



RAPORT Z AUDITU

SYSTEMU ZARZĄDZANIA

A. Wprowadzenie

Wszelkie informacje oraz dane zebrane podczas auditu są traktowane jako poufne przez wszystkich członków zespołu auditującego PCBC S.A. i posłużą wyłącznie do realizacji przez PCBC S.A. czynności objętych zakresem umowy. Raport jest własnością PCBC S.A. Rozpowszechnianie raportu przez auditowany podmiot – bez ograniczeń ale zawsze w całości.

1. Identyfikacja Organizacji objętej auditem

Nazwa Organizacji zgodnie z KRS / dokumentem rejestrowym/:

Środowiskowy Dom Samopomocy „Promyczek”

Adres rejestrowy siedziby / centrali:

ul. Piotra Skargi 11, 47-224 Kędzierzyn-Koźle

Nr Umowy: 2131/JB/5/2020

Data auditu: 01-02.02.2022

2. Rodzaj i cel auditu:

Audit nadzoru II (audit w pełni zdalny)

Ocena funkcjonowania wdrożonego systemu zarządzania klienta pod kątem stałego spełnienia wymagań określonych w kryteriach auditu.

3. Kryteria auditu:

Norma/-y, wymagania: PN-EN ISO 9001:2015-10, PN- ISO 45001:2018-06

Umowa z Organizacją (określona w punkcie A.1.)

Zdefiniowane procesy oraz dokumentacja systemu zarządzania Organizacji aktualna na dzień auditu.

4. Zespół auditujący i osoby towarzyszące (imię i nazwisko)

Auditor Wiodący (AW): Marian Kania

B. Zakres certyfikacji

Zgodny z zakresem dotychczasowym, obejmujący:

Prowadzenie działalności związanej z kompleksową i leczniczą rehabilitacją uczestników.

C. Ustalenia i wnioski z auditu

1. Proces oceny

Audit przeprowadzono zgodnie z procedurami PCBC. W trakcie auditu sprawdzono praktyczne funkcjonowanie systemu zarządzania Organizacji. Podczas auditu kompetentne osoby przedstawiły swoje zakresy działania na podstawie przykładów z codziennej praktyki. Metodyka auditu obejmowała wywiady, obserwacje działań oraz

PCBC S.A.	RAPORT Z AUDITU SYSTEMU ZARZĄDZANIA		Arkusze 4
FBC 19	zał. do PBC 01	wydanie 16	strona 2 z 7
NR UMOWY: 2131/JB/5/2020		TERMIN AUDITU: 01-02.02.2022	

przegląd udokumentowanych informacji. Ilość wybranych obszarów była reprezentatywną próbką dla auditowanej Organizacji. W trakcie auditu zebrano obiektywne dowody pozwalając na wiarygodną ocenę ujętych w planie elementów systemu zarządzania.

2. Zdefiniowane spostrzeżenia / niezgodności

Zdefiniowane	Liczba niezgodności/spostrzeżeń		Karty niezgodności nr kolejny karty (wpisać ND – jak nie dotyczy)
Nie zgodności	Małe	0	ND
	Duże	0	ND
	Krytyczne*	ND	ND
Spostrzeżenia	0		ND

* dotyczy wyłącznie FSSC

3. Wyniki poprzedniego auditu (data poprzedniego auditu: 22-23.01.2021)

Wyniki ostatniego auditu zostały poddane przeglądowi, w celu zapewnienia wdrożenia odpowiednich działań korygujących i doskonalących w odniesieniu do zidentyfikowanych niezgodności/spostrzeżeń. Stwierdzono, że:		Numery NZG/SA z poprzedniej oceny, których dotyczy opis	
1	Wszystkie niezgodności i/lub spostrzeżenia zidentyfikowane podczas poprzedniej oceny zostały uwzględnione, a wprowadzone korekcyjne i/lub działania korygujące są skuteczne wdrożone.	ND	
2	Niezgodności zidentyfikowane podczas poprzedniej oceny nie zostały w dostateczny sposób skorygowane, i są elementy wymagające dalszego doskonalenia zidentyfikowane w niniejszym raporcie. Numery Kart niezgodności z bieżącej oceny:	ND	ND
3	Działania podjęte dla spostrzeżeń zidentyfikowanych podczas poprzedniej oceny nie są wystarczające i są elementy wymagające dalszego doskonalenia zidentyfikowane w niniejszym raporcie . Numery spostrzeżeń /Kart niezgodności z bieżącej oceny:	ND	ND

