

**PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA
 BEZPIECZEŃSTWEM I HIGIENĄ PRACY
 WG WYMAGAŃ NORMY PN-N-18001:2004**

Nr edycji: II

Data edycji: 09.2020 r.

Egzemplarz, aktualizowany numer

Strona / Stron

1 / 15

1. Cel i zakres programu

Celem tego dokumentu jest określenie zasad certyfikacji systemów zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy wg wymagań normy PN-N-18001:2004 przez Jednostkę Oceny Zgodności w Głównym Instytucie Górnicztwa w Katowicach. Dokument ten udostępniany jest klientom zainteresowanym certyfikacją systemu zarządzania bhp w celu przygotowania się do procesu certyfikacji tego systemu.

Jednostka Oceny Zgodności (JOZ) w Głównym Instytucie Górnicztwa akredytację Polskiego Centrum Akredytacji w Warszawie Nr AC 083 do certyfikacji systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy (BHP) wg wymagań normy PN-N-18001:2004 w następujących branżach klasyfikacji NACE/PKD :

Kod EA	Opis branży	Kod NACE/PKD
2.	Górnictwo i kopalnictwo	05, 06, 07, 08, 09

2. Wymagania dla organizacji wnioskujących o certyfikację systemów zarządzania bhp

Warunkiem przystąpienia organizacji wnioskujących o certyfikację systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy w GIG do certyfikacji tego systemu jest posiadanie wdrożonego i udokumentowanego systemu wg wymagań normy PN-N-18001:2004 oraz udokumentowania funkcjonowania systemu przez okres przynajmniej trzech miesięcy.


JOZ udziela certyfikacji w momencie uzyskania wystarczającego dowodu na to, że ustalenia dotyczące systemu zarządzania bhp 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 stwierdzone niezgodności, powinny być one skutecznie usunięte w terminie uzgodnionym z jednostką certyfikującą. Jeśli nie zostanie to wykonane w uzgodnionym czasie, 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 bezpieczeństwem i higieną pracy klient składa na formularzu PC/SZ-01/01. Do wniosku dołączany jest kwestionariusz wnioskującego o ocenę systemu na formularzu PC/SZ-01/02 wraz z dokumentacją systemu zarządzania bhp. Przegląd

 <small>Instytut Badawczy</small>	GŁÓWNY INSTYTUT GÓRNICHTWA JEDNOSTKA OCENY ZGODNOŚCI	PC 18001
PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA BEZPIECZEŃSTWEM I HIGIENĄ PRACY WG WYMAGAŃ NORMY PN-N-18001:2004		
Nr edycji: II	Data edycji: 09.2020 r.	Egzemplarz, aktualizowany numer
Strona / Stron 2 / 15		

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 „Audyty 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, ilość zatrudnionych oraz ilość i rodzaj zagrożeń występujących na stanowiskach i miejscach pracy. 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 (certyfikujący) 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,
- d) zebrania niezbędnych informacji dotyczących zakresu systemu zarządzania oraz wymagań prawnych dotyczących wyrobów i usług,
- 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 zagrożeń 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 auditu.

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-N 18001: 2004. Drugi etap auditu obejmuje:

- a) zbieranie informacji i dowodów zgodności z wymaganiami stosownej normy,

 <small>Institut Badawczy</small>	GŁÓWNY INSTYTUT GÓRNICHTWA JEDNOSTKA OCENY ZGODNOŚCI	PC 18001
PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA BEZPIECZEŃSTWEM I HIGIENĄ PRACY WG WYMAGAŃ NORMY PN-N-18001:2004		
Nr edycji: II	Data edycji: 09.2020 r.	Egzemplarz, aktualizowany numer
Strona / Stron 3 / 15		

- b) monitorowanie, pomiary, raportowanie i przeglądy osiągnięć w odniesieniu do kluczowych celów i zadań,
- c) system zarządzania bhp organizacji i zgodność z wymaganiami prawnymi, z uwzględnieniem informacji zawartych w dokumencie EA 7/04 M:2017 „Zgodność z prawem jako część akredytowanej certyfikacji OH&SMS”,
- d) kontrolę operacyjną,
- e) odpowiedzialność kierownictwa za politykę organizacji 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 z 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 (przeгляд 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 audytora 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 audytora wiodącego, w sposób określony pomiędzy audytorem wiodącym a organizacją auditowaną.

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

Certyfikat systemu zarządzania jakością wydawany jest przez GIG 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.

