.5.3. Resurse financiare
 - Conform Bugetului de venituri și cheltuieli aprobat al Consiliului Județean Neamț pentru anul în curs.

6. RESPONSABILITĂȚI

6.1. Președintele Consiliului Județean Consiliului Județean Neamț

- Aprobă acțiunile corective/preventive propuse și, atunci când consideră necesar, modifică măsurile/ termenele prevăzute;
- Analizează periodic informațiile referitoare la acțiunile corective implementate și eficacitatea lor, în ședințele pentru analiza de management;

- Analizează eventualele sesizări/reclamații și sugestii primite de la cetățeni și alte părți interesate și, dacă sunt justificate, aprobă acțiunile corective necesare prevenirii reapariției/apariției de NC sau a altor posibile situații nedorite.

6.2.Reprezentantul Managementului pentru Calitate

- Identifică necesitatea inițierii de acțiuni corective când constată oportunitatea lor sau ca urmare a auditurilor;
- Verifică rezultatul și eficacitatea implementării AC inițiate;
- Raportează Președintelui Consiliului Județean Neamț, prin informarea pentru analiza de management și la cerere, datele privind implementarea și eficacitatea acțiunilor corective ce au fost inițiate.

6.3.Conducătorii structurilor /responsabili de procese

- Colaborează la analiza neconformităților, identificarea necesității de acțiuni corective și fac propuneri de acțiuni la completarea RAC;
- Analizează AC și termenele propuse pentru implementare și dacă este cazul, propun modificarea sau completarea acestora;
- Asigură efectuarea la termenele stabilite a tuturor AC stabilite pentru a elimina cauzele generatoare de neconformități apărute/potențiale;
- Asigură inspectarea, verificarea procesului realizat în urma implementării AC în vederea confirmării eficacității acesteia;
- Inițiază acțiuni preventive și de reducere a consecințelor NC apărute/potențiale în zonele lor de responsabilitate și asigură implementarea acestora;
- Participă la analizele efectuate de management asupra situației neconformităților și a eventualelor sesizări/reclamații transmise de cetățeni și de alte părți interesate.

6.4.Responsabilul cu Managementul Calității

- Menține la zi situația AC inițiate, prin îndosariere;
- Aduce la cunoștința reprezentantului managementului și înregistrează rezultatul implementării AC inițiate;
- Constituie, menține și gestionează baza de date referitoare la istoricul neconformităților identificate și a acțiunilor AC inițiate;
- Întocmește informarea pentru analiza de management care include și datele privind implementarea AC inițiate, pe care o prezintă spre avizare Președintelui Comisiei de monitorizare (RM).



7. FORMULAR EVIDENȚĂ MODIFICĂRI PROCEDURĂ

[illegible]

ROMANIA

[illegible]



