

Ustalenia w zakresie epidemiologii / ~~higieny żywności, żywienia i przedmiotów użytku / higieny komunalnej / bezpieczeństwa wody / higieny pracy / higieny dzieci i młodzieży / zapobiegawczego nadzoru sanitarnego / systemu jakości / systemu zarządzania:~~**

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bielsku- Białej, ul. Broniewskiego 21
(adres)

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli *Sekcja Epidemiologii*
(pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym psse)

III. Data kontroli 13-14.09.2016 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli 01.01.2012 r. – 13.09.2016 r.

Informacje szczegółowe dotyczące nadzorowanego przez PPIS w Bielsku- Białej terenu:

PPIS w Bielsku-Białej obejmuje swoim nadzorem ludność w liczbie 334 372 osób; w tym dzieci i młodzież objęta PSO – 62 862 osób. PPIS w Bielsku- Białej sekcja epidemiologii nadzoruje placówki świadczące usługi medyczne 632 (w tym 16 Szpitali), poza tym działa 1 filia Szpitala, którego Zarząd znajduje się poza obszarem działania PPIS.

W związku z poprzednio przeprowadzoną kontrolą kompleksową w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej w dniach 25-26.04.2012 nie wydano zaleceń pokontrolnych.

Zatrudnienie.

W Sekcji Epidemiologii zatrudnione jest 12 osób, stanowiska i wykształcenie zgodnie z załączoną poniżej tabelą.

L.p.	Imię i Nazwisko Stanowisko służbowe	Poziom i profil wykształcenia
1.	Małgorzata Wichary- kierownik Sekcji Epidemiologii	Wyższe, lekarz, specjalista chorób zakaźnych
2.	Grażyna Figura – starszy asystent	Wyższe, magister pielęgniarstwa, specjalista pielęgniarstwa epidemiologicznego
3.	Lilia Jasica – młodszy asystent	Wyższe, magister pielęgniarstwa
4.	Małgorzata Kasina – młodszy asystent	Wyższe, licencjat pielęgniarstwa, specjalista pielęgniarstwa pediatrycznego

5.	Aleksandra Poniewierska – młodszy asystent	Wyższe, magister pielęgniarstwa
6.	Grażyna Sadkiewicz – starsza pielęgniarka	Średnie, pielęgniarka
7.	Barbara Wojsa – starsza pielęgniarka p/epidemiczna	Średnie, pielęgniarka
8.	Krystyna Gasińska – młodszy asystent	Licencjat, promocja zdrowia
9.	Jadwiga Kubień - starsza pielęgniarka p/epidemiczna	Średnie, położna
10.	Małgorzata Domagała - starsza pielęgniarka, p.o. statystyka medycznego	Średnie, pielęgniarka
11.	Agata Legun – starszy rejestrator medyczny	Średnie, rejestrator medyczny
12.	Anna Krzemińska – starszy instruktor higieny	Średnie, instruktor higieny

V. Kontrola dokumentów

1. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych weryfikowano dostępność następujących aktów prawnych:

- Ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z dnia 14 marca 1985r. z późn. zm. (tj. Dz. U. z 2015 r., poz. 1412 z późn. zm.).
- Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r., poz. 947 z późn. zm.),
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r., poz. 739).
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji (Dz.U. 2010 nr 100 poz. 645).
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania (Dz.U. 2010 nr 254 poz. 1711).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. 2011 nr 182 poz. 1086 z późn. zm.).

Akty prawne dostępne są w wersji papierowej oraz wykorzystywane są strony internetowe Kancelarii Sejmu i RCL. Rejestr aktów prawnych wymaga poprawnego opracowania, w rejestrze który liczy 29 stron, znajdują się przepisy, które nie dotyczą pracy pionu epidemiologii.

Uzgodniono z Zastępcą Kierownika, Panią Grażyną Figurą iż nowy rejestr aktów prawnych zostanie opracowany w terminie do 30.09.2016 r. i przesłany na adres poczty elektronicznej Kierownika Oddziału Epidemiologii WSSE w Katowicach.

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku do dnia kontroli oraz rok 2015.

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
2016 r. 632 obiektów,	397 do końca września 2016	313	72
2015 r. 622 obiektów,	517	445	119

Przyczyny niewykonania kontroli zaplanowanych w 2015 i 2016: likwidacja obiektu, urlop, remonty, nie podejmowanie zawiadomienia o kontroli, zawieszona działalność.

VII. Kontrola prowadzonego postępowania administracyjnego i egzekucyjnego w administracji oraz nałożonych mandatów i grzywien w celu przymuszenia w okresie podlegającym kontroli

L.p.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota ^{/1}				
		Rok 2012r.	Rok 2013r.	Rok 2014r.	Rok 2015r.	do dnia 31.08.2016.
1)	Postanowienia	0	0	0	0	0
2)	Decyzje	70 (prolongat 3)	57 (prolongat 3)	34 (prolongat 2)	47 (prolongat 3)	29 (prolongat 2)
3)	Decyzje dot. chorób zawodowych ^{/3}	0	0	0	0	0
4)	Decyzje - rachunki	49 na łączną kwotę 3476,37	52 na łączną kwotę 4656,75	28 na łączną kwotę 5338,66	33 na łączną kwotę 4251,82	21 na łączną kwotę 2924,55
5)	Opinie sanitarne/**	54	44	20	33	19
6)	Sprzeciw na użytkowanie obiektu ^{/2}	0	0	0	0	0
7)	Mandaty	0	2 (300 zł)	4 (1600 zł)	2 (800 zł)	2 (1000 zł)
8)	Kontrole w trakcie realizacji ^{/2}	0	0	0	0	0
9)	Uczestnictwo w odbiorach	7	9	11	11	11
10)	Upomnienia	0	0	0	37	69
11)	Tytuły wykonawcze	0	0	0	30	54

Handwritten signature/initials

12)	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	0	0	0
13)	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	0

^{/1} - dotyczy kwot dla l.p. nr 4, 7, 12

^{/2} - dotyczy działalności w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

^{/3} - dotyczy działalności w zakresie nadzoru higieny pracy

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów 4/4
(podać liczbę)

2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/

2.1

Protokół kontroli z dnia 29.07.2016 r. nr 345/1201/ONS-EP/2016, ocena stanu sanitarno-higienicznego, procedur dezynfekcji, sterylizacji i gospodarki odpadami medycznymi. Podczas kontroli stwierdzono nieprawidłowości, w związku z którymi podano informację o zamiarze wydania decyzji administracyjnej. Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego z dnia 01.08.2016 r. znak 345/1201/ONS-EP/2016.

Kontrola sprawdzająca 08.08.2016 r., znak 353/1201/ONS-EP/2016 podczas której stwierdzono nieprawidłowości. Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego z dnia 08.08.2016 r.

Kontrola sprawdzająca 17.08.2016 r., znak 367/1201/ONS-EP/2016 podczas której stwierdzono nieprawidłowości.

Protokoły zostały zatwierdzone.

Decyzja administracyjna z dnia 22.08.2016 r. znak ONS-EP/432/28/16 z terminem wykonania zarządzeń do 15.09.2016. Decyzja płatnicza z dnia 22.08.2016 r. znak ONS-EP/20/16

Decyzja administracyjna z dnia 02.09.2016 r. znak ONS-EP/432/29/16 z terminem wykonania zarządzeń do 14.10.2016 r.

Decyzja płatnicza z dnia 02.09.2016 r. znak OSN-EP/21/16.

Kontrola sprawdzająca w dniu 02.09.2016 r. protokół znak 387/1201/ONS-EP/2016.

Sprawa zawiera metrykę.

2.2

Kontrola kompleksowa w dniu 15.10.2015 r., protokół znak 439/1201/ONS-EP/15, ocena stanu sanitarno-higienicznego, procedur, dezynfekcji, sterylizacji, gospodarki odpadami medycznymi oraz zaplecza szpitala. Podczas kontroli stwierdzono nieprawidłowości.

Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego.

Pismo Strony z dnia 27.10.2015 r. dotyczące wskazania terminów usunięcia nieprawidłowości.

Kontrola sprawdzająca w dniu 06.11.2015 r. protokół znak: 486/1201/ONS-EP/2015.

Decyzja merytoryczna z dnia 17.11.2015 r. znak ONS-EP/432/39/15 z terminem usunięcia nieprawidłowości do dnia 30.04.2016 r. i do dnia 30.09.2016 r.

Decyzja płatnicza z dnia 17.11.2015 r. znak ONS-EP/29/15.

Pismo Strony z dnia 21.04.2016 r. z prośbą o prolongatę terminu.

Decyzja zmieniająca termin wykonania zarządzeń z dnia 25.04.2016 r. znak ONS-EP/432/16/16.

Prolongowanie terminu do 30.09.2016 r.

Kontrola sprawdzająca z dnia 17.05.2016 r. protokół znak 225/1201/ONS-EP/2016.

Sprawa w trakcie, część zarządzeń decyzji w toku.

Sprawa zawiera metrykę.

2.3

Protokół kontroli z dnia 20.06.2013 r. znak 286/1201/NS/EP/13, kontrola wykonawstwa szczepień ochronnych, dokumentacja szczepień, przechowywanie preparatów szczepionkowych, sprawozdawczość ze szczepień ochronnych. Podczas kontroli stwierdzono nieprawidłowości. Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego z dnia 21.06.2013 r., znak ONS-EP/432/36/2013

Decyzja merytoryczna z dnia 27.06.2013 r. znak ONS-EP/432/36/13., z terminem wykonania zarządzeń do 27.06.2013 r,

Decyzja płatnicza z dnia 28.06.2013 r. znak ONS-EP/33/13.

Kontrola sprawdzająca z dnia 26.08.2013 r. protokół znak 349/1201/NS/EP/13- zarządzenia decyzji wykonano.

2.4

Protokół kontroli z dnia 23.05.2016 r. znak 237/1211/ONS-EP/2016, kontrola wykonawstwa szczepień obowiązkowych i zalecanych, analiza rocznego sprawozdania MZ-54, dokumentacja szczepień, sprawozdawczość kwartalna, rejestr opornych środowisk. Przechowywanie i transport szczepionek. Kampania zaszczep w sobie chęć szczepienia. Podczas kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości, zaleceń nie wydano. Protokół został zatwierdzony zgodnie z SJ.

3. Ocena wydanych dokumentów

a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem akt.

2.1 sprawa kompletna, dokumentacja czytelna, nazewnictwo prawidłowe, zgodne z rzeczowym wykazem akt,

- 2.2 sprawa kompletna, dokumentacja czytelna, nazewnictwo prawidłowe, zgodne z rzeczowym wykazem akt,
- 2.3 sprawa kompletna, dokumentacja czytelna, nazewnictwo prawidłowe, zgodne z rzeczowym wykazem akt,
- 2.4 sprawa kompletna, dokumentacja czytelna, nazewnictwo prawidłowe, zgodne z rzeczowym wykazem akt.

b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli)

- 2.1 zgodne
- 2.2 zgodne
- 2.3 zgodne
- 2.4 zgodne

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa

- 2.1 zgodne
- 2.2 zgodne
- 2.3 zgodne
- 2.4 zgodne

d) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach

- 2.1 poprawnie
- 2.2 poprawnie
- 2.3 poprawnie
- 2.4 nie dotyczy

e) stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie

- 2.1 poprawnie
- 2.2 poprawnie
- 2.3 poprawnie
- 2.4 nie dotyczy

f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń

- 2.1 poprawnie
- 2.2 poprawnie
- 2.3 poprawnie
- 2.4 nie dotyczy

g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)

- 2.1 poprawnie
- 2.2 poprawnie
- 2.3 poprawnie
- 2.4 nie dotyczy

h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń

- 2.1 nie dotyczy
- 2.2 nie dotyczy
- 2.3 nie dotyczy
- 2.4 nie dotyczy

i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji

2.1 nie dotyczy

2.2 nie dotyczy

2.3 nie dotyczy

2.4 nie dotyczy

j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **

2.1 brak

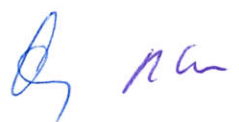
2.2 brak

2.3 brak

2.4 brak

IX. Współpraca z innymi organami/jednostkami (podmioty zewnętrzne)

- Zespół Zarządzania Kryzysowego Urzędu Miejskiego i Starostwa Powiatowego w Bielsku-Białej - współpraca w zakresie zabezpieczenia sanitarno- epidemicznego na wypadek epidemii choroby zakaźnej, ataku bioterrorystycznego na terenach powiatów grodzkiego i ziemskiego;
- Wydział Polityki Społecznej Urzędu Miejskiego w Bielsku - Białej w zakresie organizacji promocji zachowań prozdrowotnych;
- Miejski Zarząd Oświaty Urzędu Miejskiego w Bielsku- Białej w zakresie promocji zachowań prozdrowotnych;
- Komenda Miejska Państwowej Straży Pożarnej w Bielsku- Białej w ramach planu zarządzania kryzysowego - procedura p/epidemiczna Urzędu Miejskiego Starostwa Powiatowego w Bielsku-Białej;
- Miejska Komenda Policji w Bielsku- Białej w ramach zapewnienia ochrony pracownikom w sytuacjach stwarzających zagrożenie w środowiskach patologicznych;
- Straż Miejska w Bielsku-Białej w ramach zapewnienia ochrony pracownikom w sytuacjach stwarzających zagrożenie w środowiskach patologicznych;
- Powiatowy Lekarz Weterynarii w zakresie zwalczania chorób odzwierzęcych, urzędowych badań lekarsko - weterynaryjnych przy pokąsaniu przez nieznane zwierzę;
- Inspekcja Sanitarno - Epidemiologiczna MSWiA w Katowicach w zakresie wspólnych kontroli w punktach szczepień znajdujących się w placówkach będących pod nadzorem Inspekcji Sanitarnej MWSiA;
- Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny w Katowicach Oddział w Bielsku-Białej – organ konsultacyjny (zatrucia);
- Narodowy Fundusz Zdrowia – kwartalne zestawienia zgłoszonych chorób zakaźnych dokonywanych przez lekarzy;
- Główny Urząd Statystyczny w zakresie pozyskiwania danych demograficznych;
- Beskidzka Izba Lekarska- organizacja szkoleń dla lekarzy;



- Beskidzka Izba Pielęgniarska - organizacja szkoleń dla pielęgniarek;
- Miejskie Schronisko dla Bezdomnych Zwierząt w Bielsku-Białej, ul. Reksia 48.

(podać: nazwę organu /instytucji, rodzaj współpracy, częstotliwość współpracy: doraźna, ciągła, podstawę prawną współpracy)

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

- Sekcja Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku – wspólne kontrole: kontrole kompleksowe placówek ochrony zdrowia, interwencyjne, tematyczne związane z wystąpieniem ogniska epidemicznego, zakażenia szpitalnego lub zatrucia pokarmowego, współudział w opracowaniu ogniska zatrucia pokarmowego- współpraca ciągła;
- Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska - wspólne kontrole: kompleksowe placówek ochrony zdrowia, interwencyjne, tematyczne związane z wystąpieniem ogniska epidemicznego, zakażenia szpitalnego lub zatrucia pokarmowego, współudział w opracowaniu ogniska zatrucia pokarmowego - współpraca ciągła;
- Sekcja Higieny Pracy - wspólne kontrole placówek ochrony zdrowia - wydawanie opinii wewnętrznej, kontrole przeprowadzane na wniosek Sekcji EP w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami w ramach nadzoru bieżącego - współpraca doraźna;
- Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży - wydawanie opinii wewnętrznej, wspólne kontrole w placówkach opiekuńczo - wychowawczych, dochodzenia epidemiologiczne przy zatruciach pokarmowych - współpraca doraźna;
- Sekcja Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego - wspólne odbiory obiektów, wydawanie opinii wewnętrznej - współpraca doraźna;
- Sekcja Oświaty Zdrowotnej - działalność w zakresie promocji zdrowia: pogadanki, wykłady z zastosowaniem prezentacji multimedialnych dla zaproszonych gości; udział w programach zdrowotnych realizowanych przez Sekcję OZ - współpraca doraźna.

(podać: nazwę oddziału /pionu, rodzaj współpracy: np. wspólna kontrola, odbiór obiektu, wydawanie opinii wewnętrznej, szkolenia wewnętrzne, określić częstotliwość współpracy: doraźna, ciągła)

XI. Inne zagadnienia

1. Udostępnianie zainteresowanym informacji o liście rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych ***
Nie dotyczy.

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Zgodnie z zapisami w protokole.

XIII. Dodatkowe informacje

Sposób i terminowość rozpatrywania interwencji przez Sekcję Epidemiologii

Ilość interwencji w latach 2012- 2016*

- ilość interwencji w roku 2012 -9 w tym zasadnych - 0.
- ilość interwencji w roku 2013 -6 w tym zasadnych - 2.

- ilość interwencji w roku 2014- 1 w tym zasadnych - 0.
- ilość interwencji w roku 2015- 4 w tym zasadnych - 0.
- ilość interwencji w roku 2016- 4 w tym zasadnych - 0

Wyrywkowo sprawdzono postępowanie w przypadku 3 interwencji zgłoszonych w roku 2016.

- Formularz zgłoszenia interwencji z dnia 06.07.2016 r. spisany przez pracownika sekcji epidemiologii na podstawie rozmowy telefonicznej (anonim). Zgłoszono nieprawidłowości natury sanitarno-higienicznej w gabinecie ginekologicznym. Kontrolę przeprowadzono w dniu 11.07.2016 r. Interwencja niezasadna, wniesione zarzuty nie zostały stwierdzone podczas kontroli.
- Zgłoszony wniosek drogą elektroniczną w dniu 08.06.2016 r. dotyczący nieprawidłowego przechowywania preparatów szczepionkowych w przychodni. Kontrolę przeprowadzono w dniu 13.06.2016 r. Nie stwierdzono nieprawidłowości, wydano zalecenia pokontrolne. Odpowiedź stronie wnoszącej wniosek w dniu 21.06.2016 r. Interwencja niezasadna, wniesione zarzuty nie zostały stwierdzone podczas kontroli.
- Wniosek przyjęty w dniu 06.04.2016 r. dotyczący przestrzegania zasad higieny w gabinecie stomatologicznym. Adnotacja służbowa z dnia 13.04.2016 r. o braku możliwości przeprowadzenia kontroli (gabinet nieczynny do 16.04.2016 r.) Kontrola w dniu 25.04.2016 r. Nieprawidłowości nie stwierdzono, zaleceń nie wydano. Interwencja niezasadna, wniesione zarzuty nie zostały stwierdzone podczas kontroli.

Uzgodniono z Zastępcą Kierownika Sekcji Epidemiologii, iż w związku z sytuacją wydania zaleceń pomimo braku nieprawidłowości będą przeprowadzone wyjaśnienia ze specjalistą Systemu Jakości.

Zawiadomienia o wszczęciu kontroli.

