

**PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ  
WG WYMAGAŃ NORMY PN-EN ISO 9001:2015**

Nr edycji: 2

Data edycji: 25.08.2023 r.

Egzemplarz, aktualizowany numer

Strona / Stron

1 / 20

## **1. Cel i zakres programu**

Celem tego dokumentu jest określenie zasad certyfikacji systemów zarządzania jakością wg wymagań normy PN-EN ISO 9001:2015 przez Jednostkę Oceny Zgodności w Głównym Instytucie Górnicwa – Państwowym Instytucie Badawczym. Dokument ten udostępniany jest zainteresowanym certyfikacją w GIG-PIB klientom w celu przygotowania się do procesu certyfikacji systemu zarządzania jakością.

Jednostka Oceny Zgodności (JOZ) w Głównym Instytucie Górnicwa – Państwowym Instytucie Badawczym posiada akredytację Polskiego Centrum Akredytacji w Warszawie Nr AC 083 do certyfikacji systemu zarządzania jakością (QMS) wg wymagań normy PN-EN ISO 9001:2015 w następujących branżach klasyfikacji PKD/EKD/NACE :

Kod EA	Opis branży	Kod NACE/PKD
2.	Górnictwo i kopalnictwo	05, 06, 07, 08, 09
12.	Chemikalia, produkty chemiczne, włókna szklane	20 bez 20.13
14.	Wyroby z gumy i plastiku	22
17.	Metale i wyroby metalowe	24 bez 24.46, 25 bez 25.4, 33.11
18.	Maszyny i osprzęt do nich	25.4, 28, 30.4, 33.12, 33.2
19.	Urządzenia elektryczne i optyczne	26, 27, 33.13, 33.14, 95.1

## **2. Wymagania dla organizacji wnioskujących o certyfikację systemów zarządzania jakością**

Warunkiem przystąpienia do certyfikacji dla organizacji wnioskujących o certyfikację systemu zarządzania jakością w GIG-PIB jest posiadanie wdrożonego i udokumentowanego systemu wg wymagań normy PN-EN ISO 9001 oraz udokumentowania funkcjonowania systemu przez okres przynajmniej trzech miesięcy.

JOZ udziela certyfikacji w momencie uzyskania wystarczającego dowodu na to, że ustalenia dotyczące systemu zarządzania jakością zostały wdrożone, są skuteczne i będą nadal utrzymywane, a wszystkie niezgodności stwierdzone podczas auditu w organizacji wnioskującej o certyfikację zostały skorygowane, a działania korygujące sprawdzone w trybie ustalonym przez jednostkę certyfikującą.

Jeżeli w trakcie nadzoru lub ponownej oceny zostaną znalezione niezgodności, powinny być one skutecznie usunięte w terminie uzgodnionym z jednostką certyfikującą. Jeżeli w uzgodnionym

**PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ  
WG WYMAGAŃ NORMY PN-EN ISO 9001:2015**

Nr edycji: 2	Data edycji: 25.08.2023 r.	Egzemplarz, aktualizowany numer	Strona / Stron <b>2 / 20</b>
--------------	----------------------------	---------------------------------	------------------------------

czasie nie zostanie to wykonane, JOZ może ograniczyć, zawiesić lub cofnąć certyfikację. Czas przewidziany na realizację działań korygujących JOZ uzależnia od wagi niezgodności.

### **3 Wymagania dotyczące certyfikacji**

#### **3.1. Wnioskowanie o certyfikację**

Wniosek o certyfikację systemu zarządzania jakością klient składa na formularzu PC/SZ-01/01. Do wniosku dołączany jest kwestionariusz wnioskującego o ocenę systemu zarządzania na formularzu PC/SZ-01/02 wraz z dokumentacją systemu zarządzania jakością. Przegląd i rejestracja wniosku w JOZ przebiega zgodnie z procedurą PC/SZ-01 „Certyfikacja systemów zarządzania”.

#### **3.2. Przygotowanie do oceny**

Wyznaczenie zespołu auditującego odbywa się zgodnie z procedurą PC/SZ-02 „Audity systemów zarządzania” tak, aby zespół auditujący spełniał wymagania określone w punkcie 4 niniejszego dokumentu. Skład zespołu auditującego jest akceptowany przez auditowaną organizację. Czas potrzebny do oceny ustala się na podstawie takich danych jak wielkość organizacji, liczba lokalizacji oraz normy, dotyczące danej certyfikacji. Wytyczne dotyczące określania czasu podano w punkcie 5 niniejszego dokumentu. Przygotowanie do oceny organizacji wielooddziałowych prowadzi się zgodnie z wytycznymi zawartymi w punkcie 6 niniejszego dokumentu.

#### **3.3. Audit początkowej certyfikacji**

Audit początkowej certyfikacji składa się z dwóch etapów. Audit prowadzony jest zgodnie z procedurą PC/SZ-02. Pierwszy etap prowadzony jest w celu:

- a) oceny dokumentacji systemu zarządzania klienta,
- b) oceny lokalizacji klienta i specyficznych dla lokalizacji warunków oraz przeprowadzenia dyskusji z personelem klienta w celu określenia gotowości do etapu 2 auditu,
- c) przeprowadzenia przeglądu statusu klienta i zrozumienia przez niego wymagań normy, zwłaszcza w odniesieniu do identyfikacji procesów, celów systemu zarządzania,
- d) zebrania niezbędnych informacji dotyczących zakresu systemu zarządzania oraz wymagań prawnych dotyczących wyrobów,
- e) przeprowadzenia przeglądu przydziału zasobów do etapu 2 auditu i uzgodnienia z klientem szczegółów etapu 2,
- f) osiągnięcie wystarczającego zrozumienia systemu zarządzania klienta i prowadzonej przez niego działalności w danej lokalizacji w kontekście możliwych znaczących aspektów w celu zaplanowania drugiego etapu auditu;
- g) oceny, czy są planowane i realizowane audyty wewnętrzne i przeglądy zarządzania, oraz czy poziom wdrożenia systemu zarządzania uzasadnia gotowość klienta do etapu 2 .

**PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ  
WG WYMAGAŃ NORMY PN-EN ISO 9001:2015**

Nr edycji: 2	Data edycji: 25.08.2023 r.	Egzemplarz, aktualizowany numer	Strona / Stron <b>3 / 20</b>
--------------	----------------------------	---------------------------------	------------------------------

Pierwszy etap auditu przeprowadzany jest z reguły w jednostce oraz w siedzibie auditowanej organizacji. Wyniki pierwszego etapu służą auditorom JOZ do sprecyzowania planu drugiego etapu wraz ustaleniem jego terminu.

Drugi etap jest auditem na miejscu podczas którego zbierane są dowody zgodności systemu zarządzania jakością z normą PN-EN ISO 9001. Drugi etap auditu obejmuje:

- a) zbieranie informacji i dowodów zgodności z wymaganiami stosownej normy,
- b) monitorowanie, pomiary, raportowanie i przeglądy osiągnięć w odniesieniu do kluczowych celów i zadań,
- c) system zarządzania klienta i zgodność z wymaganiami prawnymi,
- d) kontrolę operacyjną procesów klienta,
- e) odpowiedzialność kierownictwa za politykę klienta,
- f) prowadzenie auditów wewnętrznych i przeglądów zarządzania,
- g) powiązania pomiędzy wymaganiami normatywnymi, polityką, celami i zadaniami dotyczącymi osiągnięć z wszystkimi (mającymi zastosowanie), wymaganiami prawnymi, odpowiedzialnością, i kompetencjami personelu, działaniami, procedurami, ustaleniami i wnioskami auditów wewnętrznych.

