

Procedura Działań Korygujących

PRZYKŁADOWY DOKUMENT ISO FORGE — DANE FIKCYJNE — dokument wygenerowany rzeczywistym generatorem ISOForge dla w pełni fikcyjnego, demonstracyjnego profilu „ISOForge Demo Produkcja” (norma: ISO 9001:2015). Nie jest to klient ISOForge. Dokument wymaga przeglądu i dostosowania do rzeczywistej organizacji przed użyciem.

Nr dokumentu: PR-008 **Norma:** ISO 9001:2015 pkt 10.2 **Wersja:** 1.0 **Data wydania:** 8.09.2026 **Właściciel:** Pełnomocnik ds. SZJ **Zatwierdził:** Zarząd **Klasyfikacja:** Wewnętrzny

UWAGA: Dokument został opracowany na podstawie najlepszych praktyk audytorów ISO oraz z wykorzystaniem technologii sztucznej inteligencji. Przed jego zastosowaniem należy zweryfikować poprawność treści, a w szczególności uzupełnić i zatwierdzić wszystkie wartości, daty oraz informacje oznaczone «nawiasami kątowymi».

1. CEL

Niniejsza procedura reguluje wymagania ISO 9001:2015 pkt 10.2 dotyczące działań korygujących w organizacji.

Celem jest zapewnienie skutecznego eliminowania przyczyn niezgodności wykrytych w procesach produkcyjnych, systemie zarządzania jakością oraz u klientów, tak aby niezgodności nie powtórzyły się w przyszłości. Procedura definiuje jednolity tryb rejestrowania, analizowania, wdrażania i weryfikacji działań korygujących w obu lokalizacjach organizacji (produkcyjnej i magazynowej).

2. ZAKRES

Procedura obejmuje wszystkie niezgodności wykryte w organizacji, w szczególności dotyczące:

- wyrobów metalowych (elementy obrabiane CNC, tłoczone, spawane),
- procesów produkcyjnych i magazynowych,
- funkcjonowania systemu zarządzania jakością,
- obsługi klientów i dostawców.

Dotyczy wszystkich pracowników organizacji, w tym personelu tymczasowego pracującego na terenie lokalizacji produkcyjnej i magazynowej.

Procedura nie obejmuje:

- bieżącego nadzoru nad wyrobem niezgodnym (reguluje PR-001 Procedura - Zarządzanie niezgodnościami),
- działań zapobiegawczych rozumianych jako odrębny proces (wymagania pkt 10.2 realizowane są przez analizę ryzyk – PR-004 Procedura - Ryzyko i szanse).

3. DEFINICJE I SKRÓTY

Termin / Skróć	Definicja
Działanie korygujące	Działanie podjęte w celu wyeliminowania przyczyny niezgodności i zapobieżenia jej ponownemu wystąpieniu
Działanie nadzorujące	Działanie natychmiastowe mające na celu ograniczenie skutków niezgodności (np. wstrzymanie partii, segregacja, zwrot od klienta)
Niezgodność	Niespełnienie wymagania (normatywnego, klienta, wewnętrznego, prawnego)
NZG	Numer niezgodności w formacie «NZG/MM/RRRR/XXX»
5Why	Metoda analizy przyczyn polegająca na sekwencyjnym zadawaniu pytania "dlaczego"
Diagram Ishikawy	Narzędzie analizy przyczyn (rybia ość) grupujące przyczyny w kategorie: człowiek, maszyna, metoda, materiał, środowisko, zarządzanie
RCA	Root Cause Analysis – analiza przyczyn źródłowych
CAPA	Corrective Action Preventive Action – działania korygujące i zapobiegawcze
SZJ	System Zarządzania Jakością
Pełnomocnik ds. SZJ	Osoba odpowiedzialna za nadzór nad systemem zarządzania jakością, w tym nad procesem działań korygujących
Właściciel procesu	Osoba zarządzająca procesem, w którym wystąpiła niezgodność