Sprawdzono wyrywkowo terminowość wykonania kontroli po odebraniu przez jednostkę kontrolowaną zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli. Ustalono, co następuje:

- wyrywkowo sprawdzono zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli:

1. [REDACTED] Data zawiadomienia: 25.02.2016 r., data odebrania zawiadomienia: 26.02.2016 data przeprowadzenia kontroli 07.03.2016 r.,
2. [REDACTED] Data zawiadomienia 26.02.2016 r. data odebrania zawiadomienia 29.02.2016 r. Data przeprowadzenia kontroli 10.03.2016 r.,

3. [REDACTED] Data zawiadomienia 24.02.2014 r., data odebrania zawiadomienia 26.02.2014 r., data przeprowadzenia kontroli 07.03.2014 r.

4. [REDACTED] Data zawiadomienia 26.07.2016 r., data odebrania zawiadomienia 28.07.2016 r., data przeprowadzenia kontroli 11.08.2016 r.

5. [REDACTED] -
[REDACTED] Data zawiadomienia 28.09.2015 r., data odebrania zawiadomienia 02.10.2015 r., data przeprowadzenia kontroli 30.10.2015 r.

Kontrole przeprowadzane terminowo.

Nadzór nad gripą w 2016 roku

- Pismo do Zakładów Opieki Zdrowotnej i Prywatnych Praktyk Lekarskich z dnia 05.02.2016 r. znak ONS-EP/4710/2/16 przypominające o obowiązku zgłaszania podejrzeń i zachorowań na gripę.

- Pismo do Zakładów Opieki Zdrowotnej, Indywidualne i Grupowe praktyki lekarskie z dnia 18.04.2016 r. znak NS/EP/4710/12/16 dotyczące sytuacji epidemiologicznej grypy. Pismo zostało sporządzone na podstawie pisma ŚPWIS z dnia 15.04.2016 r. znak NS-EP.9011.1.48.2016.

- Ponadto w sytuacji gdy PPIS zostaje poinformowany o dodatnim wyniku badania laboratoryjnego w kierunku grypy każdorazowo informuje Powiatowego Inspektora Weterynarii o kontakcie tejże osoby ze zwierzętami. Ostatnie takie pismo z datą 30.03.2016 r. znak ONS-EP/4710/7/16 dotyczące osoby o inicjałach M.P. hospitalizowanej w Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej.

W związku z powyższymi ustaleniami zaleceń nie wydaje się.

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:

- nie dotyczy

mgr Grażyna Figura
st. asystent
Sekcji Epidemiologii
specjalista pielęgniarstwa
epidemiologicznego

.....
pieczętka i podpis pracownika psse uczestniczącego w kontroli/
pieczętka i podpisy pracowników PSSE uczestniczących w kontroli**

Dział Nadzoru Sanitarnego
Kierownik Oddziału Epidemiologii
A. Kus. Jan
mgr Renata Cieślak-Tarkota

.....
pieczętka i podpis osoby kontrolującej/
pieczętka i podpisy osób kontrolujących **

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

*** dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Ustalenia w zakresie epidemiologii / higieny żywności, żywienia i przedmiotów użytku / higieny komunalnej / bezpieczeństwa wody / higieny pracy / higieny dzieci i młodzieży / zapobiegawczego nadzoru sanitarnego/ systemu jakości/systemu zarządzania:**

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bielsku-Białej
43-300 Bielsko-Biała, ul. Broniewskiego 21

(adres)

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli Sekcja Higieny Żywności,
Żywienia i Przedmiotów Użytku

(pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym psse)

III. Data kontroli 13.09.2016r. – 15.09.2016r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli 2013r. – 2016r. (do dnia 12.09.2016r.)

V. Kontrola dokumentów

1. Rodzaj prowadzonych: rejestrów/ewidencji/ bazy danych ** na podstawie obowiązujących przepisów lub przyjętych wewnętrznie do stosowania

L.p.	Rodzaj rejestrów/ewidencji/wykazu/ bazy danych **	+jest, - nie ma	nieprawidłowości
1.	Rejestr obiektów nadzorowanych	+	*
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych	+	
3.	Zapisy ze szkoleń wewnętrznych	+	
4.	Rejestry szkoleń pracowników (indywidualne)	+	
5.	Rejestry wydanych decyzji	+	
6.	Rejestry postanowień	+	
7.	Rejestry: interwencji/ skarg, wniosków**	+	
8.	Rejestr nałożonych mandatów (prowadzony centralnie dla całej Stacji)	+	
9.	Rejestr zgłoszeń ocenianych partii produktów/towarów z importu	+	
10.	Rejestr zgłoszeń ocenianych partii produktów/towarów z eksportu	+	
11.	Rejestr pism o naruszeniu przepisów do ŚPWIS i/lub Sądu	+	
12.	Rejestr zaświadczeń	+	
13.	Rejestr pism różnych	+	
14.	Rejestry wydanych decyzji o zatwierdzeniu zakładu	+	
15.	Rejestry wydanych decyzji o wykreśleniu zakładu z rejestru	+	
16.	Rejestr wydanych decyzji umarzających	+	
17.	Rejestr decyzji nakazowych	+	
18.	Rejestry wydanych decyzji unieruchomienia zakładu i/lub zakazu wprowadzania do obrotu	+	
19.	Rejestr decyzji płatniczych	+	
20.	Rejestr wydanych formularzy (protokoły) - CRONSOR	+	
21.	Rejestr pobranych próbek	+	

(*) Od bieżącego roku są prowadzone w wersji elektronicznej rejestry zakładów, decyzji zatwierdzających, wykreślających, decyzji płatniczych, decyzji nakazowych, unieruchomienia zakładów i zakazu wprowadzania do obrotu, umorzenia postępowania administracyjnego, postanowień, odwołań, wniosków o ukaranie kierowanych do ŚPWIS i do sądów grodzkich, wydanych zaświadczeń, interwencji, pism różnych wychodzących. Zaprezentowano rejestry na komputerze znajdującym się w pokoju kierownika. Zasygnalizowano kierownikowi Sekcji konieczność okresowej weryfikacji formy rejestrów przyjętych w sekcji do stosowania.

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych
W stacji funkcjonuje wyodrębniony wewnętrzny system informatyczny sieciowy, w którym znajduje się podzakładka REJESTR PRZEPISÓW PRAWNYCH w zakładce ZARZĄDZANIE. Są tam także podzakładki np. z zarządzeniami GIS, procedurami Systemu Zarządzania. Pracownicy Sekcji mają dostęp do aktualnych przepisów prawnych poprzez strony internetowe: do rozporządzeń UE przez stronę www.eur-lex.europa.eu, do aktów prawnych krajowych poprzez licencjonowany program lex i przez stronę sejmową, dostępne na wszystkich komputerach w Sekcji (Seksja posiada trzy hasła dostępu do systemu lex, z których korzystają wszyscy pracownicy). Rejestr obowiązujących aktów prawnych krajowych i unijnych jest prowadzony w wersji elektronicznej, na bieżąco aktualizowany. Pracownicy Sekcji ONS-HŻŻ posiadają szkoleniowe egzemplarze podstawowych przepisów prawnych (odpowiadają za ich aktualność). Informacje dotyczące wytycznych jednostek nadrzędnych przekazywane są pracownikom na bieżąco w trakcie narad wewnętrznych. Pracownicy po zapoznaniu się z ww. zagadnieniami powyższe potwierdzają podpisem na liście obecności z narady. Dowód notatki z narad 11.07., 07.03., 11.04.2016 r. Działa też wewnętrzny system intranet, w którym publikowane są m.in. zarządzenia PPIS, regulaminy, informacje o zmianach podstawowych przepisów prawnych)

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 31.08.2016r.)

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
3391	1343	1046	834

VII. Kontrola prowadzonego postępowania administracyjnego i egzekucyjnego w administracji oraz nałożonych mandatów i grzywn w celu przymuszenia w okresie podlegającym kontroli

L.p.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota ^{/1}				Uwagi:
		2013 rok	2014 rok	2015 rok	2016 rok do dnia kontroli	
1.	Postanowienia	7	10	4	2	
2.	Decyzje	827	597	386	245	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych ^{/3}	—	—	—	—	
4.	Decyzje - rachunki	229	271	225	223	
5.	Opinie sanitarne/pisma ^{**}	—	—	—	—	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu ^{/2}	—	—	—	—	
7.	Mandaty	60/12350	47/11300	38/8700	29/6900	
8.	Kontrole w trakcie realizacji ^{/2}	—	—	—	—	

u. m

[Signature]

9.	Uczestnictwo w odbiorach	86	93	98	54	
10.	Upomnienia	0	0	0	0	
11.	Tytuły wykonawcze	0	0	0	0	
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	0	0	
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	2	0	1	0	

- ^{/1} - dotyczy kwot dla l.p. nr 4, 7, 12
^{/2} - dotyczy działalności w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego
^{/3} - dotyczy działalności w zakresie nadzoru higieny pracy

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów15.....
.....
(podać liczbę)
2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/
 - 2.1 [REDACTED] – Nr wpisu: 0366/1201/2015, Decyzja Nr: 1750/15 – Zatwierdzenie nowego zakładu
 - 2.2 [REDACTED] – Nr wpisu: 0876/1201/2008, Decyzja Nr: 610/16 – Zatwierdzenie istniejącego zakładu
 - 2.3. Fundacja Dla Osób Pokrzywdzonych Losowo – Magazyn żywności dla najuboższych, [REDACTED] - Nr wpisu” 0341/1201/2015, Decyzja Nr: 1560/15 – zatwierdzenie nowego zakładu
 - 2.4 Stołówka w [REDACTED] – Nr wpisu: 2209/1201/2008 – postępowanie administracyjne
 - 2.5 [REDACTED] – Nr wpisu: 0197/1201/2014 – postępowanie administracyjne
 - 2.6 [REDACTED] – Nr wpisu: 0434/1201/2014 – postępowanie administracyjne
 - 2.7 Wniosek Nr ONS-HŻŻ/4610/154/16 z dnia 30.08.2016r. – [REDACTED] – Świadectwo Nr: ONS-HZZ/4610/154/16 – Wyrób przeznaczony do kontaktu z żywnością: Komplet Szućców – kontrola graniczna, import
 - 2.8 Wniosek Nr ONS-HŻŻ/4610/153/16 z dnia 29.08.2016r. – [REDACTED] – Świadectwo Nr: ONS-HŻŻ/4610/152/16 – Wyrób przeznaczony do kontaktu z żywnością: Pojemniki ze stali nierdzewnej – Świadectwo Nr: ONS-HŻŻ/4610/153/16 – Wyrób przeznaczony do kontaktu z żywnością: Pokryvky ze stali nierdzewnej – kontrola graniczna, import
 - 2.9 Protokół nr 2081/1201/ONS-HŻŻ/2016 – Kontrola tematyczna dotycząca wdrażania zasad dobrej praktyki produkcyjnej w zakładzie, Protokół nr 2699/1201/ONS-HŻŻ/2016 – Kontrola sanitarna – [REDACTED] (produkcja materiałów do kontaktu z żywnością – regranulat R-PET)
 - 2.10 Nr ewid. 63/14, znak: NS/HŻŻ/0911/14/63/14 – interwencja konsumenta zgłoszona osobiście dotyczącej niewłaściwej jakości zdrowotnej produktu pn. płatki owsiane z pełnego ziarna – [REDACTED] – pobór próbek do badań / nie kwestionowano
 - 2.11 Nr ewid. 30/16, znak: ONS-HŻŻ/0911/14/30/16 – interwencja konsumenta zgłoszona telefonicznie dotycząca obecności folii w paście jajecznej zakupionej w sklepie spożywczym [REDACTED] – producent: [REDACTED]

██████████ – przekazanie zgodnie z właściwością rzeczową Powiatowemu Lekarzowi Weterynarii w Poznaniu

2.12 Nr ewid. 31/16, znak: ONS-HŻŻ/0911/14/31/16 – anonimowa interwencja konsumenta zgłoszona telefonicznie dotycząca uchybień higieniczno-sanitarnych – Dworek „EUREKA”, 43-502 Czechowice-Dziedzice, ul. Prusa 64

2.13 Nr ewid. 38/16, Protokół nr 1644/1201/ONS-HŻŻ/2016 – anonimowa interwencja konsumenta zgłoszona telefonicznie dotycząca nieprawidłowych warunków obierania warzyw i owoców – Lokal gastronomiczny” ██████████

2.14 Protokół nr 639/1201/ONS-HŻŻ/2016 – znak: HŻ.1411.4.2016.AW – Przekazanie przez Dolnośląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego interwencji dotyczącej niewłaściwej jakości zdrowotnej produktu pn. aloes bez mięszu – producent: ██████████ – pobór próbek do badań / nie kwestionowano.

2.15 Nr z rejestru skarg 1/2015 – Protokół nr 85/1201/ONS-HŻŻ/2015 – znak: NS-HŻŻiPU.142.144.1.2014 – Przekazanie przez Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego skargi na pracowników PPIS oraz w związku z nieprawidłowościami higieniczno-sanitarnymi i technicznymi – ██████████ – przekazanie zgodnie z właściwością rzeczową Państwowej Inspekcji Pracy w Bielsku-Białej.

3. Ocena wydanych dokumentów

- a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem:
brak uwag
- b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli:
nie kontrolowano
- c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa:
brak uwag
- d) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach:
brak uwag
- e) stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie :
brak uwag
- f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń:
brak uwag
- g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli):
zasugerowano by sprawdzenie wykonania zaleceń pokontrolnych zapisywać na formularzu protokołu kontroli sprawdzającej a nie jak dotychczas protokołu kontroli tematycznej oraz by dla spraw, które nie kończą się decyzją techniczną bo na usunięcie nieprawidłowości wydaje się zalecenia (konieczność wpisu do książki kontroli), zrezygnować z umarzania postępowania, poprzestając na decyzji dotyczącej płatności za przeprowadzenie kontroli.
- h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażeń:
brak uwag
- i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji:
brak przypadków
- j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi: **

wskazano na konieczność określenia zasad dot. uzupełniania danych podawanych przez przedsiębiorców we wnioskach o zatwierdzenie i wpis (...).

Zwrócono uwagę kierownika Sekcji że istnieje sprzeczność w zapisach protokołów i arkuszach oceny w których warunki sanitarne uznano za prawidłowe a jednocześnie zaznaczono że nie użyto własnego sprzętu pomiarowego ani nie odnotowano że bazowano na sprzęcie przedsiębiorcy.

IX. Współpraca z innymi organami/jednostkami (podmioty zewnętrzne)

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Bielsku-Białej zgodnie z porozumieniami współpracuje z:

-Powiatowym Lekarzem Weterynarii – przekazywanie aktualnych list obiektów wspólnie nadzorowanych, przeprowadzanie wspólnych kontroli (sprzedaż bezpośrednia na targowiskach, przedświąteczna sprzedaż karpia, obiekty wspólnie nadzorowane, przekazywanie interwencji, wyników badań). Regularne organizowanie spotkań PLW z PPIS w Bielsku-Białej – omawianie aktualnych problemów i zadań, wymiana informacji, podsumowanie współpracy;

-Wojewódzkim Inspektorem Farmaceutycznym (delegatura w Bielsku-Białej) – przekazywanie informacji o zamiarach i efektach przeprowadzanych kontroli, pobieraniu prób, wynikach badania. Aktualizacji listy aptek, punktów aptecznych i sklepów zielarsko-medycznych. Organizowanie spotkań przedstawiciela WIF z PPIS w Bielsku-Białej – omawianie aktualnych problemów i zadań, wymiana informacji;

-Śląskim Wojewódzkim Inspektorem Ochrony Roślin i Nasiennictwa oraz z Wojewódzkim Inspektorem Ochrony Środowiska w Katowicach – wspólne kontrole, nadzór nad bezpieczeństwem produkcji pierwotnej żywności pochodzenia roślinnego (pobór prób, wymiana informacji).

Ponadto współpracowano z :

-Policją – wspólne kontrole dotyczące nielegalnej sprzedaży m.in. suplementów diety, „dopalaczy” w sklepie spożywczym, przekazywanie zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, organizowanie i przeprowadzania szkoleń;

-Organami Administracji Państwowej (Urząd Miasta, Urząd Gminy, Starostwo, itd.) – doraźna wymiana informacji, podejmowanie wspólnych ustaleń i uzgodnień;

-Urzędem Celnym – współpraca w ramach granicznej kontroli sanitarnej;

(podać: nazwę organu /instytucji, rodzaj współpracy, częstotliwość współpracy: doraźna, ciągła, podstawę prawną współpracy)

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Współpraca z Sekcjami:

-Higieny Komunalnej i Środowiska – m.in. w sprawie nadzoru nad jakością wody w obiektach żywnościowych, imprez masowych, odbiorów sanitarnych, interwencji, prowadzenia ewidencji aptek, punktów aptecznych, sklepów zielarsko-medycznych (współpraca ciągła);

-Epidemiologii – w zakresie opracowywania „ognisk zatruc pokarmowych”: wspólne kontrole, dochodzenie (współpraca doraźna);

-Higieny Dzieci i Młodzieży – w zakresie nadzoru nad wypoczynkiem (lato, zima), nadzór nad świetlicami środowiskowymi, wspólne odbiory, organizowanie i prowadzenie wspólnych szkoleń dla pracowników świetlic środowiskowych (współpraca doraźna);

- Nadzoru Zapobiegawczego – w zakresie odbiorów obiektów żywnościowych, ustaleń dotyczących projektów, odbiorów (współpraca ciągła);
- Oświaty Zdrowotnej - w zakresie kontynuacji prowadzenia akcji „Żywienie na wagę zdrowia” (organizacja i prowadzenie szkoleń dla dyrektorów placówek oświatowych); innych programów edukacyjnych, przestrzegania przepisów o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu... (współpraca ciągła);
- Higieny Pracy – w zakresie wymiany informacji (współpraca doraźna); (podać: nazwę oddziału /pionu, rodzaj współpracy: np. wspólna kontrola, odbiór obiektu, wydawanie opinii wewnętrznej, szkolenia wewnętrzne, określić częstotliwość współpracy: doraźna, ciągła)

XI. Inne zagadnienia

1. Udostępnianie zainteresowanym informacji o liście rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych ***

.....

 (aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Nie kontrolowano

XIII. Dodatkowe informacje

1. Skargi/ wnioski/interwencje

W PSSE w Bielsku-Białej skargi i wnioski załatwiane są w oparciu o Regulamin przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków oraz interwencji wprowadzony Zarządzeniem nr 3/14 Dyrektora PSSE w Bielsku-Białej z dnia 16.02.2015 r. Ogólny rejestr skarg i wniosków prowadzony jest przez pracownika sekretariatu stacji. Określono wzór protokołu przyjęcia skargi/wniosku. Do rozpatrywania skarg upoważnieni są wytypowani pracownicy - imiennie). W latach 2013-2016 odnotowano w rejestrze skarg 1 skargę na pracowników Sekcji ONS-HŻŻ – uznano za bezzasadną (poz.1/2015).