Podczas auditu i/lub na spotkaniu zamykającym auditor powinien udzielać wyjaśnień dotyczących ustaleń z auditu i/lub wymagań norm, ale nie powinien udzielać rad lub konsultacji w formie nakazów, jako części procesu oceny.

Pierwszy i drugi etap dokumentowany jest raportami z auditu zgodnie z procedurą PC/SZ-02.

### 3.4. Wnioski z oceny

Informacje niezbędne do podjęcia decyzji w sprawie certyfikacji zawarte są w:

- a) raportach z auditów (w tym komentarze do niezgodności, podjęte przez organizację auditowaną korekcje i działania korygujące),
- b) protokole z procesu certyfikacji PC/SZ-01-05 (przegląd wniosku, wnioskowanie o udzieleniu bądź nie udzielenie certyfikatu, propozycje dotyczące nadzoru).

### 3.5. Decyzja o certyfikacji

Decyzję o certyfikacji podejmuje Kierownik Jednostki Oceny Zgodności na podstawie wniosku auditora wiodącego, przy ewentualnym uwzględnieniu opinii Komitetu Technicznego. Decyzja o przyznaniu certyfikatu nie może zostać podjęta dopóki wszystkie niezgodności nie zostaną skorygowane, a realizacja niezbędnych działań korygujących nie zostanie zweryfikowana przez auditora wiodącego, w sposób określony pomiędzy auditorem wiodącym a organizacją auditowaną.

W przypadku decyzji odmownej organizacja otrzymuje pisemną decyzję wraz z uzasadnieniem.

**PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ  
WG WYMAGAŃ NORMY PN-EN ISO 9001:2015**

Nr edycji: 2

Data edycji: 25.08.2023 r.

Egzemplarz, aktualizowany numer

Strona / Stron

**4 / 20**

Certyfikat systemu zarządzania jakością wydawany jest przez GIG-PIB na okres 3 lat od daty podjęcia decyzji. Przekazanie certyfikatu następuje w terminie uzgodnionym z organizacją po uiszczeniu opłat określonych w umowie.

Wnioski i decyzje podejmowane w sprawie udzielenia lub odmowy udzielenia certyfikatu dokumentowane są w „Protokole z procesu certyfikacji” PC/SZ-01-05.

### **3.6. Wykorzystywanie certyfikatów i znaków**

Organizacja ma prawo powoływać się na uzyskany certyfikat GIG-PIB w prowadzonej działalności reklamowej i w kontaktach z Klientami w odniesieniu do działalności objętej zakresem certyfikatu. Zasady posługiwania się znakiem certyfikowanego systemu zarządzania jakością oraz wzór tego znaku zawarte są w załączniku do umowy o certyfikacji i nadzorze – PC/SZ-01/03.

### **3.7. Procedury nadzoru**

W celu zapewnienia, że certyfikowany przez GIG-PIB system zarządzania jakością nadal spełnia wymagania normy oraz że certyfikowana organizacja przestrzega wszystkie wymagania wynikające z certyfikacji, jednostka certyfikująca sprawuje nadzór nad systemem zarządzania od momentu wydania certyfikatu do wygaśnięcia jego terminu ważności. Celem nadzoru jest m.in. rozważenie wpływu ewentualnych zmian w tym systemie, wynikających ze zmian w działaniach organizacji, na zgodność z wymaganiami stawianymi przy certyfikacji.

Nadzór jest sprawowany poprzez prowadzone przez JOZ planowane i pozaplanowe audyty nadzoru, analizę napływających do jednostki skarg dotyczących funkcjonowania systemu zarządzania organizacją oraz nadzorowanie dotrzymywania przez organizację warunków umowy o certyfikację (w tym sposobu wykorzystywania faktu posiadania certyfikatu w działalności reklamowej i promocyjnej oraz posługiwania się znakiem certyfikowanego systemu zarządzania).

Audyty planowe przeprowadzane są co najmniej raz w roku. Pierwszy audit w nadzorze, po certyfikacji, przeprowadzany jest przed upływem 12 miesięcy od zakończenia auditu certyfikacyjnego, zaś następne w kolejnych okresach rocznych. Zasady nadzoru nad certyfikowanym systemem zarządzania klienta określa procedura PC/SZ-03 „Nadzór nad systemem zarządzania posiadacza certyfikatu”.

Każdy audit nadzoru obejmuje:

- a) elementy utrzymania systemu, którymi są audyty wewnętrzne, przeglądy zarządzania oraz działania korygujące i zapobiegawcze;
- b) przegląd działań mających na celu usunięcie niezgodności stwierdzonych podczas ostatniego auditu;
- c) skargi i reklamacje klientów;
- d) skuteczność systemu zarządzania pod względem osiągnięcia celów przez certyfikowanego klienta,

**PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ  
WG WYMAGAŃ NORMY PN-EN ISO 9001:2015**

Nr edycji: 2

Data edycji: 25.08.2023 r.

Egzemplarz, aktualizowany numer

Strona / Stron 5 / 20

- e) postęp planowanej działalności mającej na celu ciągłe doskonalenie,
- f) ciągły nadzór operacyjny,
- g) przegląd wszelkich zmian,
- h) stosowanie znaków i/lub wszelkiego powoływania się na certyfikację.

W okresie nadzoru certyfikowana organizacja jest zobowiązana do informowania JOZ o wszystkich ważnych zmianach w jej systemie zarządzania i strukturze organizacyjnej np. o zmianach dotyczących:

- a) statusu prawnego, handlowego, organizacyjnego lub własnościowego,
- b) struktury organizacyjnej i zarządzania (np. kluczowego personelu zarządzającego, personelu podejmującego decyzje lub technicznego,
- c) adresu do kontaktów i miejsc prowadzenia działalności,
- d) zakresu działania objętego certyfikowanym systemem zarządzania,
- e) głównych zmian w systemie zarządzania i procesach.

W okresie nadzoru nad posiadaczem certyfikatu JOZ może zdecydować o konieczności przeprowadzenia dodatkowego auditu, nie objętego harmonogramem nadzoru (audit z krótkim terminem powiadamiania. Audit taki wykonywany jest w uzasadnionych przypadkach np. w celu zbadania skarg i uwag dotyczących certyfikowanej organizacji klienta, w odpowiedzi na znaczące zmiany w organizacji lub w ramach postępowania z zawieszonymi certyfikatami.

Zakres auditu o krótkim terminie powiadamiania, jego czas trwania, liczebność i skład zespołu auditującego uzależnione są od konkretnego rozpatrywanego przypadku i celu organizowanego auditu i nie wynikają z zasad kalkulacji czasu pracy auditorów określonych w pkt.5. Ustalenia określone przez jednostkę przesyłane są do organizacji klienta faksem lub pocztą elektroniczną przy jednoczesnym telefonicznym kontakcie z klientem.

### **3.8. Ponowna certyfikacja**

Celem ponownej certyfikacji jest całościowe sprawdzenie stałej skuteczności systemu jakości organizacji. Ponowna ocena przeprowadzana jest co 3 lata tj. przed upływem ważności certyfikatu. Audit ponownej certyfikacji planowany jest co najmniej na 2 miesiące przed datą ważności certyfikatu w celu wydania decyzji przed upływem ważności certyfikatu. Jeżeli decyzja nie zostanie podjęta przed upływem ważności certyfikatu proces będzie traktowany jak pierwsza certyfikacja. Przy ponownej ocenie przeprowadza się przegląd dotychczasowego działania systemu podczas całego okresu certyfikacji. Program ponownej certyfikacji uwzględnia wyniki takiego przeglądu i obejmuje co najmniej przegląd dokumentacji systemu jakości i audit na miejscu (który może zastępować lub stanowić rozszerzenie planowego auditu w nadzorze). Audit ponownej certyfikacji ukierunkowany jest na:

- a) skuteczność systemu zarządzania jako całość w świetle zmian wewnętrznych i zewnętrznych

**PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ  
WG WYMAGAŃ NORMY PN-EN ISO 9001:2015**

Nr edycji: 2

Data edycji: 25.08.2023 r.