4. ODPOWIEDZIALNOŚCI

Stanowisko / Dział	Zakres odpowiedzialności
Pełnomocnik ds. SZJ	Nadzór nad całym procesem działań korygujących, rejestracja niezgodności, przydział działań, weryfikacja skuteczności, raportowanie do przeglądu zarządzania
Właściciel procesu	Analiza przyczyn niezgodności, opracowanie i wdrożenie działań korygujących, raportowanie postępów
Kierownik produkcji	Identyfikacja i zgłaszanie niezgodności produkcyjnych, udział w analizie przyczyn, wdrażanie działań na hali produkcyjnej
Kierownik magazynu	Identyfikacja i zgłaszanie niezgodności magazynowych, udział w analizie przyczyn, wdrażanie działań w magazynie
Specjalista ds. jakości	Wsparcie merytoryczne w analizie przyczyn, prowadzenie pomiarów i weryfikacji skuteczności, dokumentowanie dowodów
Każdy pracownik	Obowiązek zgłaszania niezgodności i propozycji działań korygujących do Pełnomocnika ds. SZJ lub bezpośredniego przełożonego

5. OPIS POSTĘPOWANIA

5.1 Identyfikacja i rejestracja niezgodności wymagającej działania korygującego

5.1.1. Zidentyfikuj niezgodność na podstawie jednego z poniższych źródeł:

- audyty wewnętrzne (PR-002 Procedura - Audyty wewnętrzne),
- audyty zewnętrzne (certyfikacyjne, nadzorcze, klienta),
- reklamacje klientów (PR-007 Procedura - Reklamacje klientów),
- niezgodności produktowe wykryte podczas kontroli lub badań,
- wyniki monitorowania i pomiarów procesów,
- przegląd zarządzania (PR-003 Procedura - Przegląd zarządzania),
- analiza ryzyk i szans (PR-004 Procedura - Ryzyko i szanse),
- incydenty wewnętrzne (np. pomyłki operatorskie, awarie maszyn, błędy dokumentacyjne),
- skargi pracowników lub interesariuszy,
- analiza danych o dostawcach (PR-006 Procedura - Zarządzanie dostawcami).

5.1.2. Oceń, czy niezgodność wymaga uruchomienia formalnego działania korygującego. Kryteria kwalifikacji:

- niezgodność powtórzyła się co najmniej «2» (typowo 2-3) razy w okresie «3 miesięcy» (standardowo 3-6 miesięcy),
- niezgodność ma wpływ na bezpieczeństwo lub zgodność prawną wyrobu,
- reklamacja klienta o wartości «10 000 zł» (zależy od skali organizacji) lub więcej,
- niezgodność systemowa wykryta podczas audytu (zapisana w raporcie jako obserwacja lub niezgodność),
- decyzja Pełnomocnika ds. SZJ o konieczności uruchomienia działań korygujących.

5.1.3. Zarejestruj niezgodność w Rejestrze CAPA (RJ-001 Rejestr CAPA - Działania korygujące), nadając jej numer w formacie «NZG/MM/RRRR/XXX» (np. «NZG/06/2026/001»). W rejestrze odnotuj:

- datę zgłoszenia,
- źródło niezgodności,
- opis niezgodności,
- lokalizację (produkcyjna lub magazynowa),
- proces, w którym wystąpiła,
- osobę zgłaszającą (stanowisko).

5.1.4. Przeprowadź wstępną ocenę niezgodności w ciągu «3 dni roboczych» (typowo 2-5 dni) od zgłoszenia. Określ:

- zakres wpływu (partie wyrobów, procesy, klienci),
- pilność podjęcia działań nadzorujących,
- potencjalne konsekwencje finansowe i wizerunkowe.

5.1.5. Zatwierdź rejestrację niezgodności przez Pełnomocnika ds. SZJ. W przypadku niezgodności o wysokim wpływie (powyżej «50 000 zł» (zależy od skali organizacji) lub zagrożenie bezpieczeństwa) poinformuj Zarząd w trybie natychmiastowym.