Wnioski i interwencje (dotyczące stanu sanitarnego i bezpieczeństwa żywności)

W Sekcji ONS-HŻŻ interwencje dotyczące spraw w zakresie stanu sanitarnego obiektów oraz bezpieczeństwa żywności i wyrobów kosmetycznych rejestrowane są w rejestrze interwencji (także anonimowe). Począwszy od 2016 r. rejestr prowadzony elektronicznie. Każdorazowo po przyjęciu interwencji wniesionej ustnie, telefonicznie, elektronicznie lub pisemnie sporządza się stosowny formularz (protokół przyjęcia).

Sprawy (także anonimowe) rozpatrywane bez zbędnej zwłoki, w razie potrzeby przekazywane są według kompetencji innym organom. W razie konieczności pobiera się próby żywności do badań laboratoryjnych. O sposobie załatwienia interwencji zawiadamia się Stronę wnoszącą interwencję.

Zwrócono uwagę kierownikowi Sekcji na konieczność rozważenia wyboru pracowników załatwiających sprawę, dekretowania ze wskazaniem konkretnych czynności (jeśli to wskazane) oraz wzmożenia nadzoru nad trybem rejestracji elektronicznej.

Zestawienie ilości załatwianych spraw (interwencji)

Rok	2013	2014	2015	2016 do 31.08.2016r.
Ogółem:	38	80	74	43
Uznane za zasadne (w tym):	13	17	14	10
Na jakość środka spożywczego	5	5	6	4
Na zły stan sanitarny	8	12	8	6
Pobrane próbki/ kwest. (kontrola celowana)	18/0	32/14	54/2	37/11
Mandaty liczba/kwota	5/1200zł	10/2700zł	11/2200zł	7/1600
Decyzje administracyjne	1	1	1	0

Zasygnalizowano kierownikowi Sekcji potrzebę zwiększenia liczby próbek do badań laboratoryjnych przydzielonych w Krajowym Planie poboru próbek do badań w ramach tzw. urzędowej kontroli celowanej, szczególnie w wypadku interwencji dotyczących bezpieczeństwa produktów oraz w przypadku kiedy badanie może stanowić potwierdzenie niewłaściwych warunków higienicznych (np. interwencje dotyczące warunków przechowywania żywności lub obecności szkodników). Zwrócono także uwagę na potrzebę podawania w odpowiedzi szerszych informacji o działaniach podjętych przez organ w ramach załatwiania sprawy celem pogłębiania zaufania obywateli oraz budowania odpowiedniego wizerunku (w uzasadnionych wypadkach).

2. Sprawowanie nadzoru nad materiałami i wyrobami do kontaktu z żywnością

Zakłady działające na rynku materiałów i wyrobów do kontaktu z żywnością są wpisywane do rejestru zakładów podlegających nadzorowi organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej na podstawie stosownego wniosku (np. Polowat – w dokumentacji znajduje się wniosek firmy, pismo o wpisaniu do rejestru, zaświadczenie o wpisie - działania zgodne z wymaganiami przepisów). Są ujęte w planach kontroli, jak oświadczył kierownik sekcji. Wydawane są także świadectwa dla materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością przywożonych z państw trzecich, co jest odnotowywane w Rejestrze zgłoszeń ocenianych partii produktów/towarów z importu. Zapoznano się z dokumentacją dwóch spraw – bez uwag.

Sposób sprawowania nadzoru oceniano na podstawie czynności kontrolnych prowadzonych w kontrolowanym zakładzie i dokumentacji tego obiektu. Działania osób prowadzących kontrolę były zgodne z jej tematem i adekwatne do zakresu. Zadawane pytania, poruszane kwestie, etapy szczegółowe wizji lokalnej zakładu – prawidłowe dla tematu kontroli. W protokole zawarto omawiane wcześniej kwestie, stanowił odzwierciedlenie przebiegu czynności kontrolnych. Jednakże należy zaznaczyć, że deklaracja zgodności dla granulatu

tworzywa poddanego recyklingowi, oprócz wymagań opisanych w rozp. (WE) 10/2011, winna zawierać informacje, o których mowa w rozp. (WE) 282/2008, co zostało pominięte. Natomiast w odniesieniu do okazanej pozostałej dokumentacji obiektu, omyłkowo zastosowano listę pytań kontrolnych dla zakładów stosujących materiały i wyroby, zamiast listy dla zakładów produkujących W procesie recyklingu produkuje się granulat rPET-u, z którego otrzymuje się preformy a dalej butelki.

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:
nie załączono

KIEROWNIK SEKCJI
HIGIENY ŻYWNOŚCI, ŻYWIENIA
I PRZEDMIOTÓW UŻYTKU

mgr inż. Marta Welter

.....
pieczęć i podpis pracownika psse uczestniczącego w kontroli/
pieczęć i podpisy pracowników PSSE uczestniczących w kontroli**

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Dział Nadzoru Sanitarnego
KIEROWNIK
Oddziału Higieny Żywności,
Żywienia i Przedmiotów Użytku

lek. wet. Józef Lipa

.....
pieczęć i podpis osoby kontrolującej/
pieczęć i podpisy osób kontrolujących **

Dział Nadzoru Sanitarnego
Oddział Higieny Żywności i
Żywienia i Przedmiotów Użytku
STARSZY ASYSTENT

mgr Jolanta Śladki

Ustalenia w zakresie epidemiologii / higieny żywności, żywienia i przedmiotów użytku / higieny komunalnej / bezpieczeństwa wody / higieny pracy / higieny dzieci i młodzieży / zapobiegawczego nadzoru sanitarnego / systemu jakości / systemu zarządzania:**

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bielsku-Białej zlokalizowana przy ul. Broniewskiego 21

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli

Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska

(pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym psse)

III. Data kontroli 13.09.2016 r. - 15.09.2016 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli od 26.04.2012 r. do 12.09.2016 r.

V. Kontrola dokumentów

1. Rodzaj prowadzonych: rejestrów/ewidencji/ bazy danych ** na podstawie obowiązujących przepisów lub przyjętych wewnętrznie do stosowania

L.p.	Rodzaj rejestrów/ewidencji/wykazu/ bazy danych **	+jest, - nie ma	nieprawidłowości
1.	Rejestr obiektów nadzorowanych	jest-CRON	brak
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych	jest	brak
3.	Zapisy ze szkoleń wewnętrznych	jest	brak
4.	Rejestry szkoleń pracowników (indywidualne)	jest	brak
5.	Rejestry wydanych decyzji	jest-CRON i papierowy	brak
6.	Rejestry postanowień	jest-papierowy	brak
7.	Rejestry: interwencji/ skarg, wniosków**	jest	brak
8.	Rejestr nałożonych mandatów	jest-CRON i papierowy	brak

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych. Radca Prawny dostępny jest cztery razy w tygodniu. Ponadto pracownicy Sekcji mają dostęp do 4 komputerów z dostępem do internetu i tym sposobem korzystają z serwisów prawnych.

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 13.09.2016 r.)

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
1220	852	418	90

A
afule

VII. Kontrola prowadzonego postępowania administracyjnego i egzekucyjnego w administracji oraz nałożonych mandatów i grzywien w celu przymuszenia w okresie podlegającym kontroli.

L.p.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota ^{/1}				Uwagi:
		Rok 2013	Rok 2014	Rok 2015	Rok 2016 do dnia kontroli	
1.	Postanowienia	56	52	55	55	
2.	Decyzje	166	134	151	91	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych ^{/3}	-	-	-	-	
4.	Decyzje - rachunki	172/10242,35	157/10342,02	161/10246,34	85/7004,68	
5.	Opinie sanitarne/pisma ^{**}	0	2	2	0	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu ^{/2}	-	-	-	-	
7.	Mandaty	8/1450	17/2500	23/4250	5/1450	
8.	Kontrole w trakcie realizacji ^{/2}	-	-	-	-	
9.	Uczestnictwo w odbiorach	54	54	49	54	
10.	Upomnienia	1	-	-	-	
11.	Tytuły wykonawcze	2	-	-	-	
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	1/500	-	-	-	
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	-	-	-	-	

^{/1} - dotyczy kwot dla l.p. nr 4, 7, 12

^{/2} - dotyczy działalności w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

^{/3} - dotyczy działalności w zakresie nadzoru higieny pracy

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów - 8
(podać liczbę)

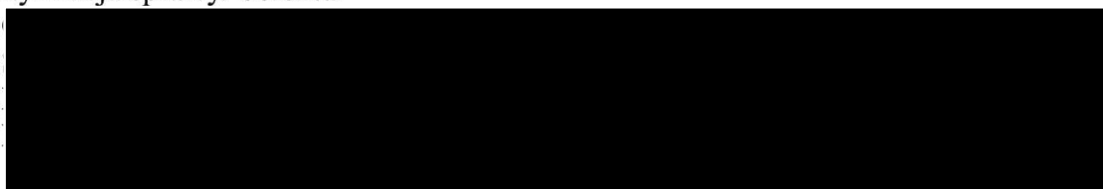
2. Identyfikacja sprawy/ obiektu ^{**/}

2.1

2.2

2.3

2.4



A
Cenle

- 2.5. „[REDAKTOWANE]
- 2.6 Interwencja z dnia 01.02.2016 r. [REDAKTOWANE] dotycząca zagrzybienia w mieszkaniu przy [REDAKTOWANE]
- 2.7 Interwencja z dnia 09.07.2015 r. [REDAKTOWANE] odnośnie pomiarów natężenia hałasu w mieszkaniu zlokalizowanym w Bielsku-Białej przy [REDAKTOWANE]
- 2.8 interwencja mianowa z dnia 13.01.2014 r. [REDAKTOWANE] dotycząca złego stanu sanitarnego i technicznego posesji przy [REDAKTOWANE],

Ocena wydanych dokumentów

- a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem akt.
Wydawane dokumenty są czytelne, kompletne i poprawne pod względem stosowanego w nich nazewnictwa.
- b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli).
Stosowane w Sekcji protokoły kontroli sanitarnej niezwłocznie po zakończeniu kontroli, najczęściej w następnym dniu, protokoły są zatwierdzane przez kierownika technicznego komórki organizacyjnej, poprzez umieszczenie w prawej dolnej części protokołu: pieczęci, podpisu, daty i słowa zatwierdzam. Kierownikiem technicznym w komórce jest Pani inż. Edyta Trela, którą w razie nieobecności zastępuje Pani mgr Agnieszka Ruśniok.
- c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa.
W wydawanych przez Sekcję HKiŚ dokumentach, cytowane są aktualne i obowiązujące przepisy prawa.
- d) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach. Każda decyzja administracyjna jest uzgadniana i akceptowana przez kierownika Sekcji, a następnie Radcę Prawnego. Decyzje i postanowienia wysyłane są stronom za zwrotnym potwierdzeniem przez nie odbioru.
- e) stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie. Stosowane są poprawne klauzule dotyczące możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienia.
- f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń.
Sprawy prowadzone w Sekcji HKiŚ załatwiane są w terminie określonym w Kodeksie postępowania administracyjnego. Wydawane decyzje administracyjne wysyłane są stronom za zwrotnym potwierdzeniem odbioru. Również zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli, dostarczane są stronom pocztą lub osobiście, za potwierdzeniem odbioru. Kontrole sanitarne przeprowadzane są zgodnie z zatwierdzonym harmonogramem kontroli.
- g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli).
Rekontrole wykonania obowiązków nałożonych decyzjami administracyjnymi przeprowadzane są w krótkich odstępach czasu po upływie terminu lub terminów określonych w tychże decyzjach.

A
Cebula

- h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń.
Nie poddano kontroli.
- i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji.
Nie poddano kontroli.
- j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **
Brak.

IX. Współpraca z innymi organami/jednostkami (podmioty zewnętrzne)

Strażą Miejską, Urzędem Miasta i Starostwem powiatowym, ZGM, Spółdzielnie Mieszkaniowe, Policją.

współpracy: doraźna, ciągła, podstawę prawną współpracy)

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Epidemiologią, Nadzorem Zapobiegawczym, Higieną Żywności, Żywności i Przedmiotów Użytku, Higieną Pracy,

(podać: nazwę oddziału /pionu, rodzaj współpracy: np. wspólna kontrola, odbiór obiektu, wydawanie opinii wewnętrznej, szkolenia wewnętrzne, określić częstotliwość współpracy: doraźna, ciągła)

XI. Inne zagadnienia

Udostępnianie zainteresowanym informacji o liście rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych ***

Nie dotyczy.

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Nie poddano kontroli.

XIII. Dodatkowe informacje

Nie pobrano.

KIEROWNIK SEKCJI
HIGIENY KOMUNALNEJ I ŚRODOWISKA
Edyta Trela
inż. Edyta Trela

Dział Nadzoru Sanitarnego
Kierownik Oddziału Higieny
Komunalnej i Środowiska

mgr inż. Anna Tatar

.....
pieczętka i podpis pracownika psse uczestniczącego w kontroli/
pieczętka i podpisy pracowników PSSE uczestniczących w kontroli**

.....
pieczętka i podpis osoby kontrolującej/
pieczętka i podpisy osób kontrolujących

**

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Ustalenia w zakresie bezpieczeństwa wody:

**Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bielsku Białej,
ul. Broniewskiego 21, 43-309 Bielsko Biala**

**I. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli: Sekcja Higieny Komunalnej
i Środowiska**

II. Data kontroli 13.09.2016 r.

III. Okres działalności podlegający kontroli 27.04.2012 r. -31.08.2016 r.

IV. Kontrola dokumentów

1. Rodzaj prowadzonych: rejestrów/ewidencji/ bazy danych ** na podstawie obowiązujących przepisów lub przyjętych wewnętrznie do stosowania

L.p.	Rodzaj rejestrów/ewidencji/wykazu/ bazy danych **	+jest, - nie ma	nieprawidłowości
1.	Rejestr obiektów nadzorowanych	+	
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych	+	
3.	Zapisy ze szkoleń wewnętrznych	+	
4.	Rejestry szkoleń pracowników (indywidualne)	+	
5.	Rejestry wydanych decyzji	+	
6.	Rejestry postanowień	+	
7.	Rejestry: interwencji/ skarg, wniosków**	+	
8.	Rejestr nałożonych mandatów	+	

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

.....
.....

**V. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach
w bieżącym roku (stan na dzień 13.09.2016)**

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
73	695	561	115

VI. Kontrola prowadzonego postępowania administracyjnego i egzekucyjnego w administracji oraz nałożonych mandatów i grzywien w celu przymuszenia w okresie podlegającym kontroli

L.p.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota ^{/1}					Uwagi:
		Rok 2012 od ostatniej kontroli	Rok 2013	Rok 2014	Rok 2015	rok 2016 do dnia kontroli	
1.	Postanowienia	0	0	1	2	0	
2.	Decyzje	10	17	24	12	13	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych ^{/3}	0	0	0	0	0	
4.	Decyzje - rachunki	6/1465,15	18/5001,72	15/5138,25	9/1844,16	12/3532,03	
5.	Opinie sanitarne/pisma ^{**}	0	0	0	0	0	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu ^{/2}	-	-	-	-	-	
7.	Mandaty	0	0	0	0	0	
8.	Kontrole w trakcie realizacji ^{/2}	-	-	-	-	-	
9.	Uczestnictwo w odbiorach	0	0	0	1	0	
10.	Upomnienia	0	1	0	0	1	
11.	Tytuły wykonawcze	0	0	0	0	0	
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	0	0	0	
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	0	

^{/1} - dotyczy kwot dla l.p. nr 4, 7, 12

^{/2} - dotyczy działalności w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

^{/3} - dotyczy działalności w zakresie nadzoru higieny pracy

VII. Kontrola dokumentacji

Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów 7

1. Identyfikacja sprawy

1. Sprawa. dot ujęcia własnego [REDACTED]

2. Sprawa Pani [REDACTED] dot. nieprawidłowej jakości wody, [REDACTED]

3. Sprawa dot niewłaściwej jakości wody ciepłej w [REDACTED]

4. Opinia sanitarna na zastosowanie materiałów mających kontakt z wodą przeznaczoną do spożycia przez ludzi dla [REDACTED]
 5. Protokół pobrania próbki wody z niecki basenowej nr ONS-HKiŚ/0692/2015 z dnia 21.09.2015 r. [REDACTED]
 6. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr ONS-HKiŚ/352/2016 z dnia 4.05.2016 r. [REDACTED]
 7. Protokół pobrania próbki wody powierzchniowej ujmowanej do celów wodociągowych nr ONS-HKiŚ/0658/2016 z dnia 24.08.2016 r. [REDACTED] w miejscu ujmowania do [REDACTED]
2. Ocena wydanych dokumentów
- a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem akt
brak uwag
 - b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli)
brak uwag
 - c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa
brak uwag
 - d) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach
brak uwag
 - e) stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie klauzula jest stosowana prawidłowo
 - f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń
brak uwag
 - g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)
brak uwag
 - h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń
brak uwag
 - i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji
brak uwag
 - j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **
brak uwag

VIII. Współpraca z innymi organami/jednostkami (podmioty zewnętrzne)

Brak uwag

IX. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Brak uwag

X. Inne zagadnienia

1. Udostępnianie zainteresowanym informacji o liście rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych ***

Nie dotyczy

XI. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Brak uwag

XII. Dodatkowe informacje

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:

1. Sprawa. dot ujęcia własnego [REDACTED]
2. Sprawa [REDACTED] dot. nieprawidłowej jakości wody, [REDACTED]
3. Sprawa dot niewłaściwej jakości wody ciepłej w [REDACTED]
4. Opinia sanitarna na zastosowanie materiałów mających kontakt z wodą przeznaczoną do spożycia przez ludzi dla [REDACTED]
5. Protokół pobrania próbki wody z niecki basenowej nr ONS-HKiŚ/0692/2015 z dnia 21.09.2015 r. Pływalia [REDACTED]
6. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr ONS-HKiŚ/352/2016 z dnia 4.05.2016 r. [REDACTED]
7. Protokół pobrania próbki wody powierzchniowej ujmowanej do celów wodociągowych nr ONS-HKiŚ/0658/2016 z dnia 24.08.2016 r. [REDACTED] w miejscu ujmowania do [REDACTED]

KIEROWNIK SEKCJI
HIGIENY KOMUNALNEJ I ŚRODOWISKA

Edyta Treła
inż. Edyta Treła

.....
pieczętka i podpis pracownika psse uczestniczącego w kontroli/
pieczętka i podpisy pracowników PSSE uczestniczących w kontroli

Dział Nadzoru Sanitarnego
KIEROWNIK
Oddział Bezpieczeństwa Wody
B. Czapla
mgr Bogdan Czapla

.....
pieczętka i podpis osoby kontrolującej/
~~**pieczętka i podpisy osób kontrolujących**~~

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Ustalenia w zakresie epidemiologii / ~~higieny żywności, żywienia i przedmiotów użytku / higieny komunalnej / bezpieczeństwa wody / higieny pracy / higieny dzieci i młodzieży / zapobiegawczego nadzoru sanitarnego / systemu jakości / systemu zarządzania:~~**

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bielsku-Białej ul. Broniewskiego 21
(adres)

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli Sekcja Higieny Pracy
(pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym psse)

III. Data kontroli 14 i 15.09.2016 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli 01.01.2012 r. do 31.08.2016r.

V. Kontrola dokumentów

1. Rodzaj prowadzonych: rejestrów/ewidencji/ bazy danych ** na podstawie obowiązujących przepisów lub przyjętych wewnętrznie do stosowania

L.p.	Rodzaj rejestrów/ewidencji/wykazu/ bazy danych **	+jest, - nie ma	nieprawidłowości
1.	Rejestr obiektów nadzorowanych *	+	
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych	+	
3.	Zapisy ze szkoleń wewnętrznych	+	
4.	Rejestry szkoleń pracowników (indywidualne)	+	
5.	Rejestry wydanych decyzji merytorycznych *	+	
6.	Rejestr wydanych decyzji płatniczych	+	
7.	Rejestry postanowień	+	
8.	Rejestry: interwencji/-skarg, wniosków*	+	
9.	Rejestr nałożonych mandatów	+	
10.	Rejestr upoważnień do przeprowadzenia kontroli *	+	
11.	Rejestr protokołów kontroli *	+	
12.	Rejestr zawiadomień do kontroli	+	
13.	Rejestr tytułów wykonawczych	+	
14.	Rejestr odwołań	+	
15.	Rejestr upomnień	+	
16.	Rejestr sprawozdań z badań środowiskowych	+	
17.	Rejestr wprowadzających do obrotu i stosujących prekursorów kat. 2 forma papierowa	+	
18.	Rejestr funkcjonariuszy odpowiedzialnych za wprowadzanie do obrotu prekursorów kat. 2 forma papierowa	+	
19.	Rejestr obrotu prekursorami kat.2 - forma papierowa	+	
20.	Rejestr zakładów w których występują czynniki rakotwórcze –wersja elektroniczna	+	
21.	Rejestr zakładów w których występują czynniki biologiczne–wersja elektroniczna		
22.	Rejestr zakładów w których występują przekroczenia NDS i NDN–wersja elektroniczna		

23.	Rejestr przepisów prawnych forma elektroniczna	+	
24.	Rejestr decyzji o stwierdzeniu chorób zawodowych	+	
25.	Rejestr decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej,	+	
26.	Rejestr kart oceny narażenia zawodowego w związku z podejrzeniem choroby zawodowej	+	
27.	Rejestr odwołań II instancji	+	
28.	Rejestr spraw przychodzących z II instancji	+	
29.	Rejestr Skarg do WSA	+	
30.	Rejestr decyzji innych	+	
31.	Rejestr protokołów przesłuchania strony	+	
32.	Rejestr korespondencji z innymi placówkami	+	

* prowadzone w CRONSOR.