Egzemplarz, aktualizowany numer

Strona / Stron **6 / 20**

oraz jego stałą odpowiedniość i przydatność do zakresu certyfikacji;

- b) wykazane zaangażowanie w utrzymywaniu skuteczności oraz doskonaleniu systemu zarządzania w celu poprawy ogólnego sposobu działania;
- c) ustalenie, czy działanie certyfikowanego systemu zarządzania przyczynia się do realizacji polityki i osiągnięcia celów organizacji.

### **3.9. Zawieszanie, cofanie, ograniczanie lub rozszerzanie zakresu certyfikacji**

W uzasadnionych przypadkach, określonych w umowie o certyfikację systemu zarządzania, Jednostka Oceny Zgodności ma prawo do:

- a) zawieszenia ważności certyfikatu,
- b) cofnięcia certyfikatu,
- c) ograniczenia zakresu certyfikacji.

Przed podjęciem decyzji dotyczącej cofnięcia, zawieszenia, lub ograniczenia zakresu certyfikatu, JOZ umożliwi zainteresowanemu Klientowi przedstawienie swojego stanowiska. Sposób postępowania w przypadku zawieszania, cofania i zmiany zakresu certyfikacji określa procedura PC/SZ-04 „Zawieszanie, cofanie i zmiana zakresu certyfikatów”.

#### **Zawieszenie ważności certyfikatu**

Zawieszenie ważności certyfikatu może być następstwem:

- a) zgłoszenia przez organizację czasowej rezygnacji z certyfikatu,
- b) stwierdzenia w wyniku przeprowadzonego auditu nadzoru, niezgodności z kryteriami będącymi podstawą certyfikacji,
- c) niemożliwości prowadzenia działalności objętej zakresem certyfikacji zgodnie z wymaganiami umowy,
- d) nie wywiązywania się organizacji ze zobowiązań określonych w umowie.

Wraz z decyzją o zawieszeniu certyfikatu JOZ zobowiązuje organizację do zaprzestania powoływania się na certyfikat. Informacja o zawieszeniu ważności certyfikatu publikowana jest na stronie internetowej GIG-PIB.

Certyfikat może być odwieszony z chwilą ustania przyczyn zawieszenia. Wznowienie ważności certyfikatu może nastąpić w przypadku przekazania przez organizację, której certyfikat uległ zawieszeniu, informacji o spełnieniu warunków towarzyszących decyzji o zawieszeniu. W przypadku wystąpienia organizacji o wznowienie ważności certyfikatu Kierownik Jednostki Oceny Zgodności powołuje zespół auditujący, który przeprowadza ponowną ocenę systemu zarządzania jakością organizacji.

#### **Cofnięcie certyfikatu**

Cofnięcie certyfikatu może być następstwem:



**PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ  
WG WYMAGAŃ NORMY PN-EN ISO 9001:2015**

Nr edycji: 2

Data edycji: 25.08.2023 r.

Egzemplarz, aktualizowany numer

Strona / Stron 7 / 20

- a) świadomego naruszenia przez organizację praw swojego odbiorcy,
- b) niedotrzymania przez organizację warunków umowy,
- c) uniemożliwienia przeprowadzenia auditu nadzoru w organizacji,
- d) niespełnienia przez organizację warunków i terminu, po których spełnieniu certyfikat miał zostać przywrócony.

Informacja o cofnięciu certyfikatu publikowana jest w wykazie certyfikowanych organizacji. Wraz z decyzją o cofnięciu certyfikatu jednostka zobowiązuje organizację do zaprzestania powoływania się na certyfikat oraz zwrotu certyfikatów.

### **Ograniczenie lub rozszerzenie zakresu certyfikacji**

Ograniczenie i czasowe ograniczenie zakresu certyfikacji może nastąpić:

- a) w wyniku przeprowadzonego auditu nadzoru, w trakcie którego stwierdzono brak możliwości prowadzenia działalności w pełnym zakresie udzielonego certyfikatu,
- b) na wniosek organizacji, bez wykonywania auditu.

Rozszerzenie zakresu certyfikatu może nastąpić na wniosek organizacji.

W przypadku wnioskowania organizacji o rozszerzenie zakresu certyfikatu o obszary działania lub elementy systemu jakości, które nie były objęte certyfikatem, sposób i zakres oceny określa jednostka certyfikująca.

Wznowienie ważności certyfikatu może nastąpić w przypadku przekazania przez organizację, której certyfikat uległ zawieszeniu, informacji o spełnieniu warunków towarzyszących decyzji o zawieszeniu. W przypadku wystąpienia organizacji o wznowienie ważności certyfikatu Kierownik Jednostka Oceny Zgodności powołuje zespół auditujący, który przeprowadza ponowną ocenę systemu zarządzania organizacją.

### **3.10. Przenoszenie akredytowanej certyfikacji systemu zarządzania jakością**

Jednostka Oceny Zgodności w Głównym Instytucie Górnictwa – Państwowym Instytucie Badawczym nie stosowała i nie przewiduje do stosowania w prowadzonej działalności przenoszenia akredytowanej certyfikacji systemu zarządzania jakością pomiędzy jednostkami certyfikującymi (uznanie istniejącej i ważnej certyfikacji udzielonej przez inną akredytowaną jednostkę w celu udzielenia własnej certyfikacji). W przypadku ewentualnej decyzji o przeniesieniu akredytowanej certyfikacji zostanie ona przeprowadzona i udokumentowana zgodnie z zasadami określonymi w „Dokumencie obowiązkowym IAF dotyczącym przenoszenia akredytowanej certyfikacji systemów zarządzania” wydanie 2 (IAF MD 2:2017).

### **3.11. Dostęp do skarg składanych organizacjom**

**PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ  
WG WYMAGAŃ NORMY PN-EN ISO 9001:2015**

Nr edycji: 2	Data edycji: 25.08.2023 r.	Egzemplarz, aktualizowany numer	Strona / Stron <b>8 / 20</b>
--------------	----------------------------	---------------------------------	------------------------------

Skargi stanowią źródło informacji o ewentualnych niezgodnościach. Zaleca się, aby po otrzymaniu skargi certyfikowana organizacja ustaliła i, jeśli to właściwe, opracowała raport o przyczynie wystąpienia niezgodności, uwzględniając wcześniej ustalone (lub potencjalne) czynniki w obrębie swego systemu zarządzania jakością.

Organizacja jest zobowiązana do przechowywania zapisów dotyczących wszystkich reklamacji oraz działań korygujących i zapobiegawczych. Podczas auditów w nadzorze JOZ sprawdza, czy, jeśli została ujawniona jakakolwiek wada lub niezgodność z wymaganiami normy, organizacja zbadała swoje systemy i procedury i podjęła odpowiednie działania korygujące.

Do tych działań może należeć:

- a) powiadomienie odpowiednich władz, jeżeli wymagają tego przepisy;
- b) przywrócenie zgodności tak szybko, jak to praktycznie możliwe;
- c) zapobieżenie ponownemu wystąpieniu niezgodności;
- d) ocena wszelkich niepomyślnych aspektów systemu zarządzania jakością i złagodzenie związanych z nimi skutków;
- e) zapewnienie zadowalającego wzajemnego oddziaływania z innymi elementami składowymi systemu zarządzania jakością;
- f) ocena skuteczności zastosowanych środków korygujących.

Zaleca się, aby nie uznawać działań korygujących za zakończone, dopóki nie wykaże się ich skuteczności i nie dokona niezbędnych zmian w procedurach, dokumentacji i zapisach.