 <small>Instytut Badawczy</small>	GŁÓWNY INSTYTUT GÓRNICWA JEDNOSTKA OCENY ZGODNOŚCI	PC 18001
PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA BEZPIECZEŃSTWEM I HIGIENĄ PRACY WG WYMAGAŃ NORMY PN-N-18001:2004		
Nr edycji: II	Data edycji: 09.2020 r.	Egzemplarz, aktualizowany numer
Strona / Stron 4 / 15		

3.6. Wykorzystywanie certyfikatów i znaków

Organizacja ma prawo powoływać się na uzyskany certyfikat GIG w prowadzonej działalności reklamowej i w kontaktach z Klientami w odniesieniu do działalności objętej zakresem certyfikatu. Zasady posługiwania się znakiem certyfikowanego systemu zarządzania bhp 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 system zarządzania jakością nadal spełnia wymagania normy oraz że certyfikowana organizacja przestrzega wszystkie wymagania wynikające z certyfikacji, jednostka certyfikująca sprawuje nadzór nad system 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 organizacji 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;
- d) skuteczność systemu zarządzania pod względem osiągnięcia celów przez certyfikowanego klienta,
- 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.

 <small>Instytut Badawczy</small>	GŁÓWNY INSTYTUT GÓRNICICTWA JEDNOSTKA OCENY ZGODNOŚCI	PC 18001
PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA BEZPIECZEŃSTWEM I HIGIENĄ PRACY WG WYMAGAŃ NORMY PN-N-18001:2004		
Nr edycji: II	Data edycji: 09.2020 r.	Egzemplarz, aktualizowany numer
Strona / Stron 5 / 15		

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),
- c) adresu do kontaktów i miejsc prowadzenia działalności,
- d) zakresu działania objętego certyfikowanym systemem zarządzania,
- e) głównych zmian w systemie zarządzania, procesach i zagrożeniach.


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 zarządzania bhp 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 certyfikacji przeprowadza się przegląd dotychczasowego działania systemu podczas całego okresu certyfikacji. Program ponownej certyfikacji uwzględnia wyniki takiego przeglądu i obejmuje co najmniej przegląd dokumentacji systemu i audit na miejscu. Audit ponownej certyfikacji ukierunkowany jest na:

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

 Instytut Badawczy	GŁÓWNY INSTYTUT GÓRNICICTWA JEDNOSTKA OCENY ZGODNOŚCI	PC 18001
PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA BEZPIECZEŃSTWEM I HIGIENĄ PRACY WG WYMAGAŃ NORMY PN-N-18001:2004		
Nr edycji: II	Data edycji: 09.2020 r.	Egzemplarz, aktualizowany numer
Strona / Stron		6 / 15

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) niemożności 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 jednostka zobowiązuje organizację do zaprzestania powoływania się na certyfikat. Informacja o zawieszeniu ważności certyfikatu publikowana jest na stronie internetowej GIG.

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:

- 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.

 Instytut Badawczy	GŁÓWNY INSTYTUT GÓRNICCTWA JEDNOSTKA OCENY ZGODNOŚCI	PC 18001
PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA BEZPIECZEŃSTWEM I HIGIENĄ PRACY WG WYMAGAŃ NORMY PN-N-18001:2004		
Nr edycji: II	Data edycji: 09.2020 r.	Egzemplarz, aktualizowany numer
Strona / Stron 7 / 15		

Informacja o cofnięciu certyfikatu publikowana jest w wykazie certyfikowanych organizacji. Wraz z decyzją o cofnięciu certyfikatu JOZ 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 systemu zarządzania bhp, 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 GIG-JC powołuje zespół auditujący, który przeprowadza ponowną ocenę systemu zarządzania organizacji.


3.10. Przenoszenie akredytowanej certyfikacji systemu zarządzania bhp

Jednostka Oceny Zgodności w Głównym Instytucie Górnictwa w Katowicach nie stosowała i nie przewiduje do stosowania w prowadzonej działalności przenoszenia akredytowanej certyfikacji systemu zarządzania bhp 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 1 (IAF MD 2:2017).

3.11 Dostęp do skarg składanych organizacjom

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

 <small>Instytut Badawczy</small>	GŁÓWNY INSTYTUT GÓRNICICTWA JEDNOSTKA OCENY ZGODNOŚCI	PC 18001
PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA BEZPIECZEŃSTWEM I HIGIENĄ PRACY WG WYMAGAŃ NORMY PN-N-18001:2004		
Nr edycji: II	Data edycji: 09.2020 r.	Egzemplarz, aktualizowany numer
Strona / Stron		8 / 15

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 bhp;
- 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 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.