* wpisać TAK lub NIE lub ND, w przypadku auditu początkowej certyfikacji ND

4. Rekomendacje zespołu auditorów:

w wyniku auditu NADZORU zespół auditorów wnioskuje o:

- utrzymanie ważności certyfikatów

D. Ocena zgodności

Wymagania standardów o strukturze HLS:

PN-EN ISO 9001:2015-10; PN-ISO 45001:2018-06;

4 Kontekst organizacji - HLS

Organizacja Środowiskowy Dom Samopomocy „Promyczek” określiła czynniki zewnętrzne i wewnętrzne istotne dla celów i prowadzonej działalności oraz istotne strony zainteresowane (interesariuszy) wraz z ich oczekiwaniami i wymaganiami. Aktualność kontekstu i stron zainteresowanych jest poddawana dorocznym przeglądom. Bardzo dokładnie zidentyfikowano czynniki kontekstu związane z bezpieczeństwem i higieną pracy. Zakres zintegrowanego systemu zarządzania przedstawiono w formie udokumentowanej w Księdze ZSZ i obejmuje on: „Prowadzenie działalności związanej z kompleksową i leczniczą rehabilitacją uczestników”.

PCBC S.A.	RAPORT Z AUDITU SYSTEMU ZARZĄDZANIA		Arkusze 4
FBC 19	zał. do PBC 01	wydanie 16	strona 3 z 7
NR UMOWY: 2131/JB/5/2020		TERMIN AUDITU: 01-02.02.2022	

Ustanowiony ZSZ jest zgodny z wymaganiami norm odniesienia, utrzymywany i ciągle doskonalony. Określone zostały procesy potrzebne w systemie zarządzania z uwzględnieniem ryzyk i szans, co przedstawiono w aktualnej mapie procesów oraz wykazie procesów. Nadzór nad procesami prowadzony jest zgodnie z przyjętymi ustaleniami opisanymi w kartach procesu, przechowywane są udokumentowane informacje z wynikami tego nadzoru.

Pozytywy: ND

Niezgodności (treść i numer karty): ND

Spostrzeżenia (treść i numer): ND

5 Przywództwo - HLS

Dyrektor Środowiskowego Domu Samopomocy „Promyczek” wykazuje przywództwo i pełne zaangażowanie w odniesieniu do systemu zarządzania w tym jego utrzymywania i doskonalenia. Udokumentowana Polityka ZSZ jest aktualna oraz odpowiednia do prowadzonej działalności i do kontekstu organizacji. Polityka jest przedstawiona w księdze ZSZ i jest znana pracownikom oraz realizowana w codziennej praktyce. Odpowiedzialności i uprawnienia osób pełniących istotne role w systemie zarządzania zostały określone i zakomunikowane poprzez udokumentowane informacje.

Pozytywy: Konsekwentna i skuteczna realizacja celów mimo utrudnień wynikających ze zmieniających się czynników kontekstu wewnętrznego i zewnętrznego w tym zagrożenia epidemiologicznego COVID-19. [Proces: Planowanie działalności statutowej - Dyrektor].