5.2 Działania nadzorujące i korygujące (pkt 10.2.1 a)

5.2.1. Podejmij natychmiastowe działania nadzorujące mające na celu ograniczenie skutków niezgodności.

Przykłady działań:

- wstrzymanie partii wyrobów niezgodnych (blokada w systemie ERP),
- segregacja wyrobów niezgodnych w strefie oznakowanej "DO DECYZJI",
- zwrot lub wymiana wyrobu u klienta,
- wstrzymanie pracy maszyny lub procesu,
- dodatkowa kontrola 100% partii,
- powiadomienie klienta o potencjalnym ryzyku.

5.2.2. Przypisz właściciela procesu odpowiedzialnego za poprowadzenie sprawy. Właściciel procesu odpowiada za koordynację analizy i wdrożenie działań w wyznaczonym terminie.

5.2.3. Postępuj z konsekwencjami niezgodności zgodnie z PR-001 Procedura - Zarządzanie niezgodnościami.

Dokumentuj działania nadzorujące w rejestrze RJ-001 Rejestr CAPA - Działania korygujące, wskazując:

- datę podjęcia,
- zakres działań,
- odpowiedzialnego za wykonanie,
- potwierdzenie wykonania.

5.2.4. Oceń, czy działania nadzorujące były skuteczne w ograniczeniu skutków. Jeśli nie – podejmij dodatkowe działania nadzorujące lub rozszerz ich zakres.

5.2.5. Przekaż informację o niezgodności i podjętych działaniach nadzorujących do Pełnomocnika ds. SZJ w ciągu «2 dni roboczych» (typowo 1-3 dni) od ich zakończenia.

5.3 Analiza przyczyn źródłowych (pkt 10.2.1 b)

5.3.1. Zorganizuj spotkanie zespołu analitycznego w ciągu «7 dni roboczych» (typowo 5-10 dni) od rejestracji niezgodności. W skład zespołu wchodzi:

- właściciel procesu (przewodniczący),
- specjalista ds. jakości,
- pracownik operacyjny z obszaru wystąpienia niezgodności,
- przedstawiciel utrzymania ruchu (jeśli niezgodność dotyczy maszyn),
- inne osoby wskazane przez Pełnomocnika ds. SZJ.

5.3.2. Przeprowadź analizę przyczyn źródłowych z wykorzystaniem metody 5Why. Przykład dla branży (niezgodność: pęknięcia spoin w elementach stalowych):

- Dlaczego wystąpiły pęknięcia spoin? – Bo parametry spawania odbiegały od specyfikacji WPS.
- Dlaczego parametry odbiegały? – Bo spawacz zmienił ustawienia bez autoryzacji.
- Dlaczego zmienił ustawienia? – Bo nie miał aktualnej instrukcji spawania na stanowisku.
- Dlaczego nie miał instrukcji? – Bo instrukcja nie została zaktualizowana po zmianie normy.
- Dlaczego nie zaktualizowano instrukcji? – Bo brak nadzoru nad aktualizacją dokumentacji technologicznej.

5.3.3. Dla niezgodności złożonych (dotyczących wielu obszarów lub procesów) zastosuj diagram Ishikawy. Zidentyfikuj przyczyny w kategoriach:

- człowiek (kompetencje, szkolenia, motywacja),
- maszyna (awarie, zużycie, kalibracja),
- metoda (instrukcje, procedury, parametry),
- materiał (jakość wsadu, certyfikaty, dostawcy),
- środowisko (temperatura, wilgotność, oświetlenie),
- zarządzanie (nadzór, komunikacja, zasoby).

5.3.4. Zweryfikuj zidentyfikowane przyczyny źródłowe danymi obiektywnymi (pomiar, zapisy, obserwacje). Rozróżnij:

- przyczyny bezpośrednie (np. błędna nastawa maszyny),
- przyczyny źródłowe systemowe (np. brak procedury zmiany nastaw).

5.3.5. Udokumentuj wyniki analizy w rejestrze RJ-001 Rejestr CAPA - Działania korygujące, wskazując zastosowane narzędzie (5Why lub Ishikawa), zidentyfikowane przyczyny oraz uzasadnienie wyboru przyczyn źródłowych.