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

Tak. Bez zastrzeżeń.

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 31.08.2016r.)

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
1206	159	128	105

VII. 1. Kontrola prowadzonego postępowania administracyjnego i egzekucyjnego w administracji oraz nałożonych mandatów i grzywien w celu przymuszenia w okresie podlegającym kontroli

L.p.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota ^{/1}				
		2012 rok	2013 rok	2014 rok	2015 rok	2016 do 31.08. 2016 r.
1.	Postanowienia	4	2	4	2	4
2.	Decyzje	261	220	208	225	157
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych ^{/3}	36	43	29	25	18
4.	Decyzje - rachunki	172	130	118	154	92
5.	Opinie sanitarne/pisma ^{**}	0	1	0	0	1
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu ^{/2}	-	-	-	-	-
7.	Mandaty	6/ 1450zł	1/500zł	5/1500zł	0	5/1000zł
8.	Kontrole w trakcie realizacji ^{/2}	-	-	-	-	-
9.	Uczestnictwo w odbiorach	30	24	26	37	25
10.	Upomnienia	16	7	8	20	7
11.	Tytuły wykonawcze	5	0	2	5	0
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	6	2	3	8	2

13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	1	0
-----	----------------------------	---	---	---	---	---

^{/1} - dotyczy kwot dla l.p. nr 4, 7, 12

^{/2} - dotyczy działalności w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

^{/3} - dotyczy działalności w zakresie nadzoru higieny pracy

VII 2. Kontrola prowadzonego postępowania w sprawach chorób zawodowych

Lp.	Postępowanie administracyjne w sprawie chorób zawodowych	2012 rok	2013 rok	2014 rok	2015 rok	2016 do 31.08. 2016 r.	Uwagi
1	Liczba zgłoszonych podejrzeń chorób zawodowych	48	34	32	22	23	
2	Liczba decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej	11	16	15	7	6	
3	Liczba decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej	22	23	14	17	10	
4	Liczba prowadzonych postępowań wyjaśniających w sprawie choroby zawodowej	73	42	58	44	36	
5	Liczba postanowień	67	59	99	86	61	
6	Liczba wystawionych kart stwierdzeń	14	13	16	6	3	
7	Liczba decyzji o umorzeniu postępowania	3	4	0	1	2	

VIII. Kontrola dokumentacji

- Ilość skontrolowanej dokumentacji:
obiektów: 7 (zakłady pracy)
spraw: 8 (choroby zawodowe)

- A. Identyfikacja obiektów:

2.1

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 15.03.2016 r.
Protokół kontroli nr 71/1201/ONS-HP/2016 z dnia 15.03.2016 r.
Decyzja z dnia 05.04.2016 r. nr NS/HP-432-17/16
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 15.03.2016 r.
Protokół kontroli nr 160/1201/ONS-HP/2016 z dnia 06.06.2016 r.

2.2

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 15.03.2016 r.
Protokół kontroli nr 72/1201/ONS-HP/2016 z dnia 15.03.2016 r.

Decyzja z dnia 08.04.2016 r. nr NS/HP-432-18/16
Pismo strony z dnia 22.06.2016r. dot. prolongaty
Decyzja z dnia 04.07.2016 r. nr NS/HP-432-18/16
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 15.07.2016 r.
Protokół kontroli nr 207/1201/ONS-HP/2016 z dnia 15.07.2016 r.

2.3]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 18.03.2014 r.
Protokół kontroli nr 67/1201/ONS-HP/2014 z dnia 18.03.2014 r.
Decyzja z dnia 16.04.2014r. NS/HP-432-22/14
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 11.07.2014 r.
Protokół kontroli nr 182/1201/ONS-HP/2014 z dnia 11.07.2014 r.
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 14.10.2014 r.
Protokół kontroli nr 272/1201/ONS-HP/2014 z dnia 14.10.2014 r.

2.4]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 18.06.2015 r.
Protokół kontroli nr 159/1201/ONS-HP/2015 z dnia 18.06.2015 r.
Decyzja z dnia 07.07.2015 r. nr ONS/HP-432-75/15
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 24.11.2015 r.
Protokół kontroli nr 361/1201/ONS-HP/2015 z dnia 24.11.2015 r.
Pismo strony z dnia 27.10.2015r. (data wpływu do PSSE -17.03.2016 r.) dot. prolongaty
Decyzja z dnia 22.03.2016 r. nr NS/HP-432-75/16
Pismo strony z dnia 11.05.2016r. (data wpływu do PSSE -30.05.2016 r.) dot. prolongaty
Decyzja z dnia 01.07.2016 r. nr NS/HP-432-75/16
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 23.06.2016 r.
Protokół kontroli nr 185/1201/ONS-HP/2016 z dnia 23.06.2016 r.

2.5]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 16.06.2016 r.
Protokół kontroli nr 165/1201/ONS-HP/2016 z dnia 16.06.2016 r.
Decyzja z dnia 09.07.2016 r. nr ONS/HP-432-73/16
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 11.09.2016 r.
Protokół kontroli nr 264/1201/ONS-HP/2016 z dnia 11.09.2016 r.

2.6]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 22.03.2013 r.
Protokół kontroli nr 135/1201/NS-HP/2013 z dnia 22.05.2013 r.
Decyzja z dnia 06.06.2013 r. nr ONS/HP-432-56/13
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 04.09.2013 r.
Protokół kontroli nr 230/1201/NS-HP/13 z dnia 04.09.2013r.

2.7]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 24. 08.2016 r.
Protokół kontroli nr 237/1205/ONS/HP/2016 z dnia 24.08.2016 r.
Decyzja z dnia 13.09.2016 r. nr ONS/HP-432-97/16

B. Identyfikacja spraw (choroby zawodowe):

- 2.1 ONS-HP-4432-62/13 [REDACTED] choroba zawodowa poz. 20/1
- 2.2 ONS-HP-4432-33/13 [REDACTED] choroba zawodowa poz. 19/1
- 2.3 ONS-HP-4432-8/13 [REDACTED] choroba zawodowa poz. 3/2
- 2.4 ONS-HP-4432-38/14 [REDACTED] choroba zawodowa poz. 19/4
- 2.5 ONS-HP-4432-16 /15 [REDACTED] choroba zawodowa poz. 3/2
- 2.6 ONS-HP-4432-10 /14 [REDACTED] choroba zawodowa poz. 15
- 2.7 ONS-HP-4432-8 /14 [REDACTED] choroba zawodowa poz. 20/1
- 2.8 ONS-HP-4432-8 /2015 [REDACTED] choroba zawodowa poz. 6

3. Ocena wydanych dokumentów

- a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem akt

Do dokumentacji zakładów pracy opisanych w pkt. 2 nie wnosi się zastrzeżeń.

Dokumentacja sprawach chorób zawodowych prowadzona prawidłowo zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi.

- b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli)

Do dokumentacji zakładów pracy opisanych w pkt. 2 nie wnosi się zastrzeżeń.

- c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa

Bez zastrzeżeń

- d) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach

Bez zastrzeżeń

- e) stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie

Bez zastrzeżeń

- f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń

Bez zastrzeżeń

- g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)

Bez zastrzeżeń

h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń

Bez zastrzeżeń

i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji

Bez zastrzeżeń

j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **

nie dotyczy

IX. Współpraca z innymi organami/jednostkami (podmioty zewnętrzne)

Pracownicy Sekcji Higieny Pracy w sprawach dotyczących nadzoru , chorób zawodowych oraz w różnego rodzaju interwencjach współpracowali z:

- a) choroby zawodowe:
- WOMP Poradnia Chorób Zawodowych Sosnowiec
- IMP i ZŚ Sosnowiec
- IMP Łódź
- Szpital Specjalistyczny nr 1 w Bytomiu

b) nadzór higieny pracy:

- PIP
- PIH
- Nadzór Budowlany
- Inspekcja Ochrony Środowiska

c) nadzoru środkami zastępczymi współpracowano z:

- Komenda Miejska Policji w Bielsku-Białej
- Prokuratura Rejonowa Bielsko-Biała Południe
- Prokuratura Rejonowa Bielsko-Biała Północ
- Służba Celna/ Straż Graniczna,

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Współpraca zależności od potrzeb z:

- Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska – wspólne kontrole,
- Sekcja Epidemiologii – wspólne kontrole,
- Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży - wspólne kontrole,
- Sekcja Higieny Żywności, Żywności i Przedmiotów Użytków- wspólne kontrole,
- Samodzielne stanowisko pracy ds. oświaty zdrowotnej – działania promocyjne zdrowy tryb życia i działania oświatowe w zakresie środków zastępczych oraz palenia
- Stanowisko pracy ds. zapobiegawczego nadzoru zapobiegawczego – wspólne odbiory

obiektów

- Radca prawny – opiniowanie prowadzonego postępowania administracyjnego

XI. Inne zagadnienia

1. Udostępnianie zainteresowanym informacji o liście rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych ***

Nie dotyczy

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Nie dotyczy

XIII. Dodatkowe informacje

Na terenie nadzorowanym przez PPIS w Bielsku – Białej znajdował się 1 sklep zlokalizowany : Bielsko -Biała ul. Stojałowskiego 6 w którym dochodziło do wprowadzania do obrotu środków zastępczych.

Nadzór nad środkami zastępczymi - „dopalaczami”					
Rok	2012	2013	2014	2015	2016 r. (do 31 sierpnia)
Liczba kontroli	1	2	2	3	0
Liczba wizytacji	0	0	0	23	10
Liczba decyzji (bez kar pieniężnych)	2	5	9	18	1
Liczba kar pieniężnych	0	2	1	4	1

Skontrolowano dokumentację dot. firmy PJK Development Sp. z o.o. 60-129 Poznań ul. Sielska 17A która prowadzi działalność gospodarczą w obiekcie znajdującym się Bielsko -Biała ul. Stojałowskiego 6

Upoważnieni przedstawiciele PPIS w Bielsku –Białej przeprowadzili kontrolę w/w obiekcie w dniu 8.07.2015r. Protokół kontroli z dnia 8.07.2015 r. nr 198/1201/ONS-HP/2015 . Pismem z dnia 9.07.2015r. uzasadniono odstąpienia od zasady zawartej w art. 10 §1 kpa. W dniu 09.07.2015r PPIS w Bielsku –Białej wydał decyzję nr 1082/15 wycofanie do obrotu środków zastępczych oraz zaprzestanie prowadzenia działalności w pomieszczeniach sklepu. Upoważnieni przedstawiciele PPIS w Bielsku –Białej w dniu 11.07.2015r . przeprowadzili kolejną kontrolę w/w obiekcie . Protokół kontroli z dnia 11.07.2015 r. nr 205/1201/ONS-HP/2015. Sporządzono adnotację o zamknięciu sklepu. Pismem z dnia 13.07.2015r. uzasadniono odstąpienia od zasady zawartej w art.

10 §1 kpa. W dniu 13.07.2015r PPIS w Bielsku –Białej wydał decyzję nr 1083/15 wycofanie do obrotu środków zastępczych.

Opinia toksykologiczna TOX-1216/2015 z dnia 17.07.2015r . potwierdziła, zatrzymane próbki są środkami zastępczymi.

W dniu 8.09.2015r. PPIS w Bielsku –Białej pismem zawiadomił stronę o możliwość zapoznania się ze zgromadzonym materiałem dowodowym przed wydaniem decyzji obciążającej kosztami badań środków zastępczych pobranych w przedmiotowym sklepie. W dniu 14.10.2015r. PPIS w Bielsku –Białej wydał decyzję nr 1579/Op/15 - obciążającą kosztami badań środków zastępczych. W dniu 8.09.2015r. PPIS w Bielsku –Białej pismem zawiadomił stronę o możliwość zapoznania się ze zgromadzonym materiałem dowodowym przed wydaniem decyzji wymierzającą karę pieniężną za wprowadzanie do obrotu środków zastępczych.

W dniu 10.11.2015r. PPIS w Bielsku –Białej wydał decyzję nr 1725/15 wymierzającą karę za wprowadzanie do obrotu środków zastępczych. W/w decyzje wydano w oparciu o przeprowadzone przez TOX LAB Sp. z o.o. badania. W uzasadnieniu przytoczono wszystkie istotne okoliczności dla przedmiotowej sprawy.

PPIS w Bielsku – Białej wymierzył 2 kary pieniężne w stosunku do osób fizycznych wprowadzających do obrotu środki zastępcze.

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:

Nie dotyczy

KIEROWNIK SEKCJI
Higieny Pracy
inż. Małgorzata Sommer

.....
pieczętka i podpis pracownika psse uczestniczącego w kontroli/
pieczętka i podpisy pracowników PSSE uczestniczących w kontroli**

Dział Nadzoru Sanitarnego
KIEROWNIK
Oddziału Higieny Pracy
i Nadzoru nad Środkami Zastępczymi
mgr inż. Izabela Piątek

.....
pieczętka i podpis osoby kontrolującej/
pieczętka i podpisy osób kontrolujących **

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Ustalenia w zakresie epidemiologii / ~~higieny żywności, żywienia i przedmiotów użytku / higieny komunalnej / bezpieczeństwa wody / higieny pracy / higieny dzieci i młodzieży / zapobiegawczego nadzoru sanitarnego / systemu jakości / systemu zarządzania:~~**

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bielsku-Białej
43-300 Bielsko-Biała ul. Broniewskiego 21.

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli
Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży

III. Data kontroli: 15.09.2016 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli: 27.04.2012 r. – 31.08.2016 r.

V. Kontrola dokumentów

1. Rodzaj prowadzonych: rejestrów/ewidencji/ bazy danych** na podstawie obowiązujących przepisów lub przyjętych wewnętrznie do stosowania

L.p.	Rodzaj rejestrów/ewidencji/wykazu/ bazy danych **	+jest, - nie ma	nieprawidłowości
1.	Rejestr obiektów nadzorowanych	+	brak
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych	+	brak
3.	Zapisy ze szkoleń wewnętrznych	+	brak
4.	Rejestry szkoleń pracowników (indywidualne)	+	brak
5.	Rejestry wydanych decyzji	+	brak
6.	Rejestry postanowień	+	brak
7.	Rejestry: interwencji/ skarg, wniosków**	+	brak
8.	Rejestr nałożonych mandatów	+	brak

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

Przepisy prawne dostępne są w wersji elektronicznej. Pracownicy korzystają ze strony internetowej www.sejm.gov.pl oraz z licencjonowanego programu prawnego LEX. Rejestr aktów prawnych stosowanych w kontrolowanej komórce organizacyjnej prowadzony jest w formie elektronicznej. Ponadto dwa egzemplarze przepisów prawnych w formie papierowej są opieczetowane i podpisane przez kierownika technicznego, który prowadzi nadzór nad dokumentami.

Wytyczne do planowania znajdują się u kierownika Oddziału Nadzoru Sanitarnego – bezpośredniego przełożonego pracowników kontrolowanej komórki organizacyjnej, natomiast plan zasadniczych przedsięwzięć dostępny jest w wersji elektronicznej.

Dokumentacja jest zabezpieczona przed dostępem osób trzecich – przechowywana w szafach zamykanych na klucz. W czasie nieobecności pracowników pomieszczenie biurowe zamykane jest na klucz.

Handwritten signature

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 31.08.2016 r.)