### **3.12. Poufność**

Zapewniona jest poufność każdej przekazanej przez organizację informacji i dokumentacji, za wyjątkiem przypadków przewidzianych prawem.

Wszyscy pracownicy Jednostki Oceny Zgodności, członkowie Rady do Spraw Certyfikacji i Komitetów Technicznych oraz auditorzy, eksperci techniczni podpisują deklarację poufności.

System przechowywania dokumentacji w jednostce certyfikującej zapewnia identyfikację każdego dokumentu.

### **3.13 Skargi i odwołania od decyzji jednostki**

Klient wnioskujący o przyznanie certyfikatu lub posiadacz certyfikatu systemu zarządzania wydanego przez GIG-PIB ma prawo wniesienia skarg i złożenia odwołania od decyzji jednostki na każdym etapie postępowania certyfikacyjnego lub w okresie ważności certyfikatu. Skargi składane są do Kierownika Jednostki Oceny Zgodności, natomiast odwołania od decyzji jednostki składane są do Dyrektora GIG-PIB.

Sposób postępowania jednostki w przypadku złożenia skargi lub odwołania został określony w procedurze PO-07 „Skargi i odwołania od decyzji jednostki” dostępnej na stronie internetowej



**PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ  
WG WYMAGAŃ NORMY PN-EN ISO 9001:2015**

Nr edycji: 2	Data edycji: 25.08.2023 r.	Egzemplarz, aktualizowany numer	Strona / Stron <b>9 / 20</b>
--------------	----------------------------	---------------------------------	------------------------------

GIG-PIB. O wyniku załatwienia skargi lub odwołania GIG-PIB powiadamia zainteresowanego klienta pisemnie.

**4. Wymagania dla auditorów prowadzących certyfikację systemów zarządzania jakością**

Jednostki Oceny Zgodności ustaliła minimalne kryteria, jakie muszą spełniać osoby powoływane do wykonania auditu systemu zarządzania jakością, w zależności od pełnionej funkcji w audicie:

- **Auditor wiodący :**
  - wykształcenie wyższe,
  - ukończony kurs auditora jakości uznanej jednostki szkoleniowej, potwierdzony zdany egzaminem,
  - 5 lat pracy zawodowej, w tym co najmniej 2 lata pracy w obszarze związanym z systemami zarządzania,
  - udokumentowana praktyka w wykonywaniu auditów systemów zarządzania jakością (minimum 20 dni auditowych).
- **Auditor :**
  - wykształcenie wyższe,
  - ukończony kurs auditora jakości uznanej jednostki szkoleniowej, potwierdzony zdany egzaminem,
  - 5 lat pracy zawodowej, w tym co najmniej 2 lata pracy w obszarze związanym z systemami zarządzania,
  - udokumentowana praktyka w wykonywaniu auditów systemów zarządzania jakością (minimum 10 dni auditowych).
- **Ekspert techniczny :**
  - wykształcenie średnie;
  - praktyczna wiedza i doświadczenie zawodowe związane z auditowaną branżą lub wyrobami danej branży (2 lata pracy).

Dodatkowo osoby wykonujące audyty systemów zarządzania muszą spełniać kryteria określone przez JOZ dla auditowanych obszarów technicznych („Kryteria kwalifikacyjne auditorów w obszarach technicznych” - PC/SZ-07/04). Spełnienie wymagań określonych przez jednostkę jest podstawą do uwzględnienia auditora w „Wykazie auditorów i ekspertów” – wzór PC/SZ-07/01.

**PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ  
WG WYMAGAŃ NORMY PN-EN ISO 9001:2015**

Nr edycji: 2

Data edycji: 25.08.2023 r.

Egzemplarz, aktualizowany numer

Strona / Stron

**10 / 20**

**5. Czas pracy auditorów**

Kalkulację czasu pracy auditorów przeprowadzających audyty certyfikacyjne, nadzoru i ponownej oceny systemu zarządzania jakością wykonuje się stosując zasady określone w „Dokumencie obowiązkowym IAF - Ustalanie czasu auditu systemów zarządzania jakością, środowiskowego oraz bezpieczeństwa i higieny pracy” wydanie 4 (IAF MD 5:2019).

**Calkowity czas auditu** dla wszystkich rodzajów auditów obejmuje **czas na miejscu** w lokalizacji klienta oraz **czas poza jego oddziałem**, poświęcony na planowanie, przegląd dokumentacji, komunikowanie się z personelem klienta i pisanie raportu.

Do obliczeń **calkowitego czasu auditu** pracy auditorów przyjęto jako wielkości wyjściowe czasy określone w Załączniku „A” - Tabela QMS wymienionego dokumentu IAF. W przedstawionej poniżej tabeli określono średnie, wynikające z doświadczenia, liczby dni auditu w procesie certyfikacji, odpowiednie dla organizacji o określonej efektywnej liczbie personelu. Przedstawiona tabela czasu pracy auditorów określa ogólne ramy czasowe, jakie używane są do planowania auditu, przyjmując za punkt wyjścia **efektywną liczbę personelu**, który następnie koryguje się, uwzględniając istotne czynniki dotyczące auditowanej organizacji.

Efektywna liczba personelu	Czas pracy auditorów podczas oceny w procesie certyfikacji (I + II Etap) (liczba audytoro-dni)	Efektywna liczba personelu	Czas pracy auditorów podczas oceny w procesie certyfikacji (I + II Etap) (liczba audytoro-dni)
1 ÷ 5	1,5	626 ÷ 875	12
6 ÷ 10	2	876 ÷ 1175	13
11 ÷ 15	2,5	1176 ÷ 1550	14
16 ÷ 25	3	1551 ÷ 2025	15
26 ÷ 45	4	2026 ÷ 2675	16
46 ÷ 65	5	2676 ÷ 3450	17
66 ÷ 85	6	3451 ÷ 4350	18
86 ÷ 125	7	4351 ÷ 5450	19
126 ÷ 175	8	5451 ÷ 6800	20
176 ÷ 275	9	6801 ÷ 8500	21
276 ÷ 425	10	8501 ÷ 10700	22
426 ÷ 625	11	> 10700	Wg powyższej tendencji

Z doświadczenia wynika, że czas oceny niektórych organizacji o podobnej wielkości może być raz krótszy, a raz dłuższy. Czas potrzebny na każdą ocenę zależy od wielu czynników, takich

**PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ  
WG WYMAGAŃ NORMY PN-EN ISO 9001:2015**

Nr edycji: 2	Data edycji: 25.08.2023 r.	Egzemplarz, aktualizowany numer	Strona / Stron <b>11 / 20</b>
--------------	----------------------------	---------------------------------	-------------------------------

jak wielkość organizacji, zakres auditu, logistyka, złożoność organizacji i jej stan przygotowania do auditu. Punkt wyjściowy do ustalania czasu auditu powinien być zidentyfikowany na podstawie efektywnej liczby personelu, a następnie skorygowany na podstawie znaczących czynników mających zastosowanie w odniesieniu do klienta, który ma być auditowany, przy czym każdemu czynnikowi powinna zostać przypisane waga zwiększającą lub zmniejszającą podstawową wartość liczbową. W każdym przypadku należy zapisać podstawy ustalenia czasu auditu systemów zarządzania, w tym dokonane korekty.

***Przykładowe czynniki wymagające zwiększenia czasu pracy auditorów:***

- skomplikowana logistyka obejmująca więcej niż jeden budynek lub lokalizację, w których prowadzona jest działalność,
- personel mówiący kilkoma językami (co powoduje konieczność korzystania z tłumaczy lub wyklucza możliwość pracy poszczególnych auditorów niezależnie od siebie);
- bardzo duży teren w stosunku do liczby pracowników;
- duża liczba przepisów regulujących działalność ;
- systemy obejmujące bardzo skomplikowane procesy lub stosunkowo dużą liczbę nietypowych czynności,
- działania, które wymagają wizytowania oddziałów tymczasowych w celu weryfikacji działań w oddziale stałym, którego system zarządzania podlega certyfikacji;
- podzlecane funkcje lub procesy;
- działania uznawane za obarczone wysokim ryzykiem (wg tabeli poniżej).