Niezgodności (treść i numer karty): ND

Spostrzeżenia (treść i numer): ND

6 Planowanie - HLS

Organizacja planuje zintegrowany system zarządzania z uwzględnieniem kontekstu, ryzyk i szans oraz wymagań prawnych związanych z jej działalnością zewnętrzną i wewnętrzną. Ryzyka i szanse są okresowo przeglądane i podejmuje się adekwatne działania minimalizujące potencjalne skutki ryzyk oraz pozwalające na osiągnięcie zamierzonych efektów z szans. W Środowiskowym Domu Samopomocy „Promyczek” funkcjonuje skutecznie procedura w zakresie zarządzania ryzykiem. Cele jakościowe oraz bhp są planowane w oparciu o założenia polityki ZSZ i są z nią całkowicie spójne. Cele są mierzalne w pełnym zakresie a zasoby do ich realizacji zapewnione oraz określone są sposoby ich osiągnięcia. Istnieje pełna identyfikacja wymagań uczestników i zagrożeń stanowiskowych mających związek z działalnością organizacji na terenie siedziby w Kędzierzynie-Koźlu. Zmiany w systemie zarządzania są prowadzone w sposób planowy z uprzednim przeglądem aktualności istniejących rozwiązań. W planowaniu systemu uwzględniono działania związane z zagrożeniami COVID-19 co pozwoliło uchronić pracowników i uczestników przed zakażeniami. W działalności Organizacji uwzględnia się w pełni wymagania prawne dotyczące organizacji.

Pozytywy: ND

Niezgodności (treść i numer karty): ND

Spostrzeżenia (treść i numer): ND

7 Wsparcie - HLS

PCBC S.A.	RAPORT Z AUDITU SYSTEMU ZARZĄDZANIA		Arkusz 4
FBC 19	zał. do PBC 01	wydanie 16	strona 4 z 7
NR UMOWY: 2131/JB/5/2020		TERMIN AUDITU: 01-02.02.2022	

Dyrektor Środowiskowego Domu Samopomocy „Promyczek” zapewnia zasoby ludzkie i materialne do realizacji procesów systemu zarządzania uwzględniając uwarunkowania wewnętrzne oraz możliwości pozyskania zasobów z zewnątrz. Personel posiada wymagane kompetencje do wykonywania prac na swoich stanowiskach np. potwierdzone stosownymi świadectwami kwalifikacji. Kompetencje są systematycznie doskonalone poprzez okresowe szkolenia a świadomość znaczenia wymagań i oczekiwań klientów oraz wymogów bhp rozwijana poprzez komunikowanie ich znaczenia pracownikom przez Kierownictwo. Działania te pozwalają na optymalne zarządzanie wiedzą posiadaną przez personel. Infrastruktura oraz sprzęt do rehabilitacji i zajęć z uczestnikami są nadzorowane w sposób planowy gwarantujący utrzymanie ich sprawności technicznej oraz bezpieczeństwo użytkowania. Środowisko w gabinetach i salach zajęć jest utrzymywane w sposób prawidłowy pozwalający na spełnianie wymaganych warunków bezpiecznej i higienicznej pracy. Komunikacja w organizacji i z podmiotami zewnętrznymi jest skuteczna. Udokumentowane informacje funkcjonujące w ZSZ są objęte systemowym nadzorem przez Właścicieli procesów i Pełnomocnika ds. ZSZ w sposób zapewniający ich aktualność.