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
2012 - 273 zakłady stałe i 161 placówek sezonowych	195	186	96
2013 - 280 zakładów stałych, 176 placówek wypoczynku	193	189	97
2014 - 293 zakłady stałe, 220 placówek wypoczynku	187	181	82
2015 - 303 zakłady stałe, 250 placówek wypoczynku	193	190	102
2016 - 310 zakładów stałych, 299 placówek wypoczynku	150 (w tym 18 zaplanowanych na wrzesień)	128 (w tym 5 zaplanowanych na wrzesień)	53

VII. Kontrola prowadzonego postępowania administracyjnego i egzekucyjnego w administracji oraz nałożonych mandatów i grzywnien w celu przymuszenia w okresie podlegającym kontroli

L.p.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota ^{/1}				Uwagi:
		Rok 2012	Rok 2013	Rok 2014	rok 2015 do dnia kontroli	
1.	Postanowienia	0	0	0	0	-
2.	Decyzje za lata 2006 do 2011 do wykonania pozostało decyzji - 9	Ilość decyzji 106, w tym prolongujące - 60, nowe - 46, do wykonania - pozostało 78 decyzji	Ilość decyzji 106, w tym prolongujące - 45, nowe - 61; do wykonania pozostały 44 decyzje	Ilość decyzji 97 w tym prolongujące - 54, nowe - 43; do wykonania pozostało 65 decyzji	Ilość decyzji 82 w tym prolongujące - 39, nowe 43 do wykonania pozostało 55 decyzji	-
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych ^{/3}	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	-
4.	Decyzje - rachunki	41 na sumę 4429,35 zł	61 na sumę 7776,87 zł	41 na sumę 5811,82 zł	43 na sumę 5052,91 zł	-
5.	Opinie sanitarne/pisma ^{**}	1	8	0	2	-
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu ^{/2}	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	-

OK
Z. Pijarski
J. Krok

7.	Mandaty	6 na sumę 1600 zł	9 na sumę 1800 zł	6 na sumę 1400 zł	10 na sumę 2500 zł	-
8.	Kontrole w trakcie realizacji ^{/2}	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	-
9.	Uczestnictwo w odbiorach	19	16	17	17	-
10.	Upomnienia	1	2	0	0	-
11.	Tytuły wykonawcze	0	0	0	0	-
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	0	0	-
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	-

^{/1} - dotyczy kwot dla l.p. nr 4, 7, 12

^{/2} - dotyczy działalności w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

^{/3} - dotyczy działalności w zakresie nadzoru higieny pracy

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów – 6
2. Identyfikacja sprawy/ obiektu ^{**/}

2.1

- protokół kontroli nr 173/1201/NS/HDiM/12 z dnia 29.08.2012 r. w zakresie – ocena stanu przygotowania placówki do nowego roku szkolnego 2012/2013,
- protokół kontroli nr 230/1201/NS/HDiM/13 z dnia 02.10.2013 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego placówki wraz z załącznikami F/HDM/02 i F/HDM/04
- zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego nr 230/1201/NS/HDiM/13 z dnia 02.10.2013 r.
- pismo strony z dnia 07.10.2013r, -dotyczące terminów usunięcia nieprawidłowości,
- protokół kontroli nr 249/1201/NS/HDiM/14 z dnia 21.10.2013 r.- kontrola sprawdzająca w zakresie usunięcia nieprawidłowości stwierdzonych podczas kontroli w dniu 02.10. 2013r.
- decyzja administracyjna z 22.10.2013r nr 1954/13 nakazująca :doprowadzić do odpowiedniego stanu sanitarno-technicznego ściany w przebieralniach dla uczniów przy sali gimnastycznej, ściany w salach lekcyjnych nr 10,12,13 14 ,20 i w pomieszczeniu sanitarnym dla chłopców na I piętrze i dla dzieci przedszkolnych, podłogę w sali lekcyjnej nr 10, lamperię oraz stolarkę drzwiową w sali dzieci 3-4 letnich i prawidłowy sposób przechowywanie leżaków dla dzieci przedszkolnych,
- decyzja płatnicza nr 1955/Op/13 z dnia 22.10.2013r.
- protokół kontroli nr 201/1201/NS/HDiM/14 z dnia 25.09.2014 r. - kontrola sprawdzająca w zakresie realizacji obowiązków wynikających z decyzji administracyjnej Nr 1954/13/ z dnia 22.10. 2013r.
- protokół kontroli nr 162/1201/ONS-HDiM/2016 z dnia 26.08.2016 r. w zakresie – ocena stanu przygotowania placówki do nowego roku szkolnego 2016/2017,

*2. Gminy
p. met*

2.2

- protokół kontroli nr 164/1201/NS/HDiM/13 z dnia 20.08.2012 r. w zakresie – ocena stanu przygotowania placówki do nowego roku szkolnego 2013/2014,
- protokół kontroli nr 71/1201/NS-HDiM/15 z dnia 10.04.2015 r. w zakresie oceny warunków do utrzymania higieny osobistej dla uczniów,
- zawiadomienie o wszczęciu postępowania z dnia 10.04.2015 r. nr 71/1201/NS-HDiM/2015,
- pismo strony z dnia 16.04.2015 r.- dotyczące terminów usunięcia nieprawidłowości,
- protokół kontroli nr 83/1201/NS-HDiM/2015 z dnia 22.04.2013 r.- kontrola sprawdzająca w zakresie usunięcia nieprawidłowości stwierdzonych podczas kontroli w dniu 10.04. 2015r.
- decyzja administracyjna z dnia 30.04.2015 r. nr 661/15 nakazująca doprowadzenia do odpowiedniego stanu sanitarno-technicznego ścian w pomieszczeniu sanitarno-higienicznym dla dzieci w przedszkolu oraz zapewnienia standardów dostępności do urządzeń sanitarnych w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla dzieci w przedszkolu,
- decyzja płaćnicza nr 662/Op/15 z dnia 30.04.2015r.
- protokół kontroli nr 199/1201/NS-HDiM/2015 z dnia 15.09.2015 r. - kontrola sprawdzająca w zakresie realizacji obowiązków wynikających z decyzji administracyjnej Nr 661/15 z dnia 30.04. 2015r.
- protokół kontroli nr 161/1201/ONS-HDiM/2016 z dnia 26.08.2016 r. w zakresie – ocena stanu przygotowania placówki do nowego roku szkolnego 2016/2017,

2.3

- protokół kontroli nr 77/1201/NS/HDiM/14 z dnia 9.05.2014 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego wraz z załącznikami F/HDM/04 „Ocena stanu sanitarnego szkoły” oraz F/HDM/06 „Ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania niebezpiecznych substancji chemicznych i ich mieszanin w placówkach”, zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego,
- wyjaśnienia dyrektora szkoły z dnia 13.05.2015r. w sprawie usunięcia stwierdzonych w trakcie kontroli nieprawidłowości,
- protokół kontroli nr 90/1201/NS/HDiM/14 z dnia 27.05.2014 r. w zakresie sprawdzenia usunięcia nieprawidłowości stwierdzonych podczas kontroli szkoły z dnia 9.05.2014 r.
- decyzja administracyjna nr 950/14 z dnia 30.05.2014r. umarzająca postępowanie administracyjne,
- decyzja płaćnicza nr 951/Op/14 z dnia 30.05.2016r.
- protokół kontroli nr 160/1201/ONS-HDiM/2016 z dnia 26.08.2016 r. w zakresie oceny stanu przygotowania placówki do nowego roku szkolnego 2016/2017

2.4

- protokół kontroli nr 40/1201/NS/HDiM/13 z dnia 14.03.2013 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego przedszkola, zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego,
- wyjaśnienia dyrektora przedszkola z dnia 19.03.2013r. w sprawie stwierdzonych w trakcie kontroli nieprawidłowości,

- decyzja administracyjna nr 535/13 z dnia 25.03.2013r. nakazująca doprowadzić do odpowiedniego stanu sanitarno- technicznego ściany oraz zapewnić standardy dostępności do urządzeń sanitarnych w pomieszczeniach sanitarnych dla dzieci,
- decyzja płaćnicza nr 536/Op/13 z dnia 25.03.2013r.,
- protokół kontroli nr 196/1201/NS-HDiM/13 z dnia 9.09.2013 r.- kontrola sprawdzająca w zakresie wykonania obowiązków decyzji administracyjnej nr 535/13,
- protokół kontroli nr 204/1201/ONS-HDiM/14 z dnia 25.09.2014 r.- kontrola sprawdzająca w zakresie wykonania obowiązków decyzji administracyjnej nr 535/13.
- protokół kontroli nr 80/1201/ONS/HDiM/16 z dnia 11.05.2016 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego placówki wraz z załącznikiem F/HDM/02 „Ocena stanu sanitarnego przedszkola”.

2.5

- protokół kontroli nr 160/1201/NS/HDiM/12 z dnia 23.08.2012 r. w zakresie oceny stanu przygotowania placówki do nowego roku szkolnego 2012/ 2013 ,
- protokół kontroli nr 239/1201/NS/HDiM/14 z dnia 6.11.2014 r. w zakresie oceny warunków do utrzymania higieny osobistej dla uczniów,
- protokół kontroli nr 75/1201/ONS-HDiM/2016 z dnia 27.04.2016 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego placówki wraz z załącznikiem F/HDM/04 „Ocena stanu sanitarnego szkoły”,
- zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego nr 75/1201/NS/HDiM/2016 z dnia 27.04.2016 r .
- wyjaśnienia dyrektora szkoły z dnia 17.05.2016r. w sprawie stwierdzonych w trakcie kontroli nieprawidłowości,
- decyzja administracyjna nr 709/16 z dnia 20.05.2016r. nakazująca doprowadzić do odpowiedniego stanu sanitarno- technicznego podłogi w salach lekcyjnych i sali gimnastycznej, ściany w pomieszczeniach sanitarno- higienicznych dla uczniów, zapewnić odpowiednie meble w jadalni szkolnej i w części sal lekcyjnych oraz doposażyć pomieszczenia sanitarno- higieniczne dla uczniów w zasobniki na ręczniki papierowe i uchwyty na papier toaletowy,
- decyzja płaćnicza nr 710/Op/16 z dnia 20.05.2016r.,
- protokół kontroli nr 114/1201/ONS-HDiM/2016 z dnia 11.07.2016 r.- kontrola sprawdzająca w zakresie wykonania obowiązków decyzji administracyjnej nr 709/16.

2.6

- opinia Nr ONS-ZNS/525/29/1/14 z dnia 26.08.2014r. o spełnieniu wymagań sanitarno- higienicznych dotyczących utworzenia klubu dziecięcego,
- zawiadomienie nr ONS- HDiM/432/12/15 z dnia 2.03.2015r. o zamiarze przeprowadzenia kontroli,
- protokół kontroli nr 75/1201/ONS-HDiM/2016 z dnia 27.04.2016 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego placówki wraz z załącznikiem F/HDM/04 „Ocena stanu sanitarnego szkoły”,
- protokół kontroli nr 60/1201/NS-HDiM/2015 z dnia 19.03.2015 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego placówki wraz z załącznikiem F/HDM/01 „Ocena stanu sanitarnego żłobka/ klubu dziecięcego”,
- zawiadomienie nr ONS- HDiM/432/15/16 z dnia 7.03.2016r. o zamiarze przeprowadzenia kontroli,

- protokół kontroli nr 57/1201/ONS-HDiM/2016 z dnia 18.03.2016 r. w zakresie oceny stanu sanitarnego placówki wraz z załącznikiem F/HDM/01 „Ocena stanu sanitarnego żłobka/ klubu dziecięcego”,

3. Ocena wydanych dokumentów

- a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem akt.

Dokumentację pokontrolną pracownicy Sekcji Higieny Dzieci i Młodzieży przechowują w zamykanej szafie z zachowaniem podziału na rodzaj obiektów zgodnie z rzeczowym wykazem akt. Dokumentacja przechowywana jest w opisanych teczkach. Dokumentacja przechowywana jest zgodnie z instrukcją kancelaryjną przez okres trzech lat, a w przypadku prowadzonego postępowania od daty wszczęcia postępowania. Sprawy skompletowane są zgodnie z prowadzonym postępowaniem oraz terminami ich załatwienia. Skontrolowana dokumentacja prowadzona jest prawidłowo, rzetelnie wypełniona oraz czytelna dla kontrolowanej strony. Nie wnosi się zastrzeżeń do poprawności stosowanego nazewnictwa.

- b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli)

Kierownik Sekcji Higieny Dzieci i Młodzieży jest również kierownikiem technicznym, jego zastępcą – młodszy asystent.

Formularze protokołów z przeprowadzonych czynności kontrolnych wykorzystywane są i wypełniane zgodnie z Procedurą Techniczną PT/01 „Sposób wykonywania działań w ramach zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego oraz zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń” oraz stosownie do rodzaju kontroli. Formularze załączników do protokołów z kontroli stosowane są zgodnie z dokumentacją obowiązującą w pionie higieny dzieci i młodzieży i dostosowane do rodzaju kontroli i oceny warunków higieniczno-zdrowotnych poszczególnych zakładów dla dzieci i młodzieży.

- c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa

W protokołach kontroli w pkt. IV cytowane są podstawy prawne, których naruszenie stwierdzono podczas przeprowadzonych czynności. Przepisy prawne cytowane są w decyzjach administracyjnych w pełnym brzmieniu, z zastosowaniem odpowiednich artykułów i paragrafów, a także publikacji, w jakich zostały one wydane. Przepisy prawne przytoczone w dokumentacji pokontrolnej znajdują swoje odzwierciedlenie w załącznikach do protokołu kontroli, wypełnianych w zależności od typu kontrolowanej placówki.

W sporządzonych protokołach kontroli stwierdzono poprawne stosowanie przepisów prawnych.

- d) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach

Uzasadnienia zapisane w skontrolowanych decyzjach są sformułowane w sposób przejrzysty i czytelny, cytowane w nich nieprawidłowości znajdują swoje odzwierciedlenie w obowiązujących przepisach prawnych. Każda wydana decyzja administracyjna jest uzgadniana i akceptowana przez decyzji przez radcę prawnego.

- e) stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie

W skontrolowanych decyzjach administracyjnych prawidłowo była cytowana klauzula służąca stronie do wniesienia odwołania od wykonania obowiązków nałożonych decyzją do Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego za pośrednictwem

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bielsku Białej z podaniem terminu 14 dni od daty jej doręczenia.

- f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń
Sprawy prowadzone w sekcji higieny dzieci i młodzieży załatwiane są w terminie określonym w Kodeksie postępowania administracyjnego. Wydanie decyzji administracyjnej zawsze poprzedza pisemne powiadomienie strony o wszczęciu postępowania zgodnie z art. 61 § 4 kpa oraz art. 10 § 1 kpa. Decyzje doręczane są stronom za potwierdzeniem nadania, przesyłką poleconą z nadanym numerem sprawy. Kolejne etapy działań związane z postępowaniem administracyjnym prowadzone są z zachowaniem ustawowo przewidzianych terminów. Nie wnosi się uwag do sposobu i terminowości załatwiania spraw związanych z prowadzonym postępowaniem administracyjnym.
- g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)
Kontrole sprawdzające wykonanie zarządzeń objętych decyzjami administracyjnymi przeprowadzane są w krótkich odstępach czasu (do jednego miesiąca), po upływie terminów określonych w tychże decyzjach. Nie wnosi się uwag do poprawności wypełnienia formularzy protokołów kontroli, a także prowadzenia dokumentacji w zakresie postępowania administracyjnego.
- h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń
nie dotyczy
- i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji
nie dotyczy
- j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **
W okresie 2012 – wrzesień 2016 - 8 rozpatrzono interwencji, które dotyczyły:
- w roku 2012: - 1, dotyczyła stanu technicznego części pomieszczeń na parterze oraz pomieszczeń piwnicznych w szkole podstawowej – interwencja niezasadna ,
- w roku 2013: - 0,
- w roku 2014: - 1, dotyczyła warunków pobytu dzieci w prywatnym punkcie przedszkolnym, interwencja zasadna,
- w roku 2015:- 3, z których 2 dotyczyły warunków sanitarno- zdrowotnych i organizacji zajęć w oddziale „0” w szkole podstawowej interwencja niezasadna oraz 1 dotycząca warunków sanitarno- higienicznych w gimnazjum – interwencja zasadna
- w roku 2016 – w okresie od stycznia do września wpłynęły 3 interwencje, które dotyczyły warunków sanitarno- higienicznych w szkole wyższej – interwencja zasadna oraz 2 dotyczące warunków organizacji pracy oraz stanu sanitarno- higienicznego w 2 przedszkolach - interwencje zasadne.

IX. Współpraca z innymi organami/jednostkami (podmioty zewnętrzne)

W związku z prowadzonym bieżącym nadzorem nad zakładami nauczania i wychowania prowadzono współpracę z następującymi jednostkami :

- z jednostkami samorządu terytorialnego (Urzędem Miasta i Urzędami Gmin) poprzez:
 - a. przysyłanie wystąpień pokontrolnych dotyczących nieprawidłowości stwierdzanych podczas kontroli, m.in.:
 - złego stanu sanitarno- higienicznego i technicznego kontrolowanych placówek,
 - wymogów w zakresie stosowania niebezpiecznych substancji chemicznych i ich mieszanin w placówkach,
 - korzystania przez uczniów z natrysków po zajęciach wychowania fizycznego;

X. Epuray
13.02.17

- brak właściwej wentylacji i oświetlenia pomieszczeń do nauki,
- niezachowania standardów dostępności do urządzeń sanitarnych w placówkach oświatowo-wychowawczych,
- użytkowania pomieszczeń przez placówkę niepubliczną z pomieszczeń nie objętych odbiorem sanitarnym i nie posiadających opinii sanitarnej.

b. przesyłanie informacji dotyczących:

- stanowiska GIS dot. problemu wszawicy w placówkach oświatowo-wychowawczych oraz jej zwalczania,
- konieczności wzmożonego nadzoru w związku z narastaniem zachorowania na grypę i przypadki grypopodobne,
- dostosowania mebli do wymagań ergonomii i posiadania certyfikatów na meble edukacyjne i sprzęt sportowy.

• z Kuratorium Oświaty w zakresie:

- warunków wypoczynku dzieci i młodzieży,
- z mediami – w zakresie zwalczania wszawicy w placówkach oświatowych oraz organizacji wypoczynku dla dzieci i młodzieży.

Ponadto współpraca ze szkołami poprzez:

- wystosowanie wystąpień dot. stanu sanitarno- technicznego pomieszczeń,
- przekazywanie informacji dot.: konkursu organizowanego przez WSSE w Katowicach pn. „Wakacje bezpiecznie zdrowo i zabawnie”,
- informowanie o sposobach zapobiegania i zwalczania świerzbu oraz wszawicy,
- zbieranie danych dotyczących stanu przygotowania szkół do rozpoczęcia nowego roku szkolnego,
- zbieranie danych dotyczących korzystania przez uczniów z natrysków po zajęciach wychowania fizycznego w gimnazjach.

–

a. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży na bieżąco współpracuje z:

- Kierownikiem Nadzoru Sanitarnego – w zakresie opracowywania:
 - sprawozdań miesięcznych z realizacji kontroli i zamierzeń,
 - konsultacji harmonogramu kontroli na rok następny,
 - propozycji dotyczących monitoringu pracowników,
- Sekcją Oświaty Zdrowotnej w zakresie:
 - przekazywania miesięcznych sprawozdań dotyczących aktualnej sytuacji w zakresie realizacji ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych w województwie śląskim,
 - bieżących informacji dotyczących liczby uczniów w poszczególnych typach szkół biorących udział w realizacji programów oświatowych,
 - dystrybucji materiałów edukacyjnych dla uczestników wypoczynku zimowego i letniego oraz realizowanych programów,
- Sekcją Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku w zakresie:
 - organizacji wypoczynku dla dzieci i młodzieży w placówkach wypoczynku letniego i zimowego,
 - ewidencji placówek oświatowo- wychowawczych, w których prowadzona jest działalność żywieniowa dla dzieci i młodzieży,

- Sekcją Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego w zakresie:
 - konsultowania projektów nowopowstających obiektów oświatowo-wychowawczych, zmiany sposobu użytkowania obiektów budowlanych innych z przeznaczeniem na przedszkola, punkty przedszkolne, żłobki i inne,
 - współudział w odbiorach sanitarnych nowobudowanych, remontowanych i modernizowanych obiektów oświatowo- wychowawczych.
- Z Sekcją Higieny Komunalnej i Środowiska w zakresie:
 - ewidencji, jakości wody oraz toczącego się postępowania administracyjnego w obiektach, w których został zarejestrowany wypoczynek dla dzieci i młodzieży;
- Z kierownikiem ds. Jakości w zakresie:
 - składania sprawozdań dotyczących funkcjonowania systemu zarządzania i potrzeb jego doskonalenia,
 - rozpowszechniania dokumentów związanych z systemem zarządzania, w tym dokumentów z Głównego Inspektoratu Sanitarnego oraz planowania i wdrażania zmian w tych dokumentach,
 - planowania i realizacji procesu audytowania,
 - podejmowania działań korygujących i zapobiegawczych,
 - planowania, organizowania i dokumentowania szkoleń zewnętrznych i wewnętrznych w obszarze systemu zarządzania oraz szkoleń pracowników nowo przyjmowanych i zmieniających stanowisko pracy,
 - postępowania z wyposażeniem stosowanym w badaniach funkcjonalnych,
 - planowania, przeprowadzania, dokumentowania przeglądu zarządzania oraz oceny realizacji ustaleń,
- Oddziałem Ekonomicznym i Administracyjnym w zakresie:
 - budżetu zadaniowego oraz w obszarze kontroli zarządczej,
 - tworzeniu i realizacji planu zakupów.

b. Inne zagadnienia

Udostępnianie zainteresowanym informacji o liście rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych ***

Nie dotyczy.

