

Protokół nr OK.1611.2.1.2023

z kontroli

przeprowadzonej w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bytomiu kierowanej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bytomiu mgr Jolantę Wąsowską. Kontrolę przeprowadzili przedstawiciele Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego:

1. Tomasz Bojkowski – kierownik Oddziału Epidemiologii działający na podstawie upoważnienia nr 100, który dokonał wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bytomiu pod nr 7.
2. Józef Lipa – kierownik Oddziału Higieny Żywności, Żywnienia i Przedmiotów Użytku działający na podstawie upoważnienia nr 106, który dokonał wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Bytomiu pod nr 1.
3. Anna Tatar – kierownik Oddziału Higieny Komunalnej i Środowiska działająca na podstawie upoważnienia nr 104, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bytomiu pod nr 13.
4. Barbara Patro – starszy asystent w Oddziale Bezpieczeństwa Wody działająca na podstawie upoważnienia nr 133, która dokonał wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bytomiu pod nr 2.
5. Izabela Piątek – kierownik Oddziału Higieny Pracy i Nadzoru nad Środkami Zastępczymi działająca na podstawie upoważnienia nr 105, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Bytomiu pod nr 8.
6. Monika Karczmarek – kierownik Oddziału Higieny Dzieci i Młodzieży działająca na podstawie upoważnienia nr 103, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bytomiu pod nr 9.
7. Anna Gogola – kierownik Oddziału Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego działająca na podstawie upoważnienia nr 108, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bytomiu pod nr 12.
8. Beata Kempa – kierownik Oddziału Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej działająca na podstawie upoważnienia nr 110, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bytomiu pod nr 3.

9. Anna Gwiazdowska – Główny Specjalista do spraw Systemu Jakości działająca na podstawie upoważnienia nr 111, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bytomiu pod nr 5.
10. Iwona Szymała - kierownik Działu Laboratoryjnego działająca na podstawie upoważnienia nr 102, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bytomiu pod nr 6.

Data rozpoczęcia i zakończenia kontroli: 18 – 20.04.2023 r.

Podstawa prawna kontroli : polecenie służbowe nr 4 Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego z dnia 12 marca 2014 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu nadzoru nad działalnością Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych województwa śląskiego.

Nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej lub samodzielnego stanowiska pracy:

1) Oddział Nadzoru Sanitarnego:

- a) Sekcja Epidemiologii,
- b) Sekcja Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku,
- c) Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska,
- d) Sekcja Bezpieczeństwa Wody,
- e) Sekcja Higieny Pracy,
- f) Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży,
- g) Sekcja Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego,
- h) Sekcja Oświaty Zdrowotnej;

2) Kierownik do spraw jakości w Oddziale Nadzoru Sanitarnego i Sekcji Oświaty Zdrowotnej

3) Oddział Laboratoryjny:

- a) Sekcja Badań Żywności,
- b) Sekcja Badań Wody,
- c) Sekcja Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń.

Okres objęty kontrolą: 01.03.2018 r. – 31.03.2023 r.

Przedmiot kontroli:

1) **w zakresie epidemiologii:**

- a) realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzania kontroli w obiektach,

- b) prowadzone postępowanie administracyjne i egzekucyjne w administracji oraz nałożone mandaty i grzywny w celu przymuszenia,
 - c) realizacja nadzoru nad placówkami leczniczymi w aspekcie higieny lecznictwa,
 - d) realizacja nadzoru nad zgłaszalnością chorób zakaźnych oraz realizacji pracy w systemie SEPIS;
- 2) **w zakresie higieny żywności, żywienia i przedmiotów użytku** – sprawowanie nadzoru bieżącego przez Sekcję Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku;
- 3) **w zakresie higieny komunalnej:**
- a) sposób rozpatrywania skarg i interwencji,
 - b) prawidłowość stosowania art. 61 §4 i art. 10 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego,
 - c) prawidłowość prowadzenia nadzoru nad obiektami (z uwzględnieniem: planowania i trybu ich zlecania, przygotowania pracowników, poprawności i rzetelności dokumentacji pokontrolnej, monitorowania wykonania zaleceń pokontrolnych);
- 4) **w zakresie bezpieczeństwa wody:**
- a) prawidłowość prowadzenia nadzoru nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi,
 - b) prawidłowość prowadzenia nadzoru nad jakością wody w nieckach basenowych,
 - c) poprawność sporządzania pod względem merytorycznym decyzji, opinii, wydawanych podczas prowadzenia postępowania administracyjnego,
 - d) poprawność informowania konsumentów o jakości wody (do spożycia, kąpieli),
 - e) przegląd prowadzonych rejestrów,
 - f) analiza dokumentacji:
 - protokoły pobrania próbek wody,
 - oceny jakości wody,
 - opinie o materiałach i preparatach kontaktujących się z wodą do spożycia;
- 5) **w zakresie higieny pracy** – nadzór bieżący nad zakładami pracy, postępowanie w przypadkach chorób zawodowych oraz sprawy dotyczące środków zastępczych;
- 6) **w zakresie higieny dzieci i młodzieży** – prawidłowość prowadzenia nadzoru nad obiektami (z uwzględnieniem planowania, poprawności i rzetelności prowadzenia dokumentacji pokontrolnej, monitorowania wykonywania zaleceń pokontrolnych) oraz prowadzenie postępowania administracyjnego;