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

 <small>Instytut Badawczy</small>	GŁÓWNY INSTYTUT GÓRNICICTWA JEDNOSTKA OCENY ZGODNOŚCI	PC 18001
PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA BEZPIECZEŃSTWEM I HIGIENĄ PRACY WG WYMAGAŃ NORMY PN-N-18001:2004		
Nr edycji: II	Data edycji: 09.2020 r.	Egzemplarz, aktualizowany numer
Strona / Stron 9 / 15		

4. Wymagania dla auditorów prowadzących certyfikację systemów zarządzania bhp

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

- **Auditor wiodący :**
 - wykształcenie wyższe,
 - ukończony kurs auditora jakości uznanej jednostki szkoleniowej, potwierdzony zdaniem 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 (minimum 20 dni auditowych).
- **Auditor :**
 - wykształcenie wyższe,
 - ukończony kurs auditora jakości uznanej jednostki szkoleniowej, potwierdzony zdaniem 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 (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.

5. Czas pracy auditorów

Kalkulację czasu pracy auditorów przeprowadzających audyty certyfikacyjne, nadzoru i ponownej certyfikacji systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy wykonuje się stosując zasady określone w „Dokumencie obowiązkowym IAF - Ustalanie czasu auditu systemów

**PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA
 BEZPIECZEŃSTWEM I HIGIENĄ PRACY
 WG WYMAGAŃ NORMY PN-N-18001:2004**

Nr edycji: II

Data edycji: 09.2020 r.

Egzemplarz, aktualizowany numer

Strona / Stron

10 / 15

zarządzania jakością, środowiskowego oraz bezpieczeństwa i higieny pracy” wydanie 4 (IAF MD 5:2019).

Całkowity 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.

Kalkulację czasu pracy auditorów przeprowadzających audyty początkowej certyfikacji, nadzoru i ponownej certyfikacji systemu zarządzania bhp wykonuje się stosując następujące zasady:

- do obliczeń **całkowitego czasu auditu** pracy auditorów przyjęto jako wielkości wyjściowe czasy określone w Załączniku „C” - Tabela OH&SMS1 dokumentu „Ustalanie czasu auditu systemów zarządzania jakością, środowiskowego oraz bezpieczeństwa i higieny pracy” wydanie 4 (IAF MD 5:2019), przy czym przez termin złożoność rozumie się złożoność ryzyka dla bezpieczeństwa i higieny pracy w auditowanej organizacji. Przedstawiona tabela czasu pracy auditorów określa ogólne ramy czasowe, jakie używane są do planowania auditu początkowej certyfikacji (etap 1 + etap 2), przyjmując za punkt wyjścia **efektywną liczbę personelu**, który następnie koryguje się, uwzględniając istotne czynniki dotyczące korygowania czasu auditowanej organizacji.
- czas pracy w przypadku auditu nadzoru przyjmuje się jako 1/3 czasu określonego dla auditu certyfikującego systemu zarządzania bhp,
- czas pracy w przypadku auditu ponownej oceny systemu zarządzania bhp wyznacza się jako 2/3 czasu określonego dla auditu certyfikującego systemu zarządzania bhp.

W przedstawionej poniżej tabeli określono przeciętne, wynikające z doświadczenia, liczby dni auditu w procesie certyfikacji, odpowiednie dla organizacji o określonej liczbie pracowników.

Efektywna liczba personelu	Wysoka złożoność ryzyka	Średnia złożoność ryzyka	Niska złożoność ryzyka
1 ÷ 5	3	2,5	2,5
6 ÷ 10	3,5	3	3
11 ÷ 15	4,5	3,5	3
16 ÷ 25	5,5	4,5	3,5
26 ÷ 45	7	5,5	4
46 ÷ 65	8	6	4,5
66 ÷ 85	9	7	5
86 ÷ 125	11	8	5,5
126 ÷ 175	12	9	6
176 ÷ 275	13	10	7
276 ÷ 425	15	11	8

**PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA
 BEZPIECZEŃSTWEM I HIGIENĄ PRACY
 WG WYMAGAŃ NORMY PN-N-18001:2004**

Nr edycji: II

Data edycji: 09.2020 r.