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

c. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Nie poddano kontroli.

d. Dodatkowe informacje

Nie pobrano.

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:

Nie dotyczy.

Kierownik Sekcji
Higieny Dzieci i Młodzieży

Z. Gryn

mgr Zdzisław Gruszczyk

pieczęć i podpis pracownika psse uczestniczącego w kontroli/

pieczęć i podpisy pracowników PSSE uczestniczących w kontroli**

Dział Nadzoru Sanitarnego
Kierownik
Oddziału Higieny Dzieci i Młodzieży

mgr Monika Kańczmarek

pieczęć i podpis osoby kontrolującej/

pieczęć i podpisy osób kontrolujących**

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Ustalenia w zakresie epidemiologii / higieny żywności, żywienia i przedmiotów użytku / higieny komunalnej / bezpieczeństwa wody/ higieny pracy / higieny dzieci i młodzieży / zapobiegawczego nadzoru sanitarnego/ systemu jakości/systemu zarządzania:**

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bielsku-Białej
43-300 Bielsko-Biała, ul. Broniewskiego 21

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli: Sekcja Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego
pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym psse)

III. Data kontroli : 14-15 września 2016r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli : 27.04.2012 r. do dnia kontroli

V. Kontrola dokumentów

1. Rodzaj prowadzonych: rejestrów/ewidencji/ bazy danych ** na podstawie obowiązujących przepisów lub przyjętych wewnętrznie do stosowania

L.p.	Rodzaj rejestrów/ewidencji/wykazu/ bazy danych **	+jest, - nie ma	nieprawidłowości
1.	Rejestr obiektów nadzorowanych	-	-
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych	+	-
3.	Zapisy ze szkoleń wewnętrznych	+	-
4.	Rejestry szkoleń pracowników (indywidualne)	+	-
5.	Rejestry wydanych decyzji	+	-
6.	Rejestry postanowień	+	-
7.	Rejestry: interwencji/ skarg, wniosków**	+	-
8.	Rejestr nałożonych mandatów	-	-

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

Przepisy prawne w formie określonej Procedurą Ogólną Systemu Zarządzania nr PO-01 są sporządzane i nadzorowane przez kierownika technicznego i dostępne w formie papierowej dla wszystkich pracowników sekcji. Przepisy prawne aktualizowane są na bieżąco poprzez informacje przekazywane przez radcę prawnego korzystającego z licencjonowanego serwisu informacji prawnej - LEX . Zmiany w aktach prawnych umieszczane są na bieżąco w rejestrze dokumentów pochodzących ze źródeł zewnętrznych - przepisy prawne, przez sporządzającego rejestr kierownika technicznego. Dodatkowo kierownik sekcji sukcesywnie przegląda wykaz nowych aktów prawnych publikowanych na rządowej stronie www.sejm.gov.pl w celu weryfikowania aktualności rejestru. Wytyczne jednostek nadrzędnych gromadzone są zgodnie z wymogami PO-01 wg rejestru dokumentów pochodzących ze źródeł zewnętrznych – piśmiennictwo związane z działalnością techniczną.

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień.....) - Nie dotyczy

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych

VII. Kontrola prowadzonego postępowania administracyjnego i egzekucyjnego w administracji oraz nałożonych mandatów i grzywien w celu przymuszenia w okresie podlegającym kontroli

L.p.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota ^{/1}				Uwagi:
		2013 rok	2014 rok	2015 rok	2016 rok do dnia kontroli	
1.	Postanowienia	5	4	2	1	-
2.	Decyzje	5	10	3	1	-
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych ^{/3}	-	-	-	-	-
4.	Decyzje - rachunki	318	288	278	190	-
5.	Opinie sanitarne/pisma ^{**}	365/102	323/123	348/157	233/61	-
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu ^{/2}	-	-	-	-	-
7.	Mandaty	-	-	-	-	-
8.	Kontrole w trakcie realizacji ^{/2}	256	254	250	183	-
9.	Uczestnictwo w odbiorach	243	247	246	178	-
10.	Upomnienia	-	-	-	-	-
11.	Tytuły wykonawcze	-	-	-	-	-
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	-	-	-	-	-
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	-	-	-	-	-

^{/1} - dotyczy kwot dla l.p. nr 4, 7, 12

^{/2} - dotyczy działalności w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

^{/3} - dotyczy działalności w zakresie nadzoru higieny pracy

VIII. Kontrola dokumentacji

Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów: 11

(podać liczbę)

1. Identyfikacja sprawy/ obiektu ^{**/}

2.1 ONS-ZNS/525/1/6/16 - uzgodnienie projektu budowlanego zmiany sposobu użytkowania części budynku mieszkalno-wczasowego na niezależny lokal [REDACTED]

2.2 ONS-ZNS/525/5/1/16 - uzgodnienie projektu budowlanego technologii sali sprzedaży zmiany sposobu użytkowania części przyziemia budynku mieszkalno-usługowego na sklep spożywczy w Bielsku-Białej przy [REDACTED]

2.3 ONS-ZNS/522/34/St/12P/16 - opinia dotycząca projektu studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy Czechowice –Dziedzice,

2.4 ONS-ZNS/522/32/St/12P/16 - opinia dotycząca projektu studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy Bestwina,

2.5 ONS-ZNS/522/3/S/12P/16 - opinia dotycząca projektu miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego dla obszaru położonego na południe od Wzgórza Trzy Lipki w rejonie ulic Juhasów, Pienińskiej i Muszlowej w Bielsku-Białej,

2.6 ONS-ZNS/524/4/S/2/16 - opinia dotycząca środowiskowych uwarunkowań dla przedsięwzięcia pn. „Budowa budynku hali produkcyjnej mieszanek kruszynowych wraz z budynkiem laboratoryjno-socjalnym w [REDACTED]

2.7 ONS-ZNS/524/1/S/7/16 - opinia dotycząca środowiskowych uwarunkowań dla przedsięwzięcia pn. „Budowa hali magazynowo-produkcyjno-logistycznej wraz z zapleczem biurowo-socjalnym oraz infrastrukturą towarzyszącą na terenie gminy [REDACTED]

- 2.8 ONS-ZNS/523/20/1/16 - opinia dotycząca obowiązku przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko dla planowanego przedsięwzięcia PN. „Przebudowa wiaduktów w ciągu [REDACTED] i nad droga dojazdową [REDACTED]
- 2.8 ONS-ZNS/525/22/1/16 – zgoda na usytuowanie wyrzutni powietrza wywiewanego z projektowanego budynku biurowego [REDACTED]
- 2.9 ONS/ZNS/526/36/1C/16 – odbiór pomieszczeń salonu fryzjerskiego w Bielsku-Białej [REDACTED]
- 2.10 ONS/ZNS/526/36/1C/16 – odbiór pomieszczeń żłobka zlokalizowanego na II piętrze segmentu D Centrum Handlowo-Usługowego [REDACTED]
- 2.11 ONS/ZNS/526/36/1C/16 – odbiór pomieszczeń rozbudowywanej i nadbudowanej części zespołu socjalno-technicznego „C” hali produkcyjno-magazynowej zlokalizowanej [REDACTED]

2. Ocena wydanych dokumentów

- a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem akt
Skontrolowane sprawy są kompletne, czytelne, zarchiwizowane zgodnie z rzeczowym wykazem akt.

- b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli)

Z kontroli kontrolujący sporządza właściwy formularz protokołu (F1/PK/01). Protokoły kontroli oznakowane są odpowiednim identyfikatorem, zgodnie z przyjętymi zasadami wynikającymi z rejestracji w systemie Cronsor. Rejestr protokołów prowadzony jest w formie elektronicznej w systemie Cronsor jak również w formie papierowej. Zapisy w protokołach są ścisłe, zwięzłe i wyczerpujące. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości podczas kontroli, są one zapisywane w odpowiednim punkcie protokołu. Po kontroli protokoły są przedkładane bezpośredniemu przełożonemu do zatwierdzenia, na co wskazują adnotacje w prawym dolnym rogu ostatniej strony protokołu będącego w posiadaniu PSSE w Bielsku-Białej.

Z uwagi na fakt, że część protokołów nie była zatwierdzona bezpośrednio po powrocie wskazano na taką konieczność.

- c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa

W skontrolowanych dokumentach podawane są właściwe podstawy prawne.

- d) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach

Uzasadnienia pisane są w sposób poprawny pod względem merytorycznym i w oparciu o właściwe podstawy prawne.

- e) stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie

Klauzule stosowane są poprawnie.

- f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń

Sprawy załatwiane są terminowo. W przypadku braku możliwości dochowania terminu ze względu na prowadzone postępowanie wyjaśniające, termin jest przedłużany zgodnie z ustawą kodeks postępowania administracyjnego.

- g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)

Nie dotyczy.

- h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń
Nie dotyczy.
- i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji
Nie dotyczy.
- j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **
- skontrolowano prawidłowość prowadzenia postępowania w związku z wydawaniem decyzji, postanowień i opinii. Nie stwierdzono uchybień powyższym zakresie.
 - za wykonane czynności związane z odbiorem obiektów pobierane są opłaty w oparciu o Zarządzenie Nr 3 Dyrektora PSSE w Bielsku-Białej z dnia 17.02.2011 r. uwzględniające zmiany w Zarządzeniu Nr 8 z dnia 01.04.2016 r. w formie decyzji. Decyzje te są rejestrowane w systemie Cronsor. Według uzyskanych informacji od kierownika technicznego komórki organizacyjnej, przed wydaniem decyzji – rachunków strona jest zawiadamiana ustnie o uiszczeniu opłaty za czynności odbiorowe. Skontrolowane sprawy zostały rozpatrzone z zachowaniem ustawowego terminu. Przy każdej sprawie załączona jest odpowiednio prowadzona metryka sprawy opracowana zgodnie z rozporządzeniem w sprawie wzoru i sposobu prowadzenia metryki sprawy.

Wskazano na potrzebę wpisywania w warunkach opinii dotyczących środowiskowych uwarunkowań przedsięwzięć związanych z zorganizowaną emisją zanieczyszczeń do powietrza parametrów emitorów, na podstawie których dokonano obliczeń zanieczyszczeń oraz skuteczności filtrów w przypadku ich zastosowania.

IX. Współpraca z innymi organami/jednostkami (podmioty zewnętrzne)

Współpraca doraźna w ramach obowiązków służbowych z organami administracji państwowej, w tym z Wydziałem Ochrony Środowiska, Wydziałem Architektury i Urbanistyki, Nadzorem Budowlanym na terenie miasta i powiatu ziemskiego i Biurem Rozwoju Miasta jak również w ramach czynności odbiorowych z Powiatowym Inspektorem Weterynarii w Bielsku-Białej.

Współpraca z Wydziałem Ochrony Środowiska polega na kontaktowaniu się w sprawach dot. m.in. kompletowania dokumentacji potrzebnej do wydania opinii sanitarnej co do obowiązku sporządzenia raportu lub jego braku oraz opinii o środowiskowych uwarunkowaniach dla inwestycji mogących znacząco oddziaływać na środowisko, natomiast z BRM konsultowano m.in. miejscowe plany zagospodarowania przestrzennego.

W ramach współpracy z Powiatowym Inspektorem Weterynarii dokonywano wspólnych odbiorów obiektów pod względem sanitarno-higienicznym nadzorowanych później przez wymieniony organ.

(podać: nazwę organu /instytucji, rodzaj współpracy, częstotliwość współpracy: doraźna, ciągła, podstawę prawną współpracy)

XII. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Współpraca ciągła z nadzorami bieżącymi (HKiŚ, EP, HP, HŻŻiPU, HDiM) poprzez dokonywanie wspólnych odbiorów nowo powstających i modernizowanych inwestycji. Doraźnie, w sprawach skomplikowanych i wątpliwych, przeprowadzane są konsultacje z kierownikami poszczególnych sekcji merytorycznych w przypadku opiniowania projektów budowlanych lub projektów zmian sposobu użytkowania pomieszczeń istniejących. Współdziałanie umożliwia rzetelną i rzeczową analizę, a także rozwiązywanie problemów stanowiących meritum sprawy z uwzględnieniem szerokiego, sumarycznego spektrum wiedzy zespołu osób konsultujących lub kontrolujących. Ponadto, doraźnie w ramach potrzeby, udzielane są konsultacje pracownikom nadzoru bieżącego z zakresu lokalizacji inwestycji,

rozwiązań budowlano-instalacyjnych, konieczności uzyskania dokumentów od organów administracji państwowej.

(podać: nazwę oddziału /pionu, rodzaj współpracy: np. wspólna kontrola, odbiór obiektu, wydawanie opinii wewnętrznej, szkolenia wewnętrzne, określić częstotliwość współpracy: doraźna, ciągła)

X. Inne zagadnienia

Udostępnianie zainteresowanym informacji o liście rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych ***

Informacja o liście rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych uprawnionych do uzgadniania dokumentacji projektowej w imieniu państwowego inspektora sanitarnego znajdującej się na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego w Warszawie: www.pis.gov.pl przekazywana jest ustnie w przypadku zapytania w tej sprawie.

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XI. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Nie dotyczy.

XII. Dodatkowe informacje

Nie dotyczy.

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:

- opinii i decyzji wymienionych w punkcie VIII pkt 1
- protokół Nr 112/1201/ONS-ZNS/2016 dotyczącym odbioru pomieszczeń złołka zlokalizowanego na II piętrze segmentu D Centrum Handlowo-Usługowego w Bielsku-Białej przy ul. Jutrzenki 24
- decyzja 1181/Op/16 – rachunek do sprawy Nr ONS-ZNS/526/7/5/16
- Karta szkolenia wstępnego Pani Agaty Wiącek

Sekcja Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego

STARSZY ASYSTENT

Domagala

mgr inż. Agata Domagala

KIEROWNIK SEKCJI
ZAPOBIEGAWCZEGO NADZORU SANITARNEGO

Skalska-Kuschke
inż. Krystyna Skalska-Kuschke

SEKCJA ZAPOBIEGAWCZEGO
NADZORU SANITARNEGO

Udich-Czyż
mgr inż. Krystyna Udich-Czyż

pieczęć i podpis pracownika PSSE uczestniczącego w kontroli/
pieczęć i podpisy pracowników PSSE uczestniczących w kontroli**

Dział Nadzoru Sanitarnego
Kierownik
Oddziału Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego
Gogola
mgr inż. Anna Gogola

.....
pieczęć i podpis osoby kontrolującej/
pieczęć i podpisy osób kontrolujących**

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

**Ustalenia z kontroli powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej
w zakresie działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia**

1. Struktura zatrudnienia:

a) obsada kadrowa w pionie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia: 3
(liczba osób)

b) wykształcenie pracowników:
wyższe (jakie?): 0

średnie (jakie?): - Policealne Studium Ekonomiczne
- Medyczne Studium Zawodowe Wydział Położnych
- Liceum Sztuk Plastycznych

specjalizacje, kursy: wszyscy pracownicy posiadają liczne szkolenia z zakresu tematyki realizowanych zagadnień.

c) staż pracy pracowników zatrudnionych w pionie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia:

Lidia Mazurek - 29 lat
Bożena Wdowczyk - 18 lat
Maria Midleja - 40 lat

2. Warunki lokalowe i zaplecze dydaktyczne PSSE (rodzaj i sposób wykorzystywania).

Warunki lokalowe dobre – pomieszczenie biurowe wyposażone w 3 laptopy z możliwością korzystania z Internetu. PSSE posiada salę do przeprowadzania szkoleń i narad wyposażoną w sprzęt multimedialny oraz pomieszczenie magazynowe do przechowywania materiałów informacyjno- edukacyjnych potrzebnych do realizacji działań z zakresu oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia.

3. Organizacja pracy w pionie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia:

a) jednostki nadzorowane przez PSSE, monitorowane w zakresie działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia:

liczba mieszkańców objętych opieką PSSE - 330 000

liczba gmin: - 11

liczba zakładów opieki zdrowotnej: - 117 (łącznie liczba podmiotów leczniczych
ujętych w rejestrze w 2015 r. – 257)

liczba innych jednostek: - 303 placówki ujęte w rejestrze w 2015 r.
- żłobki i kluby dziecięce - 18
- przedszkola i punkty przedszkolne - 125

akt HOFFE Liell.

p

- szkoły podstawowe - 49
- gimnazja - 32
- licea ogólnokształcące - 7
- zespoły szkół - 41
- szkoły policealne - 1
- uczelnie wyższe - 7
- inne - 23

b) realizowane interwencje programowe:

ogólnopolskie:

- Ogólnopolski program edukacyjny „Trzymaj Formę”
- Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce
- „Czyste powietrze wokół nas”
- „Nie pal przy mnie, proszę”
- „Znajdź właściwe rozwiązanie”
- Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych
- „ARS, czyli jak dbać o miłość?”
- Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS
- Program profilaktyki wirusowego zapalenia wątroby typu B i C „Podstępne WZW”
- Program „Znamie! Znam je?”
- Program „Wybierz życie – Pierwszy krok”
- Program „Żywienie na wagę zdrowia”
- Program „Smak życia, czyli debata o dopalaczach”

własne: 0

c) realizowane interwencje nieprogramowe:

ogólnopolskie:

- Światowy Dzień Zdrowia
- Światowy Dzień Bez Tytoniu
- Światowy Dzień Rzucania Palenia
- Kampania Społeczna „Coś was łączy ? Zrób test na HIV”, Światowy Dzień AIDS
- Światowy Dzień Wirusowego Zapalenia Wątroby
- „Uwaga! Metanol Zabija”

wojewódzkie:

- Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach
- Akcja „Brązowo, ale czy zdrowo?”
- Kampania społeczna „Zaszczep w sobie chęć szczepienia”
- Kampania społeczna „Mam świadomość jak być zdrowym”
- Akcja edukacyjna „Bezpieczne ferie”
- Akcja edukacyjna „Bezpieczne wakacje”
- Akcja Dopalacze – wypalacze „środki zastępcze”
- „Obudź w sobie Mikołaja”
- „Szkola czystych rąk”

ak Hoffmann Liell

p

własne:

- Szkolenie dla pracowników MOPS, GOPS „Zagrożenia epidemiologiczne w środowisku zamieszkania pacjenta/petenta”
- Profilaktyka grypy
- Profilaktyka zakażeń meningokokowych

d) budżet przeznaczony na realizację zadań z zakresu działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia (kwota i przeznaczenie):

PSSE: 0

Inne nakłady (niefinansowe) oraz sposób ich wykorzystania:

PSSE: 0

inne instytucje/organizacje (jakie?): 0

4. /należy wpisać datę ostatniej kontroli kompleksowej/ 24.04.2012 r. - brak zaleceń

5. Sytuacja epidemiologiczna, społeczna i demograficzna powiatu oraz najczęściej występujące problemy zdrowotne.

Powiat bielski oraz miasto Bielsko-Biała zajmują powierzchnię 584 km², leży w południowej części województwa śląskiego. Zamieszkuje go ok. 330 tys. ludności.