7) w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego:

a) analiza dokumentacji dotyczących:

- uzgodnień projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego, studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego,
- uzgodnień na etapie uzyskiwania decyzji o uwarunkowaniach środowiskowych zgody na realizację przedsięwzięcia, uzgodnień dokumentacji projektowych,
- uzgodnień dokumentacji projektowych obiektów budowlanych,
- odbiorów i dopuszczenia do użytkowania obiektów budowlanych,

b) ocena wydanych dokumentów pod względem:

- kompletności spraw, czytelności, poprawności stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem akt,
- zgodności wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli),
- zgodności z obowiązującymi przepisami prawa,
- poprawności sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach,
- stosowania klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie,
- terminowości załatwiania spraw/ kontrola doręczeń,

c) prawidłowość prowadzenia postępowania, w związku z wydawaniem uzgodnień i opinii;

d) przegląd prowadzonych rejestrów;

8) w zakresie oświaty zdrowotnej:

a) ocena zgodności dokumentowania działań w zakresie działalności oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia zgodnie ze standardami postępowania podczas realizacji interwencji,

b) ocena realizacji działań oświatowo-zdrowotnych i promocji zdrowia na podstawie: doboru metod i form, zgodności realizowanych działań z planem zasadniczych zadań, zgodności oddziaływań w stosunku do potrzeb wynikających z sytuacji epidemiologicznej, społecznej i demograficznej,

c) współpraca z instytucjami, jednostkami administracji rządowej i samorządowej, organizacjami pozarządowymi itp.;

9) w zakresie systemu jakości – sprawdzenie prawidłowości funkcjonowania systemu zarządzania jakością w działaniach inspekcyjnych w zakresie:

a) wymagań dotyczących systemu zarządzania:

- nadzoru nad dokumentami i zapisami,
 - auditów wewnętrznych,
 - odstępstw, działań korygujących, zapobiegawczych i doskonalących,
 - przeglądów zarządzania;
- b) wymagań dotyczących zasobów:
- wymagań kompetencyjnych dla personelu,
 - szkoleń personelu,
 - monitorowania pracy personelu;

10) w zakresie działalności laboratoryjnej:

- a) badań fizykochemicznych, mikrobiologicznych i sensorycznych żywności,
- b) badań fizykochemicznych, mikrobiologicznych i sensorycznych wody,
- c) badań chorób zakaźnych i zakażeń.

Ustalenia kontroli stanowią załączniki nr 1– 10 do niniejszego protokołu.

Przed podpisaniem protokołu poinformowano Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bytomiu o prawie zgłaszania zastrzeżeń i składania wyjaśnień do protokołu oraz o możliwości odmowy podpisania protokołu. Fakt odmowy podpisania protokołu nie wstrzymuje biegu wykonania zaleceń.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Bytomiu w terminie 7 dni od daty podpisania protokołu ma prawo wnieść zastrzeżenia i wyjaśnienia dotyczące ustaleń, stwierdzonych uchybień i nieprawidłowości.

Protokół sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach i po odczytaniu podpisano.

Niniejszy protokół zawiera 5 ponumerowanych stron oraz 10 załączników.

Bytom, dnia 25.05.2023 r.

Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Bytomiu

.....mgr Jolanta Wąsowska.....

pieczęć i podpis
Państwowego Powiatowego
Inspektora Sanitarnego w Bytomiu

Śląski Państwowy Wojewódzki
Inspektor Sanitarny

.....dr n. med. Grzegorz Hudzik.....

pieczęć i podpis
Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego
Inspektora Sanitarnego

Protokół otrzymali:

1. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Bytomiu
2. a/a

Załącznik nr *1
do protokołu nr. ~~OK.1611.2.1.2023*~~
kontroli

~~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 Bytomiu Stanisława Moniuszki 25,
41-902 Bytom
- II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli: Sekcja Epidemiologii
- III. Data kontroli 19-20.04.2023 r.
- IV. Okres działalności podlegający kontroli 16.03.2018 – 18.04.2023 r.

Ostatnia kontrola kompleksowa odbyła się w dniu 15.03.2018 r. ~~nie wydano/~~ wydano zaleceń
pokontrolnych

Kontrola problemowa w zakresie : Nadzoru nad przechowywaniem preparatów szczepionkowych
w związku z awarią urządzenia chłodniczego z dnia 07.05.2021 r. , w dniu 18.05.2021 r.

Informacje szczegółowe dotyczące nadzorowanego przez PPIS terenu.

PPIS w Bytomiu obejmuje swoim nadzorem ludność w liczbie 343551, w tym dzieci
i młodzież objęta PSO - dzieci (8 r. ż) – 21700, młodzież – 19 r. ż. – 41613.

PPIS w Bytomiu sekcja epidemiologii nadzoruje obiekty: szpitali – 11, (w tym 2 jednodniowe),
Stacje Dializ - 3, przychodnie - 192, laboratoria – 2, zakłady rehabilitacji leczniczej – 14,
gabinetów lekarskich - 378, praktyk pielęgniarek i położnych – 9, innych praktyk – 0, 107 punktów
szczepień.

Zatrudnienie.

W Sekcji Epidemiologii zatrudnionych jest 13 osób, stanowiska i wykształcenia zgodnie
z załączoną poniżej tabelą:

L.p.	Imię i nazwisko Stanowisko służbowe	Poziom i profil wykształcenia
1.	██████████ - kierownik	wyższe medyczne
2.	██████████ - starszy asystent	wyższe medyczne
3.	██████████ – starszy asystent	wyższe medyczne
4.	██████████ – starszy asystent	wyższe medyczne
5.	██████████ – starszy asystent	wyższe medyczne
6.	██████████ – starszy asystent	wyższe medyczne
7.	██████████ – starszy	wyższe medyczne

	asystent	
8.	[redacted] - asystent	wyższe medyczne
9.	[redacted] młodszy asystent	wyższe medyczne
10.	[redacted] - młodszy asystent	wyższe medyczne
11.	[redacted] - starszy statystyk medyczny	średnie
12.	[redacted] - starszy rejestrator medyczny	średnie
13.	[redacted] - starszy asystent	wyższe medyczne

V. Kontrola dokumentów

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

W sekcji epidemiologii prowadzone są następujące rejestry:

w formie elektronicznej :

- rejestr nosicieli Salmonelli,
- rejestr zakażonych HBV, HCV,
- rejestr biologicznych czynników chorobotwórczych,
- rejestr podejrzeń zachorowań na choroby zakaźne, rejestr zachorowań na choroby zakaźne,
- rejestr obiektów nadzorowanych,
- CRONSOR (rejestr obiektów, protokołów kontroli, decyzji, postanowień, mandatów),
- rejestr dokumentów,
- rejestry szkoleń pracowników,

W formie papierowej :

- rejestr NOP,
- rejestr protokołów kontroli,
- rejestr postanowień,
- rejestr interwencji,
- rejestr odwołań, zażaleń
- rejestr wyposażenia

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych wyrywkowo sprawdzono dostępność następujących aktów prawnych:

1. Ustawa o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z dnia 14 marca 1985r.
2. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
4. Rozporządzenie 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

5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2020 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2020 r. w sprawie sposobu prowadzenia rejestru chorób zakaźnych oraz okresu przechowywania danych zawartych w tym rejestrze
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2020 r. w sprawie zgłaszania wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych
9. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. 2020r., poz. 374).
10. Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego.

Rejestr aktów prawnych prowadzony jest w wersji elektronicznej- ostatnia aktualizacja zgodnie z systemem zarządzania 15.02.2023r.

Na bieżąco pracownicy Sekcji Epidemiologii korzystają z dostępu do strony internetowej Kancelarii Sejmu, a także Rządowego Centrum Legislacji (RCL) oraz z porad prawnych jeden Radca Prawny, dostępny dwa razy w tygodniu.. Ponadto informacje dot. wytycznych od jednostek nadrzędnych przekazywane są pracownikom przez Kierownika Sekcji na wewnętrznych zebraniach (po naradach lub po otrzymaniu wytycznych).