***Przykłady czynników umożliwiających zmniejszenie czasu pracy auditorów:***

- organizacja nie jest „odpowiedzialna za projektowanie” i/lub nie ma w zakresie innych elementów normy odniesienia;
- bardzo mały oddział w stosunku do liczby pracowników (np. tylko kompleks biurowy)
- dojrzałość systemu zarządzania;
- wcześniejsza znajomość systemu organizacji (np. klient był już certyfikowany według innej normy przez JOZ);
- stopień przygotowania klienta do certyfikacji (np. klient już certyfikowany przez inną jednostkę);
- wysoki poziom automatyzacji;
- wysoki procent zatrudnionych wykonujących te same proste zadania;
- procesy związane z jedną główną działalnością (np. tylko serwis);
- identyczne formy działalności na wszystkich zmianach z odpowiednimi dowodami o równorzędnej skuteczności na wszystkich zmianach na podstawie dotychczasowych auditów (audyty wewnętrzne i audyty jednostki certyfikującej).

**PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ  
WG WYMAGAŃ NORMY PN-EN ISO 9001:2015**

Nr edycji: 2

Data edycji: 25.08.2023 r.

Egzemplarz, aktualizowany numer

Strona / Stron

**12 / 20**

j) działania uznawane za obarczone niskim ryzykiem (wg tabeli poniżej).

**Kategoria ryzyka** - w odniesieniu do wadliwości wyrobu lub usługi organizacji auditowanej przyjęto trzy kategorie: wysokie, średnie lub niskie ryzyko. Działania o wysokim ryzyku (np. przemysł jądrowy, medyczny, farmaceutyczny, spożywczy, budowlany) zazwyczaj wymagają dłuższego czasu auditu. Przeprowadzenie skutecznego auditu w przypadku działań o średnim ryzyku (np. prosta produkcja) będzie wymagało średniego czasu (czas odpowiadający obliczonemu na podstawie tabeli), a w przypadku działań o niskim ryzyku możliwe jest skrócenie obliczonego czasu.

Wysokie ryzyko	Wadliwość wyrobu lub usługi powoduje katastrofę gospodarczą lub stanowi zagrożenie życia. Przykłady: żywność, farmaceutyki, statki powietrzne, przemysł stoczniowy, elementy i konstrukcje nośne, złożona działalność budowlana, urządzenia elektryczne i gazowe, usługi medyczne i zdrowotne, rybołówstwo, paliwo jądrowe, chemikalia, wyroby i włókna chemiczne.
Średnie ryzyko	Wadliwość wyrobu lub usługi może spowodować obrażenie lub chorobę. Przykłady: elementy i konstrukcje nienośne; prosta działalność budowlana; metale podstawowe i wyroby metalowe; wyroby niemetalowe; meble; urządzenia optyczne; usługi rekreacyjne i osobiste.
Niskie ryzyko	Spowodowanie obrażenia lub choroby przez wadliwość wyrobu lub usługi jest mało prawdopodobne. Przykłady: tekstylia i wyroby odzieżowe; pulpa, papier i wyroby z papieru; przemysł wydawniczy, usługi biurowe; edukacja; sprzedaż detaliczna, hotele i restauracje.

Zaleca się wzięcie pod uwagę wszystkich cech systemu organizacji, procesów i wyrobów /usług oraz dokonanie korekcji ze względu na te czynniki, które mogą uzasadniać wydłużenie lub skrócenie czasu pracy auditorów w celu zapewnienia skuteczność auditu. Czynniki zwiększające mogą być kompensowane przez czynniki zmniejszające. Łączny czas wszystkich korekcji dla danej organizacji, przy uwzględnieniu wszystkich czynników, nie powinien powodować skrócenia czasu pracy auditorów potrzebnego na ocenę w procesie certyfikacji o więcej niż 30 % w stosunku do czasu przewidzianego w tabeli czasu pracy auditorów.

5.1. Termin „Efektywna liczba personelu” użyty w tabeli oznacza cały personel zaangażowany w ramach zakresu certyfikacji, w tym personel pracujący na każdej zmianie. W liczbie tej powinien być uwzględniony personel niepracujący na stałe oraz personel pracujący na część etatu, o ile został ujęty w zakresie certyfikacji.

Czynniki branymi pod uwagę przy określaniu efektywnej liczby personelu są: personel zatrudniony na część etatu, pracownicy ujęci częściowo w zakresie certyfikacji, osoby pracujące w systemie zmianowym, pracownicy administracyjni, wszystkie kategorie pracowników biurowych, powtarzalne procesy.

**PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ  
WG WYMAGAŃ NORMY PN-EN ISO 9001:2015**

Nr edycji: 2

Data edycji: 25.08.2023 r.

Egzemplarz, aktualizowany numer

Strona / Stron

**13 / 20**

- W zależności od liczby godzin pracy, liczba personelu zatrudnionego na część etatu i pracowników ujętych częściowo w zakresie certyfikacji może być zmniejszona lub zwiększona i przeliczona na równoważną liczbę personelu pełnoetatowego.
- W przypadku, gdy wysoki procent personelu wykonuje/spełnia pewne działania/funkcje uważane za powtarzalne (np. personel sprząający, pracownicy ochrony i transportu, handlowcy, pracownicy call center, itd.), dozwolone jest zmniejszenie liczby personelu w sposób spójny i konsekwentnie stosowany w odniesieniu do wszystkich przedsiębiorstw w ramach zakresu certyfikacji.
- Jednostka powinna określić czas trwania i harmonogram auditu pozwalający na przeprowadzenie najlepszej oceny skutecznego wdrożenia systemu zarządzania dla pełnego zakresu działalności klienta, z uwzględnieniem potrzeby auditowania poza typowymi godzinami pracy oraz różnych modeli pracy zmianowej. Powinno to zostać uzgodnione z klientem.

5.2. **Całkowity czas pracy** auditorów obejmuje czas spędzony przez auditora lub zespół auditorów na planowaniu (włącznie z analizą dokumentacji poza siedzibą organizacji, jeżeli ma to zastosowanie); czas na ocenę organizacji w jej miejscach działania, rozmowy z personelem, analizę zapisów, dokumentacji i procesów, oraz pisanie raportu. Przyjmuje się, że łączny czas poświęcony na planowanie i pisanie raportów nie ograniczy całkowitego czasu pracy auditorów na miejscu w organizacji do poziomu poniżej 80% całkowitego czasu pracy auditorów według tabeli. Ewentualny dodatkowy czas na planowanie i /lub pisanie raportów nie może stanowić uzasadnienia dla zmniejszenia czasu pracy auditorów na miejscu w organizacji. W kalkulacjach tych nie uwzględnia się czasu podróży auditorów, który należy potraktować jako dodatkowy do czasu pracy auditorów według tabeli.

Jeżeli wynik uzyskany po obliczeniach jest liczbą dziesiętną, zalecane jest **zaokrąglenie** liczby dni do najbliższej połowy dnia.