5.4 Planowanie i wdrażanie działań korygujących (pkt 10.2.1 c)

5.4.1. Opracuj plan działań korygujących dla każdej zidentyfikowanej przyczyny źródłowej. Plan musi zawierać:

- opis działania,
- osobę odpowiedzialną za wdrożenie,
- termin realizacji,
- zasoby niezbędne do realizacji,
- sposób weryfikacji skuteczności.

5.4.2. Uwzględnij w planie działania eliminujące przyczyny, takie jak:

- aktualizacja instrukcji stanowiskowych i technologicznych,
- dodatkowe szkolenia pracowników,
- modyfikacja parametrów procesu,
- zmiana narzędzi lub oprzyrządowania,
- zmiana dostawcy materiałów,
- modyfikacja systemu nadzoru i kontroli,
- aktualizacja planów kontroli.

5.4.3. Zatwierdź plan działań przez Pełnomocnika ds. SZJ. W przypadku działań wymagających nakładów powyżej «20 000 zł» (zależy od skali organizacji) lub zmian organizacyjnych – wymagana jest dodatkowa akceptacja Zarządu.

5.4.4. Wdróż działania korygujące w ustalonych terminach. Osoba odpowiedzialna za wdrożenie raportuje postępy do właściciela procesu co «7 dni» (typowo 7-14 dni) lub w terminach określonych w planie.

5.4.5. W przypadku opóźnień w realizacji działań, właściciel procesu niezwłocznie informuje Pełnomocnika ds. SZJ. Pełnomocnik ds. SZJ podejmuje decyzję o:

- wyznaczeniu nowego terminu z uzasadnieniem,
- przydzieleniu dodatkowych zasobów,
- eskalacji do Zarządu.

5.4.6. Dokumentuj wykonanie każdego działania w rejestrze RJ-001 Rejestr CAPA - Działania korygujące, podając datę realizacji i dowody wdrożenia (np. zdjęcia, raporty, listy obecności).

5.5 Przegląd skuteczności działań korygujących (pkt 10.2.1 d)

5.5.1. Przeprowadź weryfikację skuteczności wdrożonych działań w terminie «30 dni» (typowo 30-90 dni) od zakończenia wdrożenia wszystkich działań zaplanowanych dla danej niezgodności.

5.5.2. Zweryfikuj skuteczność przez:

- analizę danych z monitorowania procesu (wskaźniki przed i po wdrożeniu),
- dodatkowy audyt celowy obszaru objętego niezgodnością,
- obserwację pracy na stanowisku,
- wywiad z pracownikami,
- analizę reklamacji i skarg w okresie po wdrożeniu.

5.5.3. Oceń, czy niezgodność nie powtórzyła się w okresie weryfikacji. Sprawdź również, czy nie wystąpiła w innym miejscu (druga lokalizacja, inna linia produkcyjna, inny proces).

5.5.4. Przygotuj raport z weryfikacji skuteczności zawierający:

- opis wykonanych czynności weryfikacyjnych,
- wyniki pomiarów i obserwacji,
- ocenę skuteczności (skuteczne / nieskuteczne),
- wnioski i rekomendacje.

5.5.5. Jeśli działania okazały się nieskuteczne – ponów analizę przyczyn (pkt 5.3) i opracuj nowy plan działań w ciągu «14 dni» (typowo 7-21 dni) od stwierdzenia nieskuteczności.

5.5.6. Jeśli działania okazały się skuteczne – zamknij niezgodność w rejestrze RJ-001 Rejestr CAPA - Działania korygujące, wpisując datę zamknięcia i podpis Pełnomocnika ds. SZJ.

5.6 Aktualizacja ryzyk, szans i systemu zarządzania jakością (pkt 10.2.1 e, f)

5.6.1. Oceń, czy zidentyfikowane przyczyny źródłowe wskazują na nowe ryzyka lub szanse, które nie zostały uwzględnione podczas planowania (pkt 6.1 normy). Jeśli tak – zaktualizuj rejestr ryzyk zgodnie z PR-004 Procedura - Ryzyko i szanse.