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	+	

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 18.04.2023 r.)

Ilość obiektów w ewidencji		Ilość kontroli		
		planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
2023 r. -do czasu kontroli	831 obiektów, 114 podobiektów	451	47	37
2022r.	837 obiektów, 114 podobiektów	141	135	82

2021r.	827 obiektów, 118 podobiektów	182	0	34
2020r.	825 obiektów, 111 podobiektów	417	44	29

Przyczyna niewykonania kontroli planowych: likwidacja obiektów, zawieszenie działalności na czas pandemii, sytuacja epidemiologiczna COVID-19.

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				Uwagi:
		2020 rok	2021 rok	2022 rok	2023 rok do dnia kontroli	
1	Postanowienia	0	0	4	0	
2	Decyzje	26	12	26	12	
3	Decyzje - rachunki	6	5	22	5	
4	Opinie sanitarne/pisma**	0	3	0	0	
5	Kontrole w trakcie realizacji	0	0	0	0	
6	Uczestnictwo w odbiorach	0	0	0	0	
7	Upomnienia	4	0	0	2	
8	Tytuły wykonawcze	0	0	0	0	
9	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	0	0	
10	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji (również elektronicznie) spraw/obiektów 6/6
(podać liczbę)

2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/

2.1 Zgłoszenia SEPIS

2.2 Plusy SEPIS

2.3 NOP SEPIS

2.4 Ogniska SEPIS

2.5

2.6

3. Ocena wydanych dokumentów

2.1 W oddziale epidemiologii dostęp do systemu SEPIS ma 12 osób .

Ilość załatwionych zgłoszeń –

2021 r. – 4570

2022 r. - 1570

Ostatnie zgłoszenie 13.04.2023

postępowanie przeprowadzone prawidłowo odpowiedni czas realizacji

2.2

Ilość załatwianych „plusów„

2021 r. – 27769

2022 r. - 23210

Ostatnie zgłoszenie wyniku dodatniego wpłynęło 19.04.2023 r.

postępowanie przeprowadzone prawidłowo odpowiedni czas realizacji

2.3

Ilość zgłoszonych NOP-ów

2020 r. – 29

2021 r. – 130

2022 r. – 23

2023 r. - 4

Ostatnie zgłoszenie NOP – 14.03.2023 r.

2.4

Ilość zgłoszonych Ognisk od 01.03.2021r.

2021 r. – 76

2022 r. – 83

2023 r. - 15

Ostatnie ognisko - 04.04.2023 r.

2.5

[redacted] Zawiadomienie o
zamiarze wszczęcia kontroli z dnia 24.10.2022 r. Protokół kontroli nr 176/1202/NSE/2022 z
dnia 22.11.2022 r. wraz z dołączonymi upoważnieniami do przeprowadzenia kontroli.
Podczas kontroli stwierdzono nieprawidłowości . . Zawiadomienie o wszczęciu postępowania

administracyjnego z dnia 22.11.2022 r. Rekontrola w sprawie stwierdzonych nieprawidłowości protokół nr. 202/1202/NS.E/2022 z dnia 14.12.2022r. Decyzja administracyjna nr NS.E.9022.1.19.1752.2022 z dnia 19.12.2022r. Decyzja płatnicza nr NS.E.43.23.2023 z dnia 12.01.2023 r. Akta zawierają metrykę sprawy.

2.6

Zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli z dnia 01.08.2022 r. Protokół kontroli nr 61/1202/NS.E.2022 z dnia 17.08.2022 r. Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego z dnia 17.08.2022 r. Kontrola sprawdzająca 06.09.2022. Decyzja obciążająca NS.E.1154.617.2022. z dnia 12.09.2022 r. Akta zawierają metrykę sprawy.

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.