- 5.3. **Czas pracy auditorów** według tabeli jest określany terminem „auditoro-dni” poświęconych na ocenę. Auditoro-dzień jest na ogół normalnym 8 godzinnym dniem pracy.
- 5.4. Dla pierwszego cyklu oceny, czas poświęcony na nadzór danej organizacji powinien być proporcjonalny do czasu poświęconego na ocenę w procesie certyfikacji, przy czym ogólny czas przeznaczony corocznie na ocenę w nadzorze powinien wynosić około 1/3 czasu poświęconego na ocenę w procesie certyfikacji.
- 5.5. Czas poświęcony na ponowną ocenę powinien być proporcjonalny do czasu, który byłby poświęcony na ocenę tej samej organizacji w procesie certyfikacji i powinien stanowić około 2/3 czasu, który byłby wymagany do oceny tej organizacji w procesie certyfikacji w stanie,

**PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ  
WG WYMAGAŃ NORMY PN-EN ISO 9001:2015**

Nr edycji: 2	Data edycji: 25.08.2023 r.	Egzemplarz, aktualizowany numer	Strona / Stron <b>14 / 20</b>
--------------	----------------------------	---------------------------------	-------------------------------

w jakim ta organizacja znajduje się w momencie jej ponownej oceny. Ponowna ocena odbywa się poza rutynowym czasem nadzoru, natomiast w przypadku jej przeprowadzania w tym samym czasie, co planowana rutynowa ocena w nadzorze, ponowna ocena powinna spełniać w wystarczającym stopniu również wymagania określone dla nadzoru.

- 5.6. W przypadkach, w których organizacja wnioskująca o certyfikację lub certyfikowany klient dostarcza wyrób lub usługę w oddziałach tymczasowych, oddziały takie powinny być włączone do programu auditów. Jako oddział tymczasowy traktujemy lokalizację, w której organizacja klienta wykonuje określone prace lub świadczy usługi w ograniczonym okresie czasu, a która nie jest przeznaczona do przekształcenia w oddział stały (np. plac budowy). Zaleca się, aby potrzeba wizytowania takich oddziałów oraz zakres próbkowania były oparte na ocenie ryzyka związanego z brakiem nadzoru QMS nad wyrobami lub usługami, a próbka wybranych oddziałów była reprezentatywna dla zakresu certyfikacji klienta.
- 5.7. W celu określenia czasu trwania auditu połączonego, obejmującego dwie lub więcej normy dotyczące systemu zarządzania (np.  $N_1 + N_2 + N_3$ ), jednostka certyfikująca przyjmuje następujące zasady obliczania, wykorzystujące informacje zawarte w dokumencie IAF MD 11:2019 – „Dokument obowiązkowy IAF dotyczący zastosowania normy ISO/IEC 17021-1 w auditach zintegrowanych systemów zarządzania” :
- oblicza się wymagany czas auditu oddzielnie dla każdej normy dotyczącej systemu zarządzania ( $T_1, T_2, T_3$ ), biorąc pod uwagę wszystkie stosowne czynniki podane w mających zastosowanie wytycznych akredytacyjnych i/lub zasadach programu dotyczących każdej normy;
  - wylicza się czas początkowy  $T$ , jako czas trwania auditu połączonego, w postaci sumy otrzymanej z dodania poszczególnych składników (np.  $T = T_1 + T_2 + T_3$ );
  - wyznaczony czas początkowy  $T$  modyfikuje się (jeśli ma to zastosowanie), uwzględniając czynniki, które mogą skrócić lub wydłużyć wymagany czas trwania auditu połączonego, na przykład :
    - stopień integracji systemów zarządzania objętych auditem połączonym;
    - stopień wykorzystania auditorów mających kompetencje w wielu dziedzinach;
    - zdolność personelu organizacji do udzielania odpowiedzi na pytania odnoszące się do więcej niż jednej normy dotyczącej systemu zarządzania;
    - złożoność auditu połączonego w porównaniu z auditami pojedynczego systemu zarządzania.
  - suma wszystkich zmian dokonanych w odniesieniu do danej organizacji, przy uwzględnieniu wszystkich zastosowanych czynników, nie powinna skrócić



**PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ  
WG WYMAGAŃ NORMY PN-EN ISO 9001:2015**

Nr edycji: 2

Data edycji: 25.08.2023 r.

Egzemplarz, aktualizowany numer

Strona / Stron

**15 / 20**

wymaganego czasu trwania auditu połączonego o więcej niż 20 % wyznaczonego uprzednio czasu początkowego T.

## **6. Certyfikacja organizacji wielooddziałowych**

Zazwyczaj ocenę do celów certyfikacji, a następnie oceny w nadzorze, JOZ przeprowadza w każdym miejscu organizacji, które jest objęte zakresem certyfikacji. Jednakże w przypadku, gdy organizacja ubiegająca się o certyfikację prowadzi swoją działalność w podobny sposób w różnych miejscach, wszystkie pod swoim nadzorem, Jednostka Oceny Zgodności może zastosować odpowiednie procedury próbkowania tych miejsc, zarówno na etapie oceny jak i nadzoru. Warunki, na jakich jest to dopuszczalne dla akredytowanych jednostek certyfikujących, opublikowane zostały w „Dokumencie obowiązkowym IAF dotyczącym zasad próbkowania w procesach certyfikacji organizacji wielooddziałowych” wydanie 2 (IAF MD 1:2018).

Zasady poniższe nie mają zastosowania do oceny organizacji mających wiele lokalizacji, gdy w różnych miejscach prowadzone są różne formy produkcji i/lub usług, nawet objętych tym samym systemem zarządzania jakością. Jednostka certyfikująca musi za każdym razem ocenić warunki, na jakich może ograniczyć normalną pełną ocenę wszystkich miejsc.

### **6.1 Definicje**

Organizacja wielooddziałowa jest definiowana jako organizacja obejmująca zidentyfikowaną funkcję centralną (niekoniecznie rozumianą jako siedziba główna organizacji), w której planowane i nadzorowane są określone procesy/działania, oraz kilka oddziałów (stałych, tymczasowych lub wirtualnych), w których te procesy/działania są realizowane w całości lub częściowo.

Taka organizacja nie musi być jedną osobą prawną, lecz wszystkie oddziały powinny mieć prawne lub kontraktowe powiązanie z funkcją centralną organizacji oraz powinny być objęte pojedynczym systemem zarządzania, ustanowionym, wprowadzonym i poddanym stałemu nadzorowi i audytom wewnętrznym przez funkcję centralną. Oznacza to, że funkcja centralna ma uprawnienia do wymagania od oddziałów wdrożenia działań korygujących, gdy jest to niezbędne w którymkolwiek z oddziałów.

### **6.2 Warunki, jakie musi spełniać organizacja wielooddziałowa**

Procesy we wszystkich oddziałach muszą być w zasadzie tego samego rodzaju i muszą być realizowane podobnymi metodami i według podobnych procedur.

System zarządzania organizacji powinien być zarządzany centralnie według centralnie realizowanego planu i powinien być objęty centralnym przeglądem zarządzania. Wszystkie oddziały (włącznie z centralą administracyjną) powinny być objęte programem auditów wewnętrznych organizacji i powinny być auditowane zgodnie z tym programem przed rozpoczęciem oceny przez jednostkę certyfikującą.

**PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ  
WG WYMAGAŃ NORMY PN-EN ISO 9001:2015**

Nr edycji: 2	Data edycji: 25.08.2023 r.	Egzemplarz, aktualizowany numer	Strona / Stron <b>16 / 20</b>
--------------	----------------------------	---------------------------------	-------------------------------

Należy wykazać, że centrala organizacji ustanowiła system zarządzania zgodny z normą, według której odbywa się ocena oraz, że cała organizacja spełnia wymagania tej normy. Powinno to objąć analizę odpowiednich uregulowań.