5.6.2. Zaktualizuj analizę kontekstu organizacji (AK-001 Analiza kontekstu organizacji), jeśli niezgodność wynikała ze zmian w otoczeniu organizacji (np. nowe wymagania prawne, zmiana oczekiwań klientów).

5.6.3. Oceń potrzebę zmian w SZJ, w tym:

- aktualizację polityk i procedur,
- zmiany w strukturze organizacyjnej,
- zmiany w przydziale odpowiedzialności,
- modyfikację celów jakości (PR-009 Procedura - Zarządzanie Celami Jakości),

- zmiany w procesach i ich interakcjach.

5.6.4. Wprowadź zmiany w SZJ zgodnie z PR-005 Procedura - Zarządzanie dokumentacją. Każda zmiana dokumentu systemowego wymaga zatwierdzenia zgodnie z nadanymi uprawnieniami.

5.6.5. Zaplanuj i przeprowadź komunikację zmian do pracowników, których dotyczą. Udokumentuj przeprowadzone szkolenia i briefowania.

5.6.6. Przekaż informację o zmianach w SZJ do przeglądu zarządzania (PR-003 Procedura - Przegląd zarządzania) jako dane wejściowe.

5.7 Dokumentowanie działań korygujących (pkt 10.2.2)

5.7.1. Prowadź rejestr RJ-001 Rejestr CAPA - Działania korygujące, stanowiący udokumentowaną informację o wszystkich działaniach korygujących w organizacji. Rejestr prowadzony jest w formie elektronicznej (arkusz Excel lub moduł ERP) i zawiera:

- numer niezgodności w formacie «NZG/MM/RRRR/XXX»,
- datę zgłoszenia,
- źródło niezgodności,
- opis niezgodności,
- lokalizację,
- podjęte działania nadzorujące,
- wyniki analizy przyczyn,
- plan działań korygujących,
- wyniki weryfikacji skuteczności,
- datę zamknięcia.

5.7.2. Gromadź udokumentowane informacje jako dowód:

- charakteru niezgodności (zdjęcia, raporty z kontroli, protokoły badań, reklamacje klientów),
- podjętych działań (plany, notatki, raporty, korespondencja),
- wyników działań korygujących (raporty z weryfikacji, wyniki pomiarów).

5.7.3. Przechowuj dokumentację działań korygujących zgodnie z sekcją 7 ZAPISY. Zapewnij czytelność i dostępność dokumentacji dla stron zainteresowanych (audytorzy, klienci, Pełnomocnik ds. SZJ).

5.7.4. Przedstawiaj raport o działaniach korygujących na przeglądzie zarządzania (PR-003 Procedura - Przegląd zarządzania) jako dane wejściowe. Raport obejmuje:

- liczbę otwartych i zamkniętych działań w okresie,
- skuteczność wdrożonych działań (wskaźnik),
- powtarzające się niezgodności,
- wnioski systemowe.

5.7.5. Analizuj trendy w działaniach korygujących co «kwartał» (min. 1x/rok) w celu identyfikacji obszarów wymagających doskonalenia. Wyniki analizy przekaz do przeglądu zarządzania.

6. DOKUMENTY POWIĄZANE

- PJ-001 Polityka Jakości
- PR-001 Procedura - Zarządzanie niezgodnościami
- PR-002 Procedura - Audyty wewnętrzne
- PR-003 Procedura - Przegląd zarządzania
- PR-004 Procedura - Ryzyko i szanse
- PR-005 Procedura - Zarządzanie dokumentacją
- PR-006 Procedura - Zarządzanie dostawcami
- PR-007 Procedura - Reklamacje klientów
- PR-009 Procedura - Zarządzanie Celami Jakości
- AK-001 Analiza kontekstu organizacji
- RJ-001 Rejestr CAPA - Działania korygujące