Pozytywy: ND

Niezgodności (treść i numer karty): ND

Spostrzeżenia (treść i numer): ND

8 Działania operacyjne - HLS

Planowanie działań operacyjnych obejmuje określenie wymagań dla zabiegów rehabilitacyjnych i zajęć edukacyjnych w procedurach, instrukcjach i dokumentach związanych wynikających m.in. z przepisów o ochronie zdrowia. Wymagania dla prowadzonej działalności są jednoznacznie określone w kontraktach. Wymagania klientów są przeglądane na etapie zawierania kontraktu na świadczenia rehabilitacyjne i terapeutyczne. Istnieje pełna komunikacja z uczestnikami w trakcie realizacji usługi. Uwzględniane są również korekty w zakresie realizowanych zajęć rehabilitacyjnych i terapeutycznych wynikające ze zmian w warunkach ich realizacji. Zakupy materiałów są realizowane od dostawców którzy są nadzorowani i systematycznie oceniani. Realizacja usługi przebiega w warunkach nadzorowanych z zapewnieniem kompetentnego personelu, dokumentacji medycznej, niezbędnego sprzętu oraz materiałów, medykamentów. W nadzorze procesów usługi szczególną uwagę zwraca się na przestrzeganie wymagań bhp w odniesieniu do personelu i uczestników. Występujące niezgodności w procesie rehabilitacji i terapeutycznym w odniesieniu do uczestników są identyfikowane i podejmuje się adekwatne korekty.

Pozytywy: Profesjonalnie prowadzone zajęcia terapeutyczne oraz zabiegi rehabilitacyjne przez kompetentny personel Środowiskowego Domu Samopomocy „Promyczek”. [Proces: Usługi rehabilitacji społecznej i medyczno-ruchowej oraz pomocy psychologicznej]

Niezgodności (treść i numer karty): ND

Spostrzeżenia (treść i numer): ND

9 Ocena efektów działania/wyników - HLS

PCBC S.A.	RAPORT Z AUDITU SYSTEMU ZARZĄDZANIA		Arkusze 4
FBC 19	zał. do PBC 01	wydanie 16	strona 5 z 7
NR UMOWY: 2131/JB/5/2020		TERMIN AUDITU: 01-02.02.2022	

W Środowiskowym Domu Samopomocy „Promyczek” ustalono i dokonuje się oceny zgodności świadczeń, skuteczności procesów i systemu zarządzania. Przyjęte są odpowiednie mierniki i/lub wskaźniki wraz z ustalonymi kryteriami akceptacji. Prowadzone jest badanie zadowolenia uczestników w którym brane są pod uwagę ich sugestie i opinie oraz spostrzeżenia własne. Prowadzone jest monitorowanie wskaźników jakościowych i bhp dla bieżącej oceny działalności oraz zapewnienia bezpieczeństwa w procesach. Pozyskiwane z procesów dane poddawane są analizom a ich wyniki są wykorzystywane są do podejmowania działań doskonalących. Systematycznie są przeprowadzane audyty wewnętrzne przez audytora z zewnątrz posiadającego udokumentowane kompetencje audytorskie i wieloletnie doświadczenie w audytowaniu systemów zarządzania. Wyniki auditów udokumentowane jednoznacznie w raportach stanowią dane wejściowe do oceny procesów i ich doskonalenia. Przeprowadzane są przeglądy systemu zarządzania w trakcie których oceniane są dane wejściowe wymagane przedmiotowymi normami. W oparciu o wyniki przeglądu Dyrektor wraz z zainteresowanymi planują działania korygujące i/lub doskonalące. Na szczególną uwagę zasługuje wzorowe dokumentowanie przeglądów zarządzania.

Pozytywy: Bardzo dobrze prowadzony nadzór nad zintegrowanym systemem zarządzania przez Pełnomocnika ds. ZSZ z wzorowym dokumentowaniem przeglądów zarządzania i auditów wewnętrznych oraz dbałością o aktualność udokumentowanych informacji w systemie. [Proces: Doskonalenie ZSZ – Pełnomocnik ds. ZSZ]

Niezgodności (treść i numer karty): ND

Spostrzeżenia (treść i numer): ND

10 Doskonalenie - HLS

W Środowiskowym Domu Samopomocy „Promyczek” istnieje skuteczne identyfikowanie niezgodności i błędów występujących w procesach rehabilitacji i zajęć terapeutycznych, które są analizowane pod kątem ustalenia ich przyczyn a następnie planowania adekwatnych działań korygujących. Właściciele procesów wraz z Dyrektorem i Pełnomocnikiem ds. ZSZ dokonują systematycznie przeglądu skuteczności podejmowanych działań korygujących a w przypadku braku skuteczności działania są modyfikowane i ponownie wdrażane.