Egzemplarz, aktualizowany numer

Strona / Stron

11 / 15

426 ÷ 625	16	12	9
626 ÷ 875	17	13	10
876 ÷ 1175	19	15	11
1176 ÷ 1550	20	16	12
1551 ÷ 2025	21	17	12
2026 ÷ 2675	23	18	13
2676 ÷ 3450	25	19	14
3451 ÷ 4350	27	20	15
4351 ÷ 5450	28	21	16
5451 ÷ 6800	30	23	17
6801 ÷ 8500	32	25	19
8501 ÷ 10700	34	27	20
> 10700	wg powyższych zasad		

Kalkulacja czasu pracy opiera się na kategoriach złożoności ryzyka dla BHP w organizacji (Tabela EMS-2 dokumentu IAF MD 5):

- **wysoka** – ryzyka dla BHP o znaczącym charakterze i wadze (zazwyczaj budownictwo oraz organizacje zajmujące się produkcją ciężką lub przetwórstwem);
- **średnia** – ryzyka dla BHP o średnim charakterze i wadze (zazwyczaj organizacje zajmujące się produkcją lekką, w których występuje kilka znaczących ryzyk);
- **niska** – ryzyka dla BHP o niskim charakterze i wadze (zazwyczaj organizacje prowadzące działalność biurową).

Kategoria złożoności ryzyka dla BHP dla danej organizacji może być również określona w powiązaniu z konsekwencjami braku nadzoru nad tym ryzykiem:

- wysoka – w przypadku, gdy brak zarządzania ryzykiem może zagrażać życiu lub skutkować poważnymi obrażeniami lub chorobą,
- średnia – w przypadku, gdy brak zarządzania ryzykiem może skutkować obrażeniami lub chorobą, oraz
- Niska – w przypadku, gdy brak zarządzania ryzykiem może skutkować drobnymi obrażeniami lub lekką chorobą

Tabela OH&SMS 2 dokumentu IAF MD 5 określa powiązanie pomiędzy podanymi powyżej trzema kategoriami złożoności ryzyk dla BHP i sektorami działalności gospodarczej, które zazwyczaj zaliczają się do tych kategorii.

**PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA
 BEZPIECZEŃSTWEM I HIGIENĄ PRACY
 WG WYMAGAŃ NORMY PN-N-18001:2004**

Nr edycji: II

Data edycji: 09.2020 r.

Egzemplarz, aktualizowany numer

Strona / Stron

12 / 15

Jednostka certyfikująca bierze także pod uwagę fakt, że nie wszystkie organizacje określonego sektora będą zawsze zaliczać się do tej samej kategorii złożoności. Przy ustalaniu kategorii złożoności brane są pod uwagę specyficzne działania organizacji (możliwe jest, że pomimo, iż wiele przedsiębiorstw danego sektora powinno być zaklasyfikowanych do kategorii „wysokiej złożoności”, organizacja może być zaklasyfikowana do kategorii złożoności „średniej”, a nawet „niskiej”). Jednostka certyfikująca dokumentuje wszystkie przypadki, w których obniżyła kategorię złożoności dla organizacji w określonym sektorze.


Tabele OH&SMS 1 i OH&SMS 2 dokumentu IAF MD 5 określają ramy dla procesu, który zaleca się stosować w planowaniu auditu. Czas auditu systemu zarządzania bhp może być następnie korygowany na podstawie znaczących czynników, które mają zastosowanie wyłącznie w odniesieniu do organizacji, która ma być auditowana.

Typowymi dla auditów systemu zarządzania BHP czynnikami mogącymi powodować zwiększenie czasu auditu są np.:

- opinie stron zainteresowanych,
- wypadkowość i zapadalność na choroby zawodowe wyższa od średniej dla danego sektora działalności gospodarczej,
- obecność osób postronnych na terenie organizacji (np. szpitale, szkoły, lotniska, porty, dworce kolejowe, transport publiczny),
- postępowanie prawne przeciwko organizacji w sprawie dotyczącej BHP (w zależności od wagi i wpływu związanego z tym ryzyka),
- tymczasowa obecność dużej liczby firm (pod)wykonawców i ich pracowników, powodująca zwiększenie złożoności lub ryzyk dla BHP,
- obecność niebezpiecznych substancji w ilościach narażających zakład na ryzyko poważnych awarii przemysłowych, zgodnie z obowiązującymi przepisami krajowymi i/lub dokumentacją oceny ryzyka.

Przykładowymi czynnikami mogącymi wpłynąć na zmniejszenie wyznaczonego czasu auditu systemu zarządzania bhp są np.:

- bardzo mały teren w stosunku do liczby pracowników ;
- dojrzałość systemu zarządzania bhp;
- 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 procent personelu realizuje działania/funkcje uważane za podobne lub identyczne ponieważ narażają personel na podobne ryzyka dla BHP;
- identyczne formy działalności na wszystkich zmianach z odpowiednimi dowodami o równorzędnej skuteczności na wszystkich zmianach na podstawie

 <small>Institut Badawczy</small>	GLÓWNY INSTYTUT GÓRNICWA JEDNOSTKA OCENY ZGODNOŚCI	PC 18001
PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA BEZPIECZEŃSTWEM I HIGIENĄ PRACY WG WYMAGAŃ NORMY PN-N-18001:2004		
Nr edycji: II	Data edycji: 09.2020 r.	Egzemplarz, aktualizowany numer
Strona / Stron 13 / 15		


dotychczasowych auditów (audyty wewnętrzne i audyty jednostki certyfikującej).

