



# RAPORT Z AUDITU

## SYSTEMU ZARZĄDZANIA

### A. Wprowadzenie

Wszelkie informacje oraz dane zebrane podczas auditu są traktowane jako poufne przez wszystkich członków zespołu audytującego 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:** 22-23.01.2021

#### 2. Rodzaj i cel auditu:

**Audit nadzoru I**

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

Uwaga: ze względu na sytuację nadzwyczajną związaną z COVID-19 audit został przeprowadzony jako zdalny w całości z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych (ICT).

#### 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 audytujący 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

<b>PCBC S.A.</b>	<b>RAPORT Z AUDITU SYSTEMU ZARZĄDZANIA</b>		Arkusze 4
FBC 19	zał. do PBC 01	wydanie 14	<b>strona 2 z 7</b>
NR UMOWY: 2131/JB/5/2020		TERMIN AUDITU: 22-23.01.2021	
			ważne od 02.09.2020

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 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	<b>Małe</b>	0	ND
	<b>Duże</b>	0	ND
	<b>Krytyczne*</b>	ND	ND
<b>Spostrzeżenia</b>	0		<b>ND</b>

\* dotyczy wyłącznie FSSC

## 3. Wyniki poprzedniego audit (data poprzedniego audit: 30.01-01.02.2020 )

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.	<b>ND</b>	
2	Niezgodności zidentyfikowane podczas poprzedniej oceny nie zostały w dostateczny sposób skorygowane, i są elementy wymagającego dalszego doskonalenia zidentyfikowane w niniejszym raporcie. Numery Kart niezgodności z bieżącej oceny:	<b>ND</b>	ND
3	Działania podjęte dla spostrzeżeń zidentyfikowanych podczas poprzedniej oceny nie są wystarczające i są elementy wymagającego dalszego doskonalenia zidentyfikowane w niniejszym raporcie . Numery spostrzeżeń /Kart niezgodności z bieżącej oceny:	<b>ND</b>	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 certyfikatu

## D. Ocena zgodności

Wymagania standardów o strukturze HLS:

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

<b>PCBC S.A.</b>	<b>RAPORT Z AUDITU SYSTEMU ZARZĄDZANIA</b>		Arkusze 4
FBC 19	zał. do PBC 01	wydanie 14	<b>strona 3 z 7</b>
NR UMOWY: 2131/JB/5/2020		TERMIN AUDITU: 22-23.01.2021	

#### 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”.

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.

Na uwagę zasługuje bardzo ambitna strategia przyjęta przez Dyрекcję i konsekwentnie realizowana, mimo trudności związanych z COVID-19 co znajduje odzwierciedlenie w zadowoleniu uczestników.

**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 ochronić pracowników i uczestników przed zakażeniami. W działalności Organizacji uwzględnia się w pełni wymagania prawne dotyczące organizacji.

<b>PCBC S.A.</b>	<b>RAPORT Z AUDITU SYSTEMU ZARZĄDZANIA</b>		Arkusze 4
FBC 19	zał. do PBC 01	wydanie 14	<b>strona 4 z 7</b>
NR UMOWY: 2131/JB/5/2020		TERMIN AUDITU: 22-23.01.2021	
			ważne od 02.09.2020

**Pozytywy:** ND

**Niezgodności (treść i numer karty):** ND

**Spostrzeżenia (treść i numer):** ND

## 7 Wsparcie - HLS

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 umowy. Planowanie zakresu operacji prowadzi przygotowanie produkcji zgodnie z obowiązującymi procedurami i wymaganiami prawnymi. Istnieje pełna komunikacja z klientem w trakcie realizacji wyrobu. Uwzględniane są również korekty w zakresie realizowanych robót wynikające ze zmian w warunkach ich realizacji. Zakupy materiałów są realizowane od dostawców którzy są nadzorowani i systematycznie oceniani. Realizacja produkcji przebiega w warunkach nadzorowanych z zapewnieniem kompetentnego personelu, dokumentacji projektowej, niezbędnego sprzętu oraz materiałów. W nadzorze procesów produkcji szczególną uwagę zwraca się na przestrzeganie wymogów ochrony środowiska i bhp. Istnieje powszechna identyfikacja i identyfikowalność wyrobów i materiałów. W całym cyklu operacji produkcyjnych prowadzone są kontrole a ich wyniki znajdują się w dokumentacji odbiorczej. Występujące niezgodności w wyrobach są oznaczane, przeglądane i podejmowane są 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

<b>PCBC S.A.</b>	<b>RAPORT Z AUDITU SYSTEMU ZARZĄDZANIA</b>		Arkusze 4
FBC 19	zał. do PBC 01	wydanie 14	<b>strona 5 z 7</b>
NR UMOWY: 2131/JB/5/2020		TERMIN AUDITU: 22-23.01.2021	