Ciągłe doskonalenie w Środowiskowym Domu Samopomocy „Promyczek” obejmuje działania wynikające z realizacji celów, działań planowanych do ryzyk i szans, i innych zmieniających stan procesów na korzystniejszy. Efekty ciągłego doskonalenia są poddawane ocenie na naradach i przeglądach systemu zarządzania z udziałem Dyrektora. Na uwagę zasługują wdrożone działania doskonalące skutecznie ograniczające zagrożenie epidemiczne COVID-19 na terenie Środowiskowego Domu Samopomocy.

Pozytywy: ND

Niezgodności (treść i numer karty): ND

Spostrzeżenia (treść i numer): ND

E: Informacje dodatkowe

Lp.	Odpowiedź na pytania. Jeżeli zasadne wpisać krótki komentarz pod zadany pytanie.	
1.	Czy wystąpiły odchylenia od planu auditu?	NIE
2.	Czy wystąpiły istotne kwestie mające wpływ na program auditów? Audit został przeprowadzony w całości jako audit zdalny ze względu na zagrożenie epidemiologiczne COVID-19.	TAK
3.	Czy od ostatniego auditu (w tym etapu I) wystąpiły istotne zmiany mające wpływ na system zarządzania klienta?	NIE
4.	Czy wystąpiły zmiany w wymaganiach certyfikacyjnych, prawnych, akredytacyjnych; w strukturze organizacyjnej; w zagadnieniach dotyczących odpowiednich stron zainteresowanych?	NIE

PCBC S.A.	RAPORT Z AUDITU SYSTEMU ZARZĄDZANIA		Arkusze 4
FBC 19	zał. do PBC 01	wydanie 16	strona 6 z 7
NR UMOWY: 2131/JB/5/2020		TERMIN AUDITU: 01-02.02.2022	
			ważne od 06.12.2021

5.	Czy są wymagania, które organizacja uznała za nie mające zastosowania w jej systemie zarządzania? Wymagania pkt. 8.3 normy PN-EN ISO 9001:2015-10. Zapisy dotyczące wymagań, które organizacja uznała za nie mające zastosowania są spójne z zapisami w Programie auditów.	TAK
6.	Czy jest podane właściwe uzasadnienie dla wymagań uznanych przez organizację za nie mające zastosowania w jej systemie? Uzasadnienie podane w Księdze ZSZ wyd. 9 z dnia 02.12.2019 r.	TAK
7.	Czy zakres certyfikacji jest adekwatny do prowadzonej działalności?	TAK
8.	Czy stosowanie certyfikatów i znaków certyfikowanego systemu jest zgodne z umową o certyfikację z PCBC SA? Certyfikaty są udostępniane zainteresowanym w pliku pdf. Znaków certyfikowanego systemu zarządzania nie stosuje się.	TAK
9.	Czy wystąpiły skargi stron zainteresowanych skierowane do klienta lub skargi dotyczące klienta, które otrzymało PCBC S.A.?	NIE
10.	Czy praca zmianowa była auditowana? W przypadku zaznaczenia opcji TAK, należy podać liczbę zmian i godziny pracy, każdej zmiany: Jedna zmiana (8 ⁰⁰ -16 ⁰⁰)	ND
11.	Czy występuje spójności pomiędzy polityką, celami i zadaniami organizacji?	TAK
12.	Czy zastosowane podczas auditu zdalnego techniki oceny wspierane przez techniki informacyjno- komunikacyjne (określone i przywołane w planie auditu) pozwoliły na skuteczną realizację celów auditu?	TAK
13	Czy w spotkaniu zamykającym audit systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy (BHP) brali udział: <ul style="list-style-type: none"> • członkowie kierownictwa prawnie odpowiedzialni za bezpieczeństwo i higienę pracy, • personel odpowiedzialny za monitorowanie stanu zdrowia pracowników • przedstawiciel(-le) pracowników odpowiedzialny(-ni) za bezpieczeństwo i higienę pracy. 	TAK