Organizacja powinna wykazać zdolność do gromadzenia i analizowania danych (między innymi wymienionych poniżej) ze wszystkich oddziałów, w tym z centrali i od jej kierownictwa oraz zdolność do inicjowania zmian organizacyjnych, w razie takiej potrzeby. Dotyczy to:

- a) dokumentacji systemowej i zmian w systemie,
- b) przeglądów zarządzania,
- c) skarg,
- d) oceny działań korygujących,
- e) planowania auditów wewnętrznych i oceny ich wyników,
- f) *Zmian w aspektach środowiskowych i związanych z nimi wpływach w przypadku systemów zarządzania środowiskowego (dotyczy tylko EMS);*
- g) wymagań prawnych.

Nie wszystkie organizacje objęte definicją „organizacji wielooddziałowej” nadają się do zastosowania próbkowania. Jednostka certyfikująca przed każdym takim procesem ocenia czy mogą być zastosowane procedury próbkowania uwzględniając:

- a) rodzaje sektorów i działalności (np. opartym na ocenie ryzyka i złożoności dotyczących danego sektora lub działalności);
- b) wielkość oddziałów spełniających warunki do przeprowadzania auditu wielooddziałowego;
- c) różnice pomiędzy lokalnymi wdrożeniami systemu zarządzania,
- d) istnienie oddziałów tymczasowych, które prowadzą działalność w systemie zarządzania organizacji i nie mają być objęte zakresem certyfikacji.

### **6.3 Postępowanie jednostki certyfikującej**

#### **6.3.1 Postępowanie z niezgodnościami**

W przypadku stwierdzenia niezgodności w jednym z oddziałów, bez względu na to czy podczas auditu wewnętrznego w organizacji czy też w trakcie auditu prowadzonego przez JOZ, przeprowadza się analizę w celu ustalenia czy nie mają one wpływu na inne oddziały.

Jednostka Oceny Zgodności w Głównym Instytucie Górnictwa – Państwowym Instytucie Badawczym wymaga od organizacji przeprowadzenia przeglądu niezgodności w celu określenia czy sygnalizują one nieskuteczność całego systemu odnoszącą się do wszystkich oddziałów czy też nie. Jeśli okaże się, że niezgodności te odnoszą się do całego systemu, to zaleca się wykonanie działań korygujących zarówno w centrali jak i w poszczególnych oddziałach. Jeśli natomiast okaże się, że nie mają one wpływu na działanie całego systemu, to organizacja powinna zademonstrować JOZ uzasadnienie dla ograniczenia tych działań.

**PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ  
WG WYMAGAŃ NORMY PN-EN ISO 9001:2015**

Nr edycji: 2	Data edycji: 25.08.2023 r.	Egzemplarz, aktualizowany numer	Strona / Stron <b>17 / 20</b>
--------------	----------------------------	---------------------------------	-------------------------------

JOZ wymaga przedstawienia dowodu na przeprowadzenie takich działań i zwiększy częstość próbkowania do czasu upewnienia się o przywróceniu kontroli nad systemem.

Jeżeli w którymś z oddziałów stwierdzono niezgodność, JOZ odmawia certyfikacji systemu zarządzania całej sieci oddziałów do czasu zadowalającego przeprowadzenia działań korygujących. Nie dopuszcza się możliwości, że w celu eliminacji przeszkód wynikających z istnienia niezgodności w jednym z oddziałów, organizacja stara się w trakcie procesu certyfikacji wykluczyć z zakresu taki oddział.

### 6.3.2 Certyfikacja i dokumenty certyfikacyjne

Dokumenty certyfikacyjne wydawane organizacjom wieloddziałowym przez jednostkę certyfikującą GIG-PIB spełniają wymagania zawarte w normie PN-EN ISO/IEC 17021-1:2015, w szczególności zawartość certyfikatu wydawanego przez jednostkę spełnia wymagania określone w pkt. 4.8 procedury PC/SZ-01 „Procedura certyfikacji systemów zarządzania”.

Jednostka Oceny Zgodności wydaje w zasadzie jeden certyfikat z nazwą i adresem centrali organizacji. Listę wszystkich oddziałów objętych certyfikacją zamieszcza w samym certyfikacie, w załączniku do niego albo podaje w inny sposób, przywołany w certyfikacie. Zakres lub inne powołania się na certyfikacie powinny wyraźnie określać, że certyfikowane działalności są realizowane przez sieć oddziałów z listy. Jeśli zakres certyfikacji oddziałów jest wydany tylko jako część ogólnego zakresu organizacji, jego zastosowanie do wszystkich oddziałów powinno być wyraźnie stwierdzone w certyfikacie i w każdym ewentualnym załączniku.

Istnieje możliwość wydania organizacji certyfikatu dla każdego z oddziałów objętych certyfikacją pod warunkiem, że zawiera ten sam zakres, albo odpowiedni zakres częściowy, oraz wyraźne odniesienie do certyfikatu głównego. Cofa się cały certyfikat, jeżeli centrala lub którykolwiek z oddziałów nie spełnia / nie spełniają kryteriów niezbędnych dla utrzymania certyfikacji (patrz punkt 6.2 powyżej).

Jednostka certyfikująca stale aktualizuje listę oddziałów. W tym celu, JOZ wymaga od organizacji informowania jej o zamknięciu któregoś z oddziałów. Nie dostarczenie tych informacji będzie traktowane przez JOZ jako nadużycie certyfikacji, wymagające stosownego postępowania. Istnieje możliwość dodawania nowych oddziałów do istniejącego certyfikatu w ramach nadzoru po wcześniejszym zgłoszeniu do jednostki i analizie czy jest to możliwe.

## 6.4 Kryteria próbkowania

### 6.4.1 Metoda

Próbka jest częściowo selektywna, z uwzględnieniem podanych dalej czynników, a częściowo nie selektywna, a rezultatem jej wyboru jest szereg różnych wybranych miejsc, bez wykluczenia losowego elementu próbkowania. Przynajmniej 25 % próbki jest wybierane losowo. Mając na

**PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ  
WG WYMAGAŃ NORMY PN-EN ISO 9001:2015**

Nr edycji: 2

Data edycji: 25.08.2023 r.

Egzemplarz, aktualizowany numer

Strona / Stron

**18 / 20**

uwadze poniższe kryteria, pozostałą część próbki wybiera się tak, żeby różnice pomiędzy oddziałami wybieranymi w czasie całego okresu ważności certyfikacji były możliwie duże.

W kryteriach wyboru oddziałów uwzględnia się, między innymi, następujące aspekty:

- a) rezultaty auditów wewnętrznych lub poprzednich ocen w procesie nadzoru nad certyfikatem,
- b) zapisy dotyczące skarg i innych odpowiednich aspektów działań korygujących i zapobiegawczych,
- c) znaczące różnice w wielkościach oddziałów,
- d) różnice w procedurach roboczych, pracy zmianowej,
- e) złożoność i dojrzałość systemu zarządzania i procesów realizowanych w oddziałach,
- f) zmiany wprowadzone od ostatniej oceny podczas nadzoru nad certyfikatem,
- g) *kwestie dotyczące środowiska oraz zasięg aspektów środowiskowych i związanych z nimi oddziaływań odnoszących się do systemów zarządzania środowiskiem (dotyczy tylko EMS),*
- h) odmienność kulturową, językową i wymagań przepisów prawnych,
- i) rozproszenie geograficzne oddziałów.

Wyboru nie trzeba dokonywać na początku procesu oceny. Można go dokonać po zakończeniu oceny centrali. W każdym przypadku centrala powinna być poinformowana o oddziałach, które będą wchodziły w skład próbki. Można to zrobić z dość krótkim wyprzedzeniem czasowym, ale wystarczającym na przygotowanie się organizacji do auditu.

Centrala oceniana jest podczas każdego auditu certyfikacyjnego i co najmniej raz w roku w ramach nadzoru.

6.4.2 Wielkość próbki - minimalna liczba oddziałów, które powinny być wizytowane podczas auditu:

**Audit certyfikacji początkowej:** wielkość próbki stanowi pierwiastek kwadratowy z liczby oddziałów nie licząc centrali, po zaokrągleniu w górę do najbliższej liczby całkowitej.