7. ZAPISY

Zapis	Odpowiedzialny	Miejsce przechowywania	Czas archiwizacji
Rejestr CAPA (RJ-001)	Pełnomocnik ds. SZJ	Dysk sieciowy / system ERP	5 lat
Raporty z analizy przyczyn (5Why, Ishikawa)	Właściciel procesu	Dokumentacja jakościowa	5 lat
Plany działań korygujących	Właściciel procesu	Dokumentacja jakościowa	5 lat
Raporty z weryfikacji skuteczności	Pełnomocnik ds. SZJ	Dokumentacja jakościowa	5 lat
Dowody wdrożenia działań (zdjęcia, raporty)	Właściciel procesu	Dokumentacja jakościowa	5 lat
Raporty o działaniach korygujących na przegląd zarządzania	Pełnomocnik ds. SZJ	Dokumentacja przeglądów	5 lat

8. WARTOŚCI DO UZUPEŁNIENIA

Oznaczenie	Opis	Typowy zakres	Jak wyznaczyć
«2»	Minimalna liczba powtórzeń niezgodności kwalifikująca do działań korygujących	2-3	Na podstawie analizy historycznych danych o niezgodnościach

Oznaczenie	Opis	Typowy zakres	Jak wyznaczyć
«3 miesiące»	Okres analizy powtarzalności niezgodności	3-6 miesięcy	Dostosuj do cyklu produkcyjnego i częstotliwości występowania niezgodności
«10 000 zł»	Próg wartości reklamacji kwalifikującej do działań korygujących	Zależy od skali organizacji	Ustal na podstawie analizy kosztów jakości
«NZG/MM/RRRR/XXX»	Format numeracji niezgodności	Format stały	Zastosuj format: NZG/miesiąc/rok/numer sekwencyjny
«NZG/06/2026/001»	Przykładowy numer niezgodności	Dowolny	Wstaw numer zgodny z formatem
«3 dni roboczych»	Czas na wstępną ocenę niezgodności	2-5 dni	Ustal w zależności od dostępności Pełnomocnika ds. SZJ
«50 000 zł»	Próg wysokiego wpływu niezgodności wymagający informowania Zarządu	Zależy od skali organizacji	Ustal na podstawie budżetu i tolerancji ryzyka
«2 dni roboczych»	Czas na przekazanie informacji o działaniach nadzorujących	1-3 dni	Dostosuj do wewnętrznego obiegu informacji
«7 dni roboczych»	Czas na organizację spotkania zespołu analitycznego	5-10 dni	Uwzględnij dostępność kluczowych pracowników
«20 000 zł»	Próg nakładów na działania wymagający akceptacji Zarządu	Zależy od skali organizacji	Ustal na podstawie limitów decyzyjnych w organizacji
«7 dni»	Częstotliwość raportowania postępów wdrażania działań	7-14 dni	Dostosuj do długości realizacji działań
«30 dni»	Czas na weryfikację skuteczności działań po wdrożeniu	30-90 dni	Uwzględnij cykl produkcyjny i możliwość zaobserwowania powtórzenia
«14 dni»	Czas na ponowną analizę przyczyn w przypadku nieskuteczności	7-21 dni	Ustal w zależności od złożoności problemu
«kwartał»	Częstotliwość analizy trendów w działaniach korygujących	Min. 1x/rok	Dostosuj do cyklu przeglądu zarządzania

9. HISTORIA ZMIAN

Nr wersji	Data	Opis zmian	Autor	Zatwierdził
1.0	8.09.2026	Wydanie pierwsze	Pełnomocnik ds. SZJ	Zarząd

Dokument demonstracyjny ISO Forge (isoforge.pl), wygenerowany na fikcyjnym profilu wyłącznie w celach poglądowych. Nie zawiera danych żadnego klienta ISO Forge. Wymaga weryfikacji merytorycznej i dostosowania przed wdrożeniem. Nie stanowi porady prawnej, nie gwarantuje zgodności z normą ani pozytywnego wyniku audytu certyfikacyjnego.

KŁADOWY DOKUMENT — DANE FIKC