Bielsko-Biała jest centrum handlowo-usługowym, akademickim i kulturalnym obszaru określanego jako Podbeskidzie. Bezrobocie jest jednym z mniejszych w Polsce i nie przekracza 4%.

Sytuacja epidemiologiczna oraz wybrane problemy zdrowotne :

Zatrucia nowymi narkotykami tzw. „dopalaczami”

Pierwszy przypadek zatrucia dopalaczami odnotowano na terenie Bielska –Białej w dniu 16.02.2014r. Do 31.12.2015r. zgłoszono 65 zatruc, odpowiednio w 2014 -18 przypadków i w 2015 – 57 przypadków. W czerwcu 2014r. zarejestrowano 2 zgony z powodu przyjęcia dopalacza. W 2015r. nie zarejestrowano przypadków śmiertelnych, ale odnotowano wyraźny wzrost liczby zatruc dopalaczami, ponad trzykrotny do wszystkich zarejestrowanych w roku poprzedzającym, co wskazuje na nasilanie się niepokojącego zjawiska używania substancji psychoaktywnych w różnej formie. Najmłodsza osoba zatruta dopalaczem na terenie Bielska-Białej miała w 2014r. 20 lat, a w 2015 - 16; najstarsza – 45 w 2014 i 43 w 2015r. W analizowanych grupach dominowały osoby młode do 30 r.ż.: odpowiednio w 2014 - 12, w 2015 – 36. Uwzględniając płeć – dominowali mężczyźni: w 2014r. – 12 (80%); w 2015r. – 43 (86%).

Sytuacja epidemiologiczna w zakresie zatruc dopalaczami na podległym terenie jest nadal na bieżąco monitorowana i podejmowane są stosowne działania edukacyjno-informacyjne

Wirusowe zapalenie wątroby typu B

Szczepienia p/WZW typu B wykonywano na wysokim poziomie. Dalsza dobra wyszczepialność dzieci – około 99% oraz prowadzone działania informacyjno-edukacyjne

dr Włodyka Lieli

p

przyczyniają się do utrzymania dobrej sytuacji epidemiologicznej i znacznego spadku zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B na podległym terenie. W ciągu ostatnich lat sukcesywnie uzupełniane są szczepienia p/WZW typu B u dzieci powracających z emigracji z krajów, w których w/w immunizacja nie jest prowadzona. W roku 2015 nie odnotowano ostrego przypadku WZW typu B.

Profilaktyka grypy

Szczepienia stanowią zasadniczą rolę w profilaktyce grypy sezonowej. Pomimo prowadzonej akcji edukacyjnej obejmującej wiele grup społecznych w dalszym ciągu trudno przekonać rodziców o konieczności stosowania tych szczepień wśród dzieci. Większość szczepionych stanowiły osoby w wieku produkcyjnym i starsze powyżej 65 roku życia. W roku 2015 w Bielsku-Białej ogółem zaszczepiono 4011 osób, co stanowi 2,31% populacji.

Zachorowania na grypę i choroby grypopodobne:

Rok 2013 – 11542 przypadków

Rok 2014 – 8207 przypadków

Rok 2015 – 13322 przypadków

Stan sanitarno-higieniczny i epidemiologiczny terenu objętego działaniem jest zadowalający i utrzymuje się na stałym poziomie w porównaniu do lat poprzednich.

6. Ocena zgodności dokumentowania działań w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia zgodnie ze standardami postępowania podczas realizacji interwencji:

interwencji programowych:	<u>a) prawidłowo</u>	b) nieprawidłowo*
interwencji nieprogramowych:	<u>a) prawidłowo</u>	b) nieprawidłowo*

7. Ocena realizacji działań oświatowo-zdrowotnych i promocji zdrowia na podstawie:

- doboru metod i form: a) właściwy b) niewłaściwy*

- zgodności realizowanych działań z harmonogramem: a) zgodne b) niezgodne*

- zgodności oddziaływań w stosunku do potrzeb powiatu wynikających z sytuacji epidemiologicznej, społecznej i demograficznej: a) zgodne b) niezgodne*

W przypadku odpowiedzi b) należy opisać nieprawidłowości i uchybienia, dotyczy pkt. 6 i 7.

8. Współpraca z instytucjami, jednostkami administracyjnymi, organizacyjnymi pozarządowymi itp. (z jakimi i w jakim zakresie?):

Wojciech Lieli

p

w zakresie realizacji interwencji programowych i nieprogramowych oraz współorganizacji konkursów, olimpiad:

- Urzędy Miast i Gmin
- Zarząd Rejonowy PCK
- Kuratorium Oświaty Delegatura w Bielsku-Białej
- Starostwo Powiatowe w Bielsku-Białej
- Komenda Miejska Policji w Bielsku-Białej
- Poradnia Uzależnień w Bielsku-Białej
- Zespół Placówek Opiekuńczo-Wychowawczych w Bielsku-Białej
- Areszt Śledczy w Bielsku-Białej
- Urząd Celny w Bielsku-Białej
- Media lokalne
- Placówki oświatowo-wychowawcze i ochrony zdrowia

9. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w PSSE (zakres).

Współpraca realizowana jest w ramach realizowanych interwencji z:

- Sekcją Epidemiologii
- Sekcją Higieny Żywności i Żywienia i Przedmiotów Użytku
- Sekcją Higieny Komunalnej
- Sekcją Higieny Pracy
- Higieną Dzieci i Młodzieży

10. Nadawanie rangi działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia przez PPIS.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny zna zakres realizowanych działań w sekcji Oświaty Zdrowotnej, uczestniczy w przedsięwzięciach podejmowanych w obszarze szeroko pojętej profilaktyki i promocji zdrowia. Prezentuje prowadzone działania na szczeblu powiatu podczas szkoleń, konferencji oraz sesjach Rady Powiatu.

11. Ocena zgodności z instrukcją IT/PT/PZ/01/03 dokumentacji technicznej stosowanej w pionie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia.

Prawidłowość wypełniania ujednoliconych formularzy protokołów z wizytacji monitorowanych jednostek:

a) prawidłowo b) nieprawidłowo*

12. Ocena prawidłowości zapisów realizowanych interwencji programowych i nieprogramowych:

a) prawidłowo b) nieprawidłowo*

M. Dąbka
J. Dąbka

P

Prawidłowość prowadzonej dokumentacji szkoleń: **a) prawidłowo** b) nieprawidłowo*

W przypadku odpowiedzi b) należy opisać nieprawidłowości i uchybienia, dot. pkt. 11 i 12.

13. Podsumowanie kontroli. Zalecenia (pouczenia, uwagi).

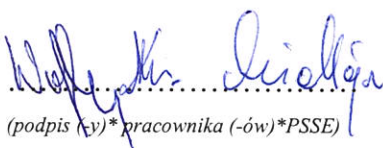
Ocenę działań i dokumentacji przeprowadzono na podstawie dokumentów przesyłanych do Oddziału Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej WSSE w Katowicach, przebiegu współpracy, kontroli problemowych przeprowadzonych w PSSE w Bielsku-Białej w latach 2013 – 2015. W trakcie kontroli sprawdzono dokumentację dot. wizytacji oraz realizacji programów ogólnopolskich: „Trzymaj Formę!”, „Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce”, Programu Przedszkolnej Edukacji Antytytoniowej „Czyste Powietrze Wokół Nas”, Projektu KIK/68 „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” oraz Programu edukacyjnego „ARS, czyli jak dbać o miłość?”.

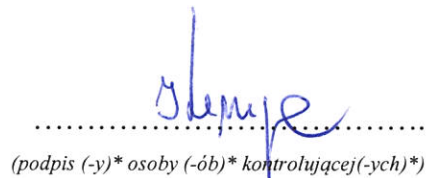
Dokumentacja działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia prowadzona zgodnie z procedurą techniczną Standardy Postępowania Podczas Realizacji Interwencji w zakresie Profilaktyki Chorób i Promocji Zdrowia z dnia 29.01.2013 r. – PT/PZ/01.

Podejmowane działania wynikają z planów pracy oraz bieżących potrzeb środowiska lokalnego.

Zakres współdziałania PSSE w Bielsku-Białej z instytucjami oraz innymi partnerami obejmuje wymianę doświadczeń i informacji z zakresu profilaktyki oraz promocji zdrowia.

W 2016 roku zaplanowano w sekcji Oświaty Zdrowotnej 30 wizytacji. Do dnia 13 września br. wykonano 20 wizytacji.


(podpis (-y)* pracownika (-ów)*PSSE)


(podpis (-y)* osoby (-ób)* kontrolującej(-ych)*)

Ustalenia w zakresie epidemiologii / higieny żywności, żywienia i przedmiotów użytku / higieny komunalnej / bezpieczeństwa wody / higieny pracy / higieny dzieci i młodzieży / zapobiegawczego nadzoru sanitarnego / systemu jakości / systemu zarządzania: **

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bielsku - Białej

ul. Broniewskiego 21, 43-300 Bielsko - Biała

(adres)

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli

kierownik ds. jakości

(pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym psse)

III. Data kontroli 13.09.2016 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli: kwiecień 2012 – sierpień 2016

V. Kontrola dokumentów nie dotyczy

1. Rodzaj prowadzonych: rejestrów/ewidencji/ bazy danych ** na podstawie obowiązujących przepisów lub przyjętych wewnętrznie do stosowania

L.p.	Rodzaj rejestrów/ewidencji/wykazu/ bazy danych **	+jest, - nie ma	nieprawidłowości
1.	Rejestr obiektów nadzorowanych		
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych		
3.	Zapisy ze szkoleń wewnętrznych		
4.	Rejestry szkoleń pracowników (indywidualne)		
5.	Rejestry wydanych decyzji		
6.	Rejestry postanowień		
7.	Rejestry: interwencji/ skarg, wniosków**		
8.	Rejestr nałożonych mandatów		

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

.....
.....

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień.....) nie dotyczy

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych

VII. Kontrola prowadzonego postępowania administracyjnego i egzekucyjnego w administracji oraz nałożonych mandatów i grzywien w celu przymuszenia w okresie podlegającym kontroli *nie dotyczy*

L.p.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota ^{/1}				Uwagi:
		rok	rok	rok	rok do dnia kontroli	
1.	Postanowienia					
2.	Decyzje					
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych ^{/3}					
4.	Decyzje - rachunki					
5.	Opinie sanitarne/pisma ^{**}					
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu ^{/2}					
7.	Mandaty					
8.	Kontrole w trakcie realizacji ^{/2}					
9.	Uczestnictwo w odbiorach					
10.	Upomnienia					
11.	Tytuły wykonawcze					
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia					
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego					

^{/1} - dotyczy kwot dla l.p. nr 4, 7, 12

^{/2} - dotyczy działalności w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

^{/3} - dotyczy działalności w zakresie nadzoru higieny pracy

VIII. Kontrola dokumentacji *nie dotyczy*

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów

 (podać liczbę)
2. Identyfikacja sprawy/ obiektu ^{**/}
 - 2.1
 - 2.2
 - 2.3
 - 2.4
3. Ocena wydanych dokumentów
 - a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem akt.....

 - b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli).....

 - c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa

AL A.Pod

e) stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie

g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli).....

i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji.....

j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **

(podać: nazwę organu /instytucji, rodzaj współpracy, częstotliwość współpracy: doraźna, ciągła, podstawę prawną współpracy)

3 / 10

A Pro AW

.....
.....
.....
(podać: nazwę oddziału /pionu, rodzaj współpracy: np. wspólna kontrola, odbiór obiektu, wydawanie opinii wewnętrznej, szkolenia wewnętrzne, określić częstotliwość współpracy: doraźna, ciągła)

XI. Inne zagadnienia nie dotyczy

1. Udostępnianie zainteresowanym informacji o liście rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych ***
.....
.....

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości (zarządzania jakością)

Funkcję kierownika ds. Jakości w Oddziale Nadzoru Sanitarnego i Sekcji Oświaty Zdrowotnej (ONS i OZ) pełni pani Agnieszka Kastelik Protasewicz zatrudniona na stanowisku starszego asystenta w Sekcji Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku (Zakres obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień z dnia 03.10.2011r.) W obszarze systemu zarządzania jakością zastępuje ją pan Józef Jagosz, będący zastępcą PPIS i kierownikiem ONS, odpowiednie zapisy zawarto w zakresie obowiązków z dnia 01.09.2011 r.

Nadzór nad dokumentami

Piąte wydanie Księgi Jakości (KJ) obowiązujące w Oddziale NS i OZ w PSSE w Bielsku - Białej zostało zatwierdzone przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego (PPIS) w dniu 28.04.2016 r. Na str.12/13 rozdziału 5 „Wymagania dotyczące struktury” podano informację o tym, iż za system zarządzania w Oddziale NS i OZ odpowiedzialny jest kierownik ds. jakości oraz podano personalia tej osoby, jak również personalia osoby przejmującej obowiązki w czasie jej nieobecności.

W tym samym rozdziale zapisano zadania kierownika ds. jakości oraz sprecyzowano zadania kierowników/kierowniczek technicznych. Zgodnie z wymaganiami normy PN-EN ISO/IEC 17020:2012 na stronie 10/13 ww. rozdziału podano nazwiska zastępców kierowników/ kierowniczek technicznych.

Wszystkie zmiany w KJ dokonywane są przez zarządzającego – kierownika ds. jakości i zapisywane w Karcie zmian. Zgodnie z zapisami w procedurze nr PO-01 dokumenty (w tym KJ) są przeglądane co najmniej raz w roku czego potwierdzeniem jest odpowiedni zapis w Planie działań doskonalących, a od roku 2015 również w Karcie zmian. Zwrócono uwagę na konieczność prowadzenia Karty zmian z wydania pierwszego dokumentu (dyspozycja zawarta na str. 9/16 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-01).

Nieaktualne strony z egzemplarza nr 1 KJ oraz nieaktualne wydania przechowywane są przez kierownika ds. jakości (odpowiednio oznaczone napisem „nieaktualne od dnia” i podpisane).

Wg oświadczenia kierownika ds. jakości pracownicy są informowani o wszystkich zmianach w dokumentacji drogą elektroniczną (sprawdzono odpowiednie zapisy w historii wiadomości wysłanych np. email z dnia 29.04.2016 r.) i na szkoleniach wewnętrznych (np. szkolenie wewnętrzne nr 4/16 z dnia 29.06.2016 r. „Działania zapobiegawcze i KJ wydanie 5”. W tym szkoleniu uczestniczyło 13 osób- kierownicy komórek organizacyjnych/ kierownicy techniczni i audytorzy wewnętrzni oddziału ONS i OZ.

Rozdzielnik KJ podaje, iż kierownik ds. jakości posiada egzemplarz nr 1 w wersji papierowej, natomiast kierownik ONS i pracownicy wszystkich sekcji mają dostęp do egzemplarza nr 2 zamieszczonego w wewnętrznej sieci Intranet (wersja elektroniczna PDF).

Kierownik ds. jakości dostosował KJ do wymagań normy PN-EN ISO/IEC 17020:2012 (wniosek nr Kierownik ds. jakości/ 1/2016 z dnia 18.04.2016 r. o dokonanie zmiany wydania czwartego KJ na wydanie piąte, opracowany na załączniku nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 6 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-01).

Potwierdzono aktualność dokumentów systemu zarządzania posiadanych przez kierownika ds. jakości (wersja elektroniczna). Sprawdzone procedury nr:

PO-01 wydanie 6 z 22.12.2014,

PO-04 wydanie 4 z 22.12.2014 ze zmianą z 31.07.2015.

Dla dokumentów technicznych z GIS, otrzymanych poprzez WSSE w Katowicach, sporządzane są rozdzielniki w których wpisani są pracownicy odpowiednich sekcji mający dostęp do elektronicznych wersji poszczególnych dokumentów np.:

- w rozdzielniku egz. nr 1 Instrukcji Roboczej nr IR/HDM/01 „Instrukcja w obszarze higieny dzieci i młodzieży” wpisani są z datą 20.05.2016 r. kierownik oddziału ONS i kierownik sekcji ONS - HDiM.

Dokumenty systemu zarządzania opracowane w WSSE w Katowicach rozpowszechniane elektronicznie np. Instrukcja robocza nr IR/NS-BW/04 „Postępowanie z powiadomieniem o wynikach badania wody na pływalniach” wydanie 1 z 17.12.2015 mają nadany drugi numer egzemplarza, wg rozdzielnika instrukcja w wersji elektronicznej (PDF) jest dostępna dla kierownika oddziału ONS, kierowników sekcji: ONS - HKiŚ, ONS-EP, ONS-HDiM (potwierdzenie otrzymania dostępu w rozdzielniku z datą 17.12.2015 r.).

Rejestry dokumentów Główny Specjalista do spraw Systemu Jakości prowadzi w wersji elektronicznej.

Sprawdzono Rejestr dokumentów opracowanych w WSSE – Procedury Ogólne Sytemu Zarządzania (załącznik nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do 6 wydania Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-01), ostatni wpis w poz. 12 z datą 07.12.2015 r.

Przepisy prawne dostępne są dla pracowników w formie elektronicznej poprzez bezpośredni dostęp w licencjonowanym programie Lex, są one zatwierdzane zgodnie z wymogami punktu 3.2.2.1 procedury PO-01 z chwilą wpisania do odpowiedniego rejestru w poszczególnych sekcjach.

Poprawność postępowania w tym zakresie sprawdzono na przykładzie Obwieszczenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 26 sierpnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (DZ.U. 2015, poz. 1412 z późniejszymi zmianami) wpis w rejestrze sekcji ONS - HŻŻ w poz. 44.

Dokumenty zewnętrzne związane z systemem zarządzania są zatwierdzane przez kierownika ds. jakości.