**Audit w nadzorze:** wielkość próbki, wyznaczanej co roku, równa jest pierwiastkowi kwadratowemu z liczby oddziałów poza centralą, ze współczynnikiem 0,6 po zaokrągleniu w górę do najbliższej liczby całkowitej.

**Ponowna certyfikacja:** wielkość próbki jest taka sama jak dla auditu certyfikacji początkowej; niemniej jednak, w przypadku potwierdzenia w ciągu poprzednich trzech lat skuteczności działania systemu zarządzania, wielkość próbki może być zmniejszona o współczynnik 0,8 po zaokrągleniu w górę do najbliższej liczby całkowitej.

Dodatkowo należy wizytować centralę.

**PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ  
WG WYMAGAŃ NORMY PN-EN ISO 9001:2015**

Nr edycji: 2	Data edycji: 25.08.2023 r.	Egzemplarz, aktualizowany numer	Strona / Stron <b>19 / 20</b>
--------------	----------------------------	---------------------------------	-------------------------------

Wielkość próbki zwiększa się w przypadku, gdy z przeprowadzonej przez JOZ analizy ryzyka, związanego z działalnością objętą certyfikowanym systemem zarządzania, wynikają specjalne warunki związane z takimi czynnikami jak:

- a) wielkość oddziałów i liczba zatrudnionych,
- b) złożoność działalności i systemu zarządzania,
- c) różnice w wykonywaniu pracy,
- d) różnice w prowadzonej działalności,
- e) zapisy dotyczące skarg i innych odpowiednich aspektów związanych z działaniami korygującymi i zapobiegawczymi,
- f) jakiegokolwiek aspekty wielonarodowe,
- g) rezultaty auditów wewnętrznych.

Kiedy organizacja ma hierarchiczną strukturę organizacyjną (np. centrala/ biura krajowe/ biura regionalne/ filie lokalne), to w przypadku auditu certyfikacji początkowej powyższy model próbkowania odnosi się do każdego z tych poziomów.

#### 6.4.3 Czas oceny

Liczba osobodni przeznaczonych na ocenę oddziału jest spójna z liczbą podaną w Tabeli Czasu Pracy Auditorów w punkcie 5 niniejszego dokumentu.

Można stosować krótsze czasy oceny, uwzględniając te elementy, które nie mają zastosowania w oddziałach lokalnych i są oceniane tylko w centrali. Innym czynnikiem, który można wziąć pod uwagę jest złożoność działalności. Nie dopuszcza się skracania czasu oceny centrali oraz w tych oddziałach gdzie prowadzone jest najwięcej procesów krytycznych.

Całkowity czas przeznaczony na ocenę certyfikującą i w nadzorze (rozumiany jako całkowita suma czasu spędzonego w każdym oddziale i w centrali) nigdy nie jest krótszy od czasu, który został by określony, z uwzględnieniem wielkości i złożoności działalności, gdyby wszystkie prace były prowadzone w jednym oddziale (tj. ze wszystkimi pracownikami firmy w tym samym oddziale). Dla większości przypadków czas ten będzie znacznie dłuższy.

#### 6.4.4 Dodatkowe oddziały

W przypadku zgłoszenia nowej grupy oddziałów do włączenia do już certyfikowanej sieci w organizacji wielooddziałowej, podczas określania wielkości próbki, każdą nową grupę oddziałów traktuje się jak niezależny zespół. Po włączeniu nowej grupy oddziałów do zakresu certyfikatu, do ustalania wielkości próbki dla przyszłych auditów w nadzorze lub auditów ponownej oceny, GIG-PIB dodaje nowe oddziały do poprzednich.

**PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ  
WG WYMAGAŃ NORMY PN-EN ISO 9001:2015**

Nr edycji: 2	Data edycji: 25.08.2023 r.	Egzemplarz, aktualizowany numer	Strona / Stron <b>20 / 20</b>
--------------	----------------------------	---------------------------------	-------------------------------

**6.5 Auditowanie i certyfikacja systemu zarządzania organizacji wielooddziałowej w przypadku, gdy stosowanie próbkowania oddziałów nie jest właściwe**

Stosowanie próbkowania oddziałów podczas planowania i prowadzenia auditów może nie być właściwe z następujących powodów, np.:

- wykonywanie istotnie różnych działań przez wszystkie oddziały;
- klient życzy sobie, by każdy oddział został poddany auditowi;
- istnieje program sektorowy lub wymagania prawne, zgodnie z którymi każdy oddział powinien być systematycznie auditowany.

Przed rozpoczęciem auditu, w celu zaplanowania i realizacji efektywnych i skutecznych auditów, jednostka certyfikująca jest odpowiedzialna za prawidłowe zrozumienie gdzie i w jaki sposób organizacja wykonuje różne działania objęte zakresem systemu zarządzania.

Skuteczne zaplanowanie i wykonanie programu auditów wymaga:

- uzyskania na etapie planowania wiedzy na temat tego, które elementy/procesy/działania objęte systemem zarządzania są realizowane w poszczególnych oddziałach;
- określenia krytycznych czynników, które powinny zostać ocenione w celu przeprowadzenia efektywnego i skutecznego auditu, w zależności od typu auditowanego systemu zarządzania;
- wyboru członków zespołu auditującego przy uwzględnieniu kryteriów określonych powyżej;
- określenia wystarczającego czasu na przeprowadzenie auditu na miejscu.

Szczegóły dotyczące metodologii auditów i certyfikacji oraz zasady dotyczące ustalania czasu trwania auditu zawarte zostały w „Dokumencie obowiązkowym IAF dotyczącym auditu i certyfikacji systemów zarządzania organizacji wielooddziałowych” wydanie 2 (IAF MD 1:2018).

**7. Dokumenty przywołane w programie**

Procedura PC/SZ-01	Certyfikacja systemów zarządzania
Procedura PC/SZ-02	Audity systemów zarządzania
Procedura PC/SZ-03	Nadzór nad systemem zarządzania posiadacza certyfikatu
Procedura PC/SZ-04	Zawieszanie, cofanie i zmiana zakresu certyfikatów
Procedura PC/SZ-07	Ocena, kwalifikowanie i monitorowanie kompetencji personelu jednostki certyfikującej systemy zarządzania
Procedura PO-07	Skargi i odwołania od decyzji jednostki
IAF MD 1:2018	Dokument obowiązkowy IAF dotyczący auditu i certyfikacji systemów zarządzania organizacji wielooddziałowych
IAF MD 2:2017	Dokument obowiązkowy IAF dotyczący przenoszenia akredytowanej certyfikacji systemów zarządzania
IAF MD 5:2019	Dokument obowiązkowy IAF - Ustalanie czasu auditu systemów zarządzania jakością, środowiskowego oraz bezpieczeństwa i higieny pracy



**PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ  
WG WYMAGAŃ NORMY PN-EN ISO 9001:2015**

**Nr edycji: 2**

Data edycji: 25.08.2023 r.

Egzemplarz, aktualizowany numer

Strona / Stron **21 / 20**

IAF MD 11:2019

Dokument obowiązkowy IAF dotyczący zastosowania normy ISO/IEC  
17021-1 w audytach zintegrowanych systemów zarządzania

<b>SPORZĄDZIŁ</b>	<b>SPRAWDZIŁ</b>	<b>ZATWIERDZIŁ</b>
Imię i nazwisko: mgr inż. Krzysztof Kubica	Imię i nazwisko : mgr inż. Grzegorz Drabik	Imię i nazwisko : dr inż. Dariusz Stefaniak
Podpis :	Podpis :	Podpis :
Data :	Data :	Data :