9. FORMULAR DIFUZARE PROCEDURĂ

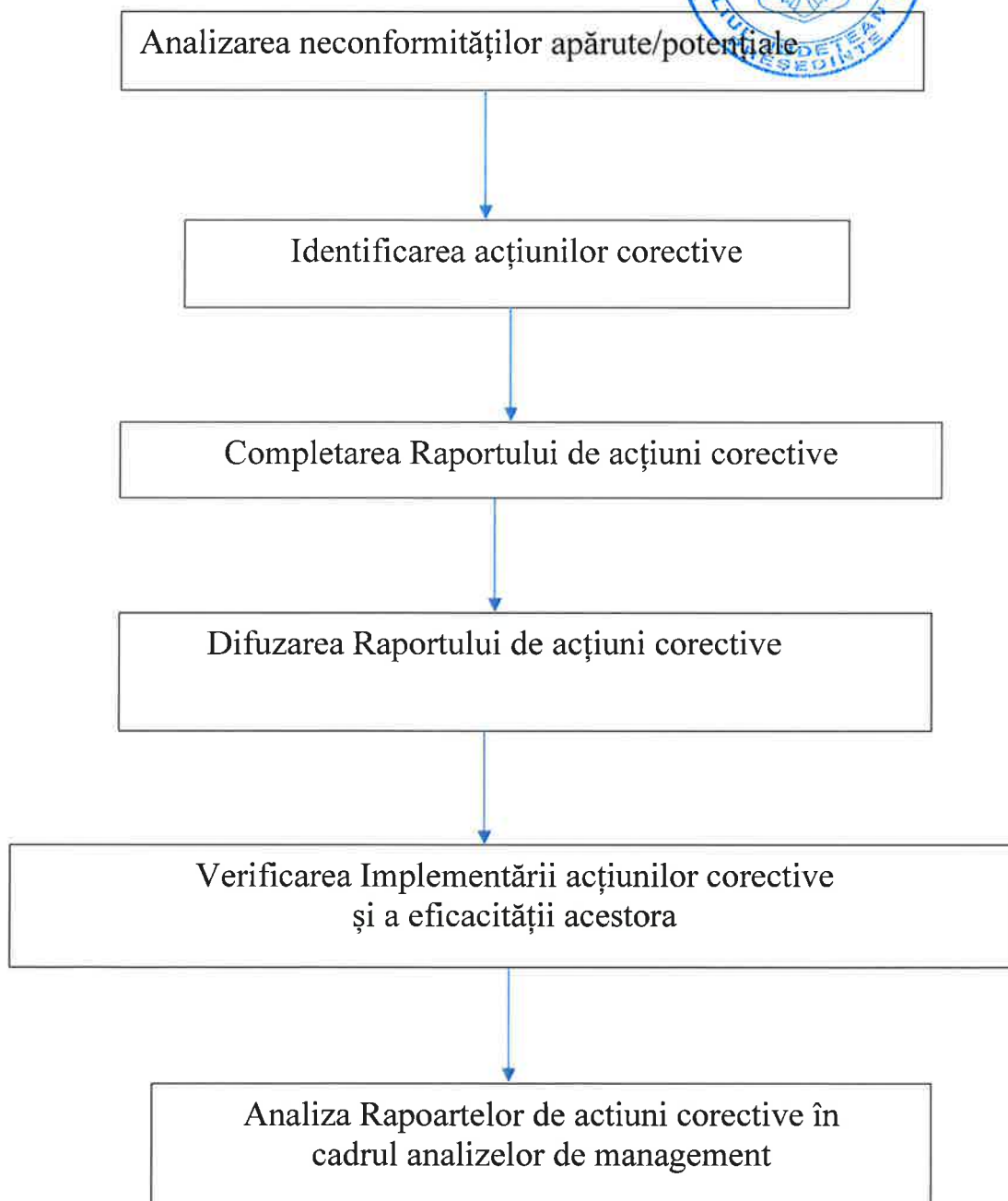
[illegible]

10. ANEXE, ÎNREGISTRĂRI, ARHIVĂRI

Formulare anexate:

- **Anexa nr. 1** – Diagrama de proces, Cod: F – PS CJN 07.01;
- **Anexa nr. 2** – Raport de acțiuni corective , Cod: F – PS CJN 07.02.

DIAGRAMA DE PROCES



RAPORT DE ACȚIUNI CORECTIVE



Președinte

Activitatea/Procesul:

Localizarea neconformității apărute/potențiale:

Descrierea neconformității apărute/potențiale:

Documente de referință:

Stabilit :

De către

Nume/prenume

Funcția

Semnătura

Nume/prenume

Funcția

Semnătura

Cauza:

Responsabil:

Nume/prenume

Funcția

Semnătura

Data:

Acțiuni corective/preventivă propusă:

Responsabil acțiune:

Semnătura:

Nume/prenume

Funcția

Semnătura

Nume/prenume

Funcția

Semnătura

Termen finalizare:

RAPORT DE ACȚIUNI CORECTIVE

Anexa nr. 2



Acțiunea corectivă a fost implementată corect:

A fost eficace: DA ☐

NU ☐

Data:

Semnătura :