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?	TAK

<b>PCBC S.A.</b>	<b>RAPORT Z AUDITU SYSTEMU ZARZĄDZANIA</b>		Arkusze 4
FBC 19	zał. do PBC 01	wydanie 14	<b>strona 6 z 7</b>
NR UMOWY: 2131/JB/5/2020		TERMIN AUDITU: 22-23.01.2021	

	Ze względu na zagrożenie epidemiologiczne COVID-19 zreorganizowano sposób komunikacji z uczestnikami i ich opiekunami oraz wprowadzono zmiany w gabinetach i salach zajęć terapeutycznych uwzględniające środki ochrony jak maseczki i środki dezynfekujące oraz rozmieszczenie miejsc przebywania uczestników.	
4.	Czy wystąpiły zmiany w wymaganiach certyfikacyjnych, prawnych, akredytacyjnych; w strukturze organizacyjnej; w zagadnieniach dotyczących odpowiednich stron zainteresowanych? Uwzględniono w ZSZ zmiany w wymaganiach prawnych publikowane przez Ministerstwo Zdrowia a dotyczących działalności w warunkach zagrożenia epidemiologicznego COVID-19.	TAK
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	TAK
6.	Czy jest podane właściwe uzasadnienie dla wymagań uznanych przez organizację za nie mające zastosowania w jej systemie? Uzasadnienie prawidłowe w Księdze ZSZ.	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 w godz. 8 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>	ND
11.	Czy występuje spójności pomiędzy polityką, celami i zadaniami organizacji?	TAK
12.	Czy zdolność systemu zarządzania do spełnienia mających zastosowanie wymagań i oczekiwanych wyników potwierdza jego zgodność i skuteczność?	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, osiągania 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.

<b>PCBC S.A.</b>	<b>RAPORT Z AUDITU SYSTEMU ZARZĄDZANIA</b>		Arkusz 4
FBC 19	zał. do PBC 01	wydanie 14	<b>strona 7 z 7</b>
NR UMOWY: 2131/JB/5/2020		TERMIN AUDITU: 22-23.01.2021	
		ważne od 02.09.2020	

## G: Wykaz załączników do raportu

Lp.	ZAŁĄCZNIKI Zaznaczyć TAK jeśli załącznik występuje w pakiecie Raportowym	PCBC	KLIENT	TAK/NIE
1.1	<b>FBC 19-1 Arkusz 1</b> Program auditów (łącznie arkuszy - 2 )	x	-	TAK
1.2	<b>FBC 19-1 Arkusz 1</b> Program auditów – dla auditu przejścia	x	-	NIE
1.3	<b>FBC 48 Samoocena</b> - dla auditu przejścia	x	-	NIE
2	<b>FBC 19-Arkusz 1</b> Plan auditu - przekazany Organizacji przed auditem	x	x	TAK
3	<b>FBC 19-Arkusz 3</b> Lista osób uczestniczących w audicie (łącznie arkuszy - 1 )	x	-	TAK
4	<b>FBC-19- Arkusz 4D</b> – Dowody z auditu (łącznie arkuszy - 1 )	x	-	TAK
5.1	<b>FBC-19- Arkusz 5/F</b> , Ustalenia z auditu w odniesieniu do FSSC 22000, wersja 5	x	x	NIE
5.2	<b>FBC-19- Arkusz 5/W</b> , Ustalenia z auditu w odniesieniu do WSK	x	-	NIE
6.1	<b>FBC 19-Arkusz 7</b> Karty niezgodności – przekazane Organizacji podczas auditu (łącznie arkuszy - )	x	x	NIE
6.2	<b>FBC 19-Arkusz 7/FSSC</b> Karty niezgodności – przekazane Organizacji podczas auditu (łącznie arkuszy - )	x	x	NIE
7.1	<b>FBC 19 Arkusz 8</b> Karta z propozycjami zakresu i formy certyfikatu - przekazane Organizacji podczas auditu	x	x	NIE
7.2	<b>FBC 19 Arkusz 8/FSSC</b> Karta z propozycjami zakresu i formy certyfikatu przekazane Organizacji podczas auditu	x	x	NIE
8	<b>FBC 45</b> Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej	x	-	NIE

<b>Planowana data kolejnego auditu: (miesiąc, rok)</b>	01.2022
<b>Data opracowania raportu:</b>	16.02.2021
<b>Raport opracował: auditor wiodący: (imię i nazwisko)</b>	Marian Kania
<b>Raport zatwierdził: Kierownik Zespołu ds. Certyfikacji Systemów Zarządzania <del>Osoba upoważniona</del> (imię i nazwisko, podpis, data)</b>	