Czynniki zwiększające czas auditu mogą być kompensowane przez czynniki zmniejszające. Łączny czas wszystkich korekcy 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.

- 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 sprzątający, 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 certyfikująca 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. Oczekuje się zazwyczaj, 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

 <small>Instytut Badawczy</small>	GŁÓWNY INSTYTUT GÓRNICICTWA JEDNOSTKA OCENY ZGODNOŚCI	PC 18001
PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA BEZPIECZEŃSTWEM I HIGIENĄ PRACY WG WYMAGAŃ NORMY PN-N-18001:2004		
Nr edycji: II	Data edycji: 09.2020 r.	Egzemplarz, aktualizowany numer
Strona / Stron 14 / 15		

podróży auditorów, który należy potraktować jako dodatkowy do czasu pracy auditorów według Tabeli.

Całkowity czas pracy auditorów obejmuje czas spędzony przez auditora lub zespół auditujący 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. Łączny czas poświęcony na planowanie i pisanie raportów nie ogranicza całkowitego czasu pracy auditorów na miejscu w organizacji do poziomu poniżej 80% czasu pracy auditorów według Tabeli. W kalkulacjach tych nie uwzględnia się czasu podróży auditorów, który należy potraktować jako dodatkowy do czasu pracy auditorów według Tabeli.

Czas pracy auditorów według tabeli jest określany terminem „auditoro-dni” poświęconych na ocenę. Auditoro-dzień jest normalnym 8 godzinnym dniem pracy. Jeżeli wynik uzyskany po obliczeniach jest liczbą dziesiętną, zalecane jest zaokrąglenie liczby dni do najbliższej połowy dnia.

- 5.3. 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.
- 5.4. Czas poświęcony na ponowną certyfikację 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, w jakim ta organizacja znajduje się w momencie jej ponownej oceny.

6. Certyfikacja organizacji wielooddziałowych

Certyfikację organizacji wielooddziałowych przeprowadza się przy uwzględnieniu zasad określonych w „Dokumencie obowiązkowym IAF dotyczącym auditu i certyfikacji systemów zarządzania organizacji wielooddziałowych” wydanie 2 (IAF MD 1:2018). Zasady te zostały przedstawione w pkt. 6 programu PC 9001 „Program certyfikacji systemów zarządzania jakością wg wymagań normy PN-EN ISO 9001:2015”.

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

**PROGRAM CERTYFIKACJI SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA
 BEZPIECZEŃSTWEM I HIGIENĄ PRACY
 WG WYMAGAŃ NORMY PN-N-18001:2004**

Nr edycji: II

Data edycji: 09.2020 r.

Egzemplarz, aktualizowany numer

Strona / Stron

15 / 15

Procedura PC/SZ-07 Procedura PO-07 PC 9001 IAF MD 1:2018 IAF MD 2:2017 IAF MD 5:2019 IAF MD 22:2019	Ocena, kwalifikowanie i monitorowanie kompetencji personelu jednostki certyfikującej systemy zarządzania Skargi i odwołania od decyzji jednostki Program certyfikacji systemów zarządzania jakością wg wymagań norm PN-EN ISO 9001 Dokument obowiązkowy IAF dotyczący auditu i certyfikacji systemów zarządzania organizacji wielooddziałowych Dokument obowiązkowy IAF dotyczący przenoszenia akredytowanej certyfikacji systemów zarządzania Dokument obowiązkowy IAF - Ustalanie czasu auditu systemów zarządzania jakością, środowiskowego oraz bezpieczeństwa i higieny pracy Dokument obowiązkowy IAF - Stosowanie normy ISO/IEC 17021-1 w certyfikacji systemów zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy (OH&SMS)
---	---

SPORZĄDZIŁ	SPRAWDZIŁ	ZATWIERDZIŁ
Imię i nazwisko: mgr inż. Stanisław Neuman Podpis : Data :	Imię i nazwisko: mgr inż. Jerzy Supernak Podpis : Data :	Imię i nazwisko: dr inż. Dariusz Stefaniak Podpis : Data :