Sprawdzono sposób zatwierdzania norm do stosowania na przykładzie normy PN-EN ISO/IEC 17020:2012, została ona w sposób prawidłowy zatwierdzona do stosowania przez kierownika ds. jakości w dniu 03.07.2014 r. i wpisana do rejestru dokumentów (załącznik nr 1 z dnia 11.07.2013 do wyd. 5 Procedury Ogólnej nr PO-01) w poz. 15.

Natomiast dokument PCA: DAK-07 wydanie 8 został zatwierdzony 25.06.2016 (wpis w Rejestrze dokumentów w poz. 18).

Sprawdzono również poprawność postępowania przy wprowadzaniu zmian do dokumentów.

Nadzór nad zapisami

Nadzór nad zapisami obejmuje ich sprawdzanie, przeglądanie, zatwierdzanie, właściwe przechowywanie i archiwizację. Zgodnie z dyspozycją zawartą w pkt. 3.3 na str.12/16 obowiązującej Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-01 zapisy dotyczące działań inspekcyjnych muszą zawsze przywoływać właściwe i aktualne przepisy prawne (poprawność postępowania sprawdzono na przykładzie protokołu kontroli sanitarnej nr 2041/1201/ONS-HŻŻ/2016 w którym zacytowano obowiązujący tekst jednolity ustawy o PIS (Dz.U. 2015, poz. 1412 z późniejszymi zmianami) oraz obowiązujący tekst jednolity ustawy Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. 2016, poz. 23 z późniejszymi zmianami). Prawidłowość sprawowania nadzoru nad zapisami sprawdzono na podstawie:

- listy obecności na szkoleniu nr 9/2015 z dnia 18.12.2015 r. „Omówienie zmian w dokumentach systemu zarządzania” (załącznik nr 5 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04), szkolenie prowadziła pani A. Kastelik

A. B. W. X. Y.

Protasewicz, w liście podpisało się 14 osób- kierownicy komórek organizacyjnych/kierownicy techniczni oraz auditorzy oddziału ONS i OZ;

- planu szkoleń wewnętrznych na okres I półrocza 2016 (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04); podpis kierownika ds. jakości z datą 26.01.2016 r.

- wniosku nr: kierownik ds. jakości/ 1/2016 z dnia 18.04.2016 r o dokonanie zmiany w KJ (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2015 r. do wydania 6 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-01).

Sprawdzone zapisy są nadzorowane w sposób prawidłowy.

Według informacji uzyskanej od kierownika ds. jakości zapisy gromadzone w formie elektronicznej są zabezpieczone poprzez tworzenie kopii zapasowych przez stacyjnego informatyka.

Odstępstwa

Nie udzielano zgody na odstępstwa, które umożliwiają zapisy rozdziału 3 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania Nr PO-01.

Przechowywanie i archiwizowanie

Dokumenty przechowywane są w całości w formie papierowej i/lub plików komputerowych w sposób gwarantujący zachowanie bezpieczeństwa i poufności np. w szafach zamykanych na klucz, w zamykanych na klucz pomieszczeniach, wejście do Oddziału Laboratoryjnego dodatkowo jest zabezpieczone jest zamkami magnetycznymi zgodnie z zapisami „Polityki bezpieczeństwa ochrony danych osobowych....” wprowadzonej zarządzeniem nr 12 dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Bielsku - Białej z dnia 20.07.2015r. Archiwizacja prowadzona jest zgodnie z zapisami procedury nr PO-01.

Personel

W Rozdziale 6 Księgi Jakości zapisano wymagania dotyczące personelu kierowniczego/technicznego zatrudnionego w oddziale ONS i OZ.

Kwalifikacje i doświadczenie personelu kierowniczego/technicznego są zgodne z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu MZ z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególne stanowiska pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej (Dz.U. nr 48 z 2010 r. poz. 283). Według oświadczenia kierownika ds. jakości opisane w tym rozdziale wymagania dla personelu są zachowywane.

Sprawdzono zapisy dotyczące wymaganych kwalifikacji i stażu pracy starszego asystenta w sekcji ONS-HŻŻ mgr inż. A. Kastelik Protasewicz, która spełnia ww. wymagania: posiada wykształcenie wyższe techniczne, ukończyła studia podyplomowe i różne kursy i szkolenia staż pracy w PIS – 19 lat.

Dla każdego pracownika prowadzone są Rejestry szkoleń zewnętrznych i wewnętrznych, a dla nowo przyjmowanych pracowników Karty szkolenia wstępnego. Sprawdzono Kartę szkolenia wstępnego stażystki Anny Kanik zatrudnionej w sekcji ONS- HŻŻ w dniu 01.07.2016 r. Program szkolenia wstępnego został opracowany przez kierownika sekcji panią Martę Welter w dniu 01.07.2016 r. i obejmuje zakres teoretyczny i zakres praktyczny. Do czasu zakończenia szkolenia wstępnego pani Anna Kanik pracuje pod nadzorem co zostało zapisane w zakresie obowiązków z dnia 01.07.2016 r.

Ostatnim elementem przed dopuszczeniem pracownika do samodzielnego przeprowadzania czynności kontrolnych będzie monitorowanie kontroli przez niego wykonywanych (zgodnie z zapisami rozdziału 3.3, str.6/8 procedury nr PO-07), które zostanie przeprowadzone po zakończeniu szkolenia.

Poprawność trybu postępowania przy dokumentowaniu szkoleń sprawdzono na przykładzie Rejestru szkoleń zewnętrznych pani A. Kastelik Protasewicz (załącznik nr 2 z dnia 22.12.2014

AG
n.pod

r. do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04). W 2015 r. pani A. Kastelik Protasewicz uczestniczyła w 4 szkoleniach zewnętrznych między innymi: w poz. 4 rejestru wpisano szkolenie „X międzynarodowe forum suplementów diety”. Notatka i ocena tego szkolenia zostały sporządzone na aktualnym załączniku nr 3 do Procedury nr PO-04 „Szkolenie personelu”. Wiadomości uzyskane na szkoleniu przekazano w sekcji w dniu 17.12.2015r.

Kierownika ds. jakości przeprowadza identyfikację potrzeb szkoleniowych w zakresie szkoleń dotyczących systemu zarządzania i sporządza plany szkoleń.

W 2016 r. Plan szkoleń wewnętrznych na II półrocze sporządzono 15.06.2016 r. co jest zgodne z zapisami procedury nr PO-04, a następnie został on udostępniony w wewnętrznej sieci intranet.

Potrzeby w zakresie szkoleń zewnętrznych przedstawiane są corocznie na przeglądach zarządzania.

Podczas kontroli sprawdzono dodatkowo realizację planu szkoleń wewnętrznych dotyczących systemu zarządzania za I półrocze 2016 r. (zrealizowano 1 zaplanowane szkolenie wewnętrzne oraz 3 szkolenia dodatkowe).

Nadzór nad personelem (monitorowanie pracowników przeprowadzających kontrolę)

Zgodnie z wymogami procedur z GIS protokoły z kontroli są sprawdzane przez kierowników/kierowników technicznych i przez nich zatwierdzane.

Np. Protokół z kontroli sanitarnej nr 2041/1201/ONS-HŻŻ/2016 przeprowadzonej przez starszego asystenta Pawła Chwałka w dniu 07.09.2016 r. został zatwierdzony przez kierownika sekcji ONS-HŻŻ panią Martę Welter w dniu 08.09.2016 r.

Protokoły z kontroli przeprowadzanych przez kierowników/ kierowników technicznych zatwierdza ich bezpośredni przełożony – kierownik ONS.

Sprawdzanie i zatwierdzanie protokołów jest jednym z elementów nadzoru bezpośredniego przełożonego nad personelem. Zgodnie z wymogami procedury nr PO-07 „Monitorowanie przeprowadzania kontroli” kontrole przeprowadzane przez upoważnionych pracowników PSSE podlegają monitorowaniu.

Pierwszy czteroletni program obserwacji kontroli został sporządzony na lata 2009-2012, drugi czteroletni program opracowano na lata 2013-2016.

Sprawdzono Roczny program obserwacji kontroli dla Sekcji ONS-EP na rok 2016, został on sporządzony przez kierownika sekcji panią Małgorzatę Sommer w dniu 25.01.2016 r. (załącznik nr 2 z dnia 22.12.2014 do wydania 5 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-07), został zatwierdzony przez PPIS w Bielsku - Białej w tym samym dniu. Zawiera on nazwiska 2 pracowników sekcji, obserwacje zaplanowano na I i II kwartał 2016 r.

Sprawozdanie z obserwacji pracy pani Aleksandry Gilowskiej (sporządzone na załączniku nr 3 z dnia 09.06.2011 do wydania 4 Procedury Ogólnej nr PO-07) i Karta oceny pracownika przeprowadzającego kontrolę (załącznik nr 5 z dnia 09.06.2011 do wydania 4 Procedury Ogólnej nr PO-07) prowadzone są w sposób prawidłowy. Praca ww. pracownika oceniona została na 14 punktów z 20 możliwych, wynik oceny: ocena akceptowana dokonana przez obserwatora kontroli Małgorzatę Sommer w dniu 04.07.2016 r.

Audity wewnętrzne

Zgodnie z wymaganiami PO-02 Audity wewnętrzne wyd. 7 z 22.12.2014 r. kierownik ds. jakości co roku sporządza Rejestr auditorów wewnętrznych. Rejestr jest aktualizowany po przeprowadzeniu oceny auditorów podczas przeglądu zarządzania (aktualny rejestr z 2016 r. jest załącznikiem do tegorocznego protokołu z przeglądu zarządzania). Zawiera on nazwiska 11 auditorów wewnętrznych, został on zatwierdzony przez PPIS w Bielsku - Białej w dniu 17.03.2016 r.

Kierownik ds. jakości przechowuje potwierdzenia kompetencji auditorów wewnętrznych w formie kopii zaświadczeń np. ze szkoleń.

Kierownik ds. jakości sporządził na ten rok programy auditów wewnętrznych, które zostały zatwierdzone przez PPIS w Bielsku - Białej (co jest zgodne z wymaganiami procedury nr PO-

02, programy auditów wewnętrznych powinny zostać zatwierdzone do 15 lutego roku, którego dotyczą). Pełny zakres auditów jest realizowany w cyklu 2-letnim. Corocznie realizowane są audyty u kierownika ds. jakości i kierownika oddziału ONS. Na rok 2016 r. zaplanowano w sumie 5 auditów wewnętrznych (w tym 3 w sekcjach: ONS-HŻŻ, ONS-HP, ONS-ZNS).

Programy auditów na 2016 r. zostały sporządzone na załączniku numer 1 z dnia 22.12.2014 do wydania 7 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-02. Audyty wewnętrzne zaplanowane zostały w terminie od czerwca do listopada. Auditorzy wewnętrzni powoływani są przed każdym auditem, ale zawsze co najmniej 7 dni przed datą auditu.

Sprawdzono dokument powołania auditora pana Pawła Chwałka (załącznik nr 2 z dnia 22.12.2014 do wyd. 7 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-02) podpisany przez PPIS w Bielsku - Białej w dniu 01.10.2015 r.

Poprawność postępowania auditora przeanalizowano na podstawie Planu auditu wewnętrznego opracowanego przez auditora wiodącego pana Pawła Chwałka na załączniku nr 3 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 6 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-02 i Raportu z auditu wewnętrznego nr ONS-HDiM/01/2015 opracowanego na załączniku nr 5 do ww. procedury. Plan auditu wewnętrznego przygotowano 10.10.2015 r. r. (został zachowany termin wymaganych 7 dni przed terminem auditu). Raport został oddany 04.11.2015 r. (w terminie nie dłuższym niż 14 dni od terminu auditu). W załączniku do raportu z auditu wewnętrznego zostały zapisane ustalenia z auditu wewnętrznego, które pozwalają prześledzić przebieg auditu oraz dowody- próbki auditowe.

Kierownika ds. jakości ocenił pracę ww. auditora na Karcie oceny auditora nr 1/2015 łączna suma punktów 30 (załącznik nr 7 z dnia 22.12.2014 do wyd. 7 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-02).

W wyniku przeprowadzonych auditów w 2015 r. auditorzy stwierdzili 1 niezgodność i zapisali 3 spostrzeżenia (co stanowi tzw. wartości dodaną dla auditowanego). Analizując ww. raport z auditu stwierdzono, iż dopracowania wymaga sposób pisania niezgodności.

Kierownik ds. jakości w sposób prawidłowy zarządza auditami wewnętrznymi.

Przegląd zarządzania

Sprawdzono dokumentację dotyczącą przeglądu zarządzania z 2016 r. Przegląd zarządzania został przeprowadzony 17.03.2016 r. co jest zgodne z pkt. 3.1 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-06 „Przegląd zarządzania”, która mówi, że powinny być przeprowadzone do końca I kwartału.

Program przeglądu zarządzania (na załączniku nr 1 z dnia 22.12.2014 do Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-06) został sporządzony przez kierownika ds. jakości w dniu 09.03.2016 r. Zatwierdził go PPIS w Bielsku - Białej w tym samym dniu. W programie ujęto tematy zgodne z wymaganiami procedury nr PO-06:

- ocena PIS dotycząca realizacji celów strategicznych;
- określenie przez właściwego PIS planu działania na dany rok oraz zasad szkolenia pracowników nowo przyjmowanych;
- wyniki monitorowania pracowników przeprowadzających kontrole;
- ocena realizacji ustaleń z poprzedniego przeglądu zarządzania;
- wyniki auditów wewnętrznych z poprzedniego roku kalendarzowego, w tym ocena auditorów i aktualny rejestr auditorów wewnętrznych;
- sprawozdania personelu kierowniczego:
 - merytoryczna ocena zatrudnionego personelu, ewentualna potrzeba zwiększenia zatrudnienia;
 - informacja o wykonaniu planu pracy, w tym planu kontroli;
 - skargi klientów (z przeprowadzeniem analizy przyczyn);
 - ocena wyposażenia, ewentualne potrzeby w tym zakresie;
 - potrzeby szkolenia pracowników w tym nowo przyjmowanych;
 - propozycje zmian w systemie zarządzania.

W programie przeglądu zarządzania uwzględnione zostały również dodatkowe informacje wynikające z zatwierdzonych zasad kontroli zarządczej.

Wszyscy uczestnicy przeglądu zarządzania otrzymali program przeglądu zarządzania w dniu podpisania, co potwierdzili swoim podpisami (co najmniej 7 dni przed wyznaczonym terminem przeglądu).

W przeglądzie oprócz prowadzącego przegląd PPIS Bielsku - Białej zarządzania uczestniczyli: kierownicy/kierownicy techniczni komórek organizacyjnych oddziału ONS i OZ, kierownik ds. jakości, Główna księgowa, kierownik sekcji ds. pracowniczych, kierownik oddziału ekonomicznego i administracyjnego, kierownik oddziału ONS, koordynator ds. oświaty zdrowotnej. Z przeglądu zarządzania kierownik ds. jakości sporządził w dniu 17.03.2016 r. protokół (załącznik nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wyd. 5 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-06 „Przegląd zarządzania”). Protokół został podpisany przez PPIS w Bielsku - Białej w tym samym dniu i rozpowszechniony wśród uczestników przeglądu.

Wszystkie zapisy z przeglądu, tj.: Program przeglądu zarządzania, Protokół z przeglądu zarządzania z załącznikami przechowuje kierownik ds. jakości.

Oddział Laboratoryjny –doskonalenie

Pełniąca funkcję kierownika ds. jakości w Oddziale laboratoryjnym pani Renata Wierzbanowska przedstawiła informację na temat doskonalenia systemu zarządzania w okresie kwiecień 2012-sierpień 2016 r.:

1. Elementy doskonalenia omawiane na przeeglądach zarządzania:

- a. Zmiany w dokumentacji systemu zarządzania oraz dokumentacji technicznej,
- b. wyniki auditów wewnętrznych i auditu zewnętrznego (PCA),
- c. działania zapobiegawcze i doskonalące,
- d. działania korygujące
- e. wyniki badań biegłości,
- f. zaplanowane i zrealizowane zakupy
- g. szkolenia,
- h. ankiety od klientów

auditach wewnętrznych

- a. działania zapobiegawcze i doskonalące,
- b. działania korygujące
- c. wyniki badań biegłości,
- d. wyniki sterowania jakością
- e. szkolenia,
- g. ankiety od klientów

2. Walidacja/potwierdzenie metod badawczych przeprowadzona w w/w okresie:

- a. badania próbek wody:
 - barwa
 - pH
 - amoniak
 - chlor wolny, chlor ogólny, chlor związany(z obcień)
 - potencjał redox
 - grupa coli, *Escherichia coli* - met. filtracji membranowej
 - grupa coli, *Escherichia coli* - met. colilert
- b. badania próbek kału, wymazów z odbytu
 - listeria monocytogenes
 - yersinia
 - Clostridium difficile

3. Rozszerzenie zakresu akredytacji

- barwa
- pH
- amoniak
- grupa coli, *Escherichia coli* - met. filtracji membranowej

A. Pro
AY

- yersinia

4. Działania doskonalące zapisane w kartach działań zapobiegawczych/doskonalących podjęte w w/w okresie: 22

Działania zapobiegawcze zapisane w kartach działań zapobiegawczych/doskonalących podjęte w w/w okresie: 28

5. Zakupy wyposażenia:

Termometr elektroniczny stosowany jako wzorcowy,

Czujniki QM-system do monitorowania temperatury w sprzęcie pomocniczym,

Łaźnie wodne, pipety automatyczne, ciepłarki, wytrząsarka laboratoryjna, urządzenie do mycia pipet, dozowniki automatyczne, chłodnie laboratoryjne, zestawy komputerowe, krzesła laboratoryjne, sprzęt do metody colilert, zestaw do filtracji wody, sprzęt do metody PCR, autoklaw mikrofalowy.

6. Szkolenia

- 257 szkoleń wewnętrznych

- 45 szkoleń zewnętrznych

Ilość osób uczestniczących w szkoleniach zewnętrznych – 84

7. W 2016r na audytach wewnętrznych oraz audicie zewnętrznym nie wskazano elementów do doskonalenia.

8. Na Przeglądzie zarządzania przeprowadzonym 18.03.2016r. omówiono elementy doskonalenia jak w pkt 1, a ponadto poczyniono 3 ustalenia:

- rozszerzenie zakresu akredytacji o badanie amoniaku w wodzie wg. Normy PN-ISO 7150-1/2002 - zrealizowano na audicie 20.05.2016 r.
- Przygotowanie sekcji CHZZ do wprowadzenia badań próbek kału w kierunku adenowirusów i rotawirusów,
- Przeprowadzenie remontu szatni dla personelu OL.

XIII. Dodatkowe informacje –

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów: -

KIEROWNIK DS. JAKOŚCI
W NADZORZE

~~mgr inż. Agnieszka Kozłowska~~ *Anna Gwiazdowska*

pieczętka i podpis pracownika psse uczestniczącego w kontroli/
pieczętka i podpisy pracowników PSSE uczestniczących w kontroli**

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Główny Specjalista
do spraw Systemu Jakości

AS

mgr inż. Anna Gwiazdowska

.....
pieczętka i podpis osoby kontrolującej/
~~pieczętka i podpisy osób kontrolujących**~~