F: Podsumowanie wyników auditu

Organizacja ustanowiła, wdrożyła i utrzymuje system zarządzania zgodny z kryteriami odniesienia. W wyniku przeprowadzonego auditu oraz uzyskanych dowodów potwierdzona została zdolność systemu do spełniania mających zastosowanie wymagań, osiągnięcia oczekiwanych wyników oraz realizacji celów w zdefiniowanym zakresie systemu. Organizacja przedstawiła dowody skutecznego funkcjonowania, utrzymywania i doskonalenia systemu zarządzania, w tym dowody realizacji auditów wewnętrznych i przeglądów zarządzania. Przyjęte cele auditu zostały zrealizowane, stosowność zakresu certyfikacji potwierdzona.

W trakcie auditu nie stwierdzono niezgodności, jednak należy uwzględnić fakt, że audit jest prowadzony metodą próbkowania i nie zawsze obejmuje całości systemu.

Podczas auditu wskazano mocne strony systemu (pozytywy), przywołane w niniejszym raporcie.

Rekomendacje zespołu auditorów znajdują się w sekcji C p. 4.

G: Wykaz załączników do raportu

Lp.	ZAŁĄCZNIKI Zaznaczyć TAK jeśli załącznik występuje w pakiecie Raportowym	PCBC	KLIENT	TAK/NIE
1.1	FBC 19-1 Arkusz 1 Program auditów (łącznie arkuszy -2)	x	-	TAK

PCBC S.A.	RAPORT Z AUDITU SYSTEMU ZARZĄDZANIA		Arkusz 4
FBC 19	zał. do PBC 01	wydanie 16	strona 7 z 7
NR UMOWY: 2131/JB/5/2020		TERMIN AUDITU: 01-02.02.2022	

1.2	FBC 19-1 Arkusz 1 Program auditów – dla auditu przejścia	x	-	NIE
1.3	FBC 48 Samoocena - dla auditu przejścia	x	-	NIE
2	FBC 19-Arkusz 1 Plan auditu - przekazany Organizacji przed auditem	x	x	TAK
3	FBC 19-Arkusz 3 Lista osób uczestniczących w audicie (łącznie arkuszy - 1)	x	-	TAK
4	FBC-19- Arkusz 4D – Dowody z auditu (łącznie arkuszy - 1)	x	-	TAK
5.1	FBC-19- Arkusz 5/F , Ustalenia z auditu w odniesieniu do FSSC 22000, wersja 5	x	x	NIE
5.2	FBC-19- Arkusz 5/W , Ustalenia z auditu w odniesieniu do WSK	x	-	NIE
5.3	FBC-19- Arkusz 5/PEFC Lista sprawdzająca dla auditów gospodarki leśnej PEFC	x	-	NIE
6.1	FBC 19-Arkusz 7 Karty niezgodności – przekazane Organizacji podczas auditu (łącznie arkuszy - 0)	x	x	NIE
6.2	FBC 19-Arkusz 7/FSSC Karty niezgodności – przekazane Organizacji podczas auditu (łącznie arkuszy - ND)	x	x	NIE
7.1	FBC 19 Arkusz 8 Karta z propozycjami zakresu i formy certyfikatu - przekazane Organizacji podczas auditu	x	x	NIE
7.2	FBC 19 Arkusz 8/FSSC Karta z propozycjami zakresu i formy certyfikatu przekazane Organizacji podczas auditu	x	x	NIE
8	FBC 45 Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej	x	-	NIE

Planowana data kolejnego auditu: (miesiąc, rok)	01.2023
Data opracowania raportu:	24.02.2022
Raport opracował: auditor wiodący: (imię i nazwisko)	Marian Kania
Raport zatwierdził: Kierownik Zespołu ds. Certyfikacji Systemów Zarządzania Osoba upoważniona (imię i nazwisko, podpis, data)	