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

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

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

2.1 nie dotyczy

2.2 nie dotyczy

2.3 nie dotyczy

2.4 nie dotyczy

2.5 zgodnie

2.6 zgodnie

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa

2.1 zgodne

2.2 zgodne

2.3 zgodne

2.4 zgodne

2.5 zgodnie

2.6 zgodnie

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

- 2.1 nie dotyczy
- 2.2 nie dotyczy
- 2.3 nie dotyczy
- 2.4 nie dotyczy
- 2.5 zgodnie
- 2.6 zgodnie

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

- 2.1 nie dotyczy
- 2.2 nie dotyczy
- 2.3 nie dotyczy
- 2.4 nie dotyczy
- 2.5 zgodnie
- 2.6 zgodnie

f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń

- 2.1 zgodnie
- 2.2 zgodnie
- 2.3 zgodnie
- 2.4 zgodnie
- 2.5 zgodnie
- 2.6 zgodnie

g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)

- 2.1 nie dotyczy
- 2.2 nie dotyczy
- 2.3 nie dotyczy
- 2.4 nie dotyczy
- 2.5 zgodnie
- 2.6 zgodnie

h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń

- 2.1 nie dotyczy
- 2.2 nie dotyczy
- 2.3 nie dotyczy
- 2.4 nie dotyczy
- 2.5 nie dotyczy
- 2.6 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
- 2.5 zgodnie
- 2.6 zgodnie

j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **

- 2.1 brak
- 2.2 brak
- 2.3 brak
- 2.4 brak
- 2.5 brak
- 2.6 brak

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

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego- Państwowy Zakład Higieny,
Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Katowicach;
Powiatowe Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne woj. śląskiego;
Śląski Urząd Wojewódzki
Urząd Miasta w Bytomiu
Powiatowe Centra Zarządzania Kryzysowego,
Izba Lekarska w Katowicach,
Powiatowy Lekarz Weterynarii,
Podmioty lecznicze,
Ośrodki Pomocy Społecznej,
Inspekcja Farmaceutyczna,
Straż Graniczna,
Straż Miejska,
Straż Pożarna,
Policja.

Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE:

1. Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska w zakresie kontroli interwencyjnych, gospodarki odpadami, wizytacje w ośrodkach pobytowych dla uchodźców;
2. Sekcja Higieny Pracy w zakresie zatruc środków zastępczymi / nowymi substancjami psychoaktywnymi, kontrole interwencyjne w zakładach pracy;
3. Sekcja Higieny Żywności i Przedmiotów Użytku – w zakresie zatruc/zakażeń pokarmowych, wizytacje w ośrodkach pobytowych dla uchodźców;
4. Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży – współpraca w zakresie nadzoru epidemiologicznego w placówkach oświaty.
5. Nadzór Zapobiegawczy- w zakresie opinii w nowopowstałych obiektach.
6. Stanowisko ds. Oświaty Zdrowotnej- wsparcie merytoryczne w zakresie epidemiologii.

X. Inne zagadnienia

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

XI. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Zgodnie z zapisami w protokole



XII. Dodatkowe informacje

Sposób i terminowość rozpatrywania interwencji przez Sekcję Epidemiologii

Ilość interwencji w latach 2020-2023 (do czasu kontroli)

- Ilość interwencji w roku 2020, 10 w tym zasadnych 0
- Ilość interwencji w roku 2021, 20 w tym zasadnych 6
- Ilość interwencji w roku 2022 , 11 w tym zasadnych 5
- Ilość interwencji w roku 2023 do dnia kontroli 2 , w tym zasadnych 0

postępowanie w przypadku 2 interwencji:

- Interwencja zgłoszona drogą elektroniczną, za pośrednictwem Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Katowicach w dniu 06.04.2022 r.- dotyczyła nienależytego działania punktu szczepień mieszczącego się w [REDACTED]
[REDACTED] Kontrolę sanitarną przeprowadzono w dniu 08.04.2022 r. (protokół kontroli nr 1.1202.NS.E.2022). Kontrola sprawdzająca z dnia 26.04.2022 r. nr 5/1202.NS.E./2022. Decyzja płatnicza z dnia 10.05.2022 r. nr NS.E.469.240.2022. Odpowiedź do ŚPWIS 13.04.2022 r. interwencja zasadna. Postępowanie prawidłowe.
- Interwencja zgłoszona papierowo, anonimowo w dniu 30.05.2022 r.- dotyczyła wielokrotnego używania strzykawek i igieł w medycznym laboratorium [REDACTED]
[REDACTED] Kontrolę sanitarną przeprowadzono w dniu 02.06.2022 r. (protokół kontroli nr 20.1202.NS.E.2022). Stwierdzono nieprawidłowości- wydano doraźne zalecenia. Zawiadomienie w sprawie obciążenia strony kosztami za przeprowadzenie czynności kontrolnych z dnia 02.06.2022r. Pismo podmiotu z dnia 02.06.2023 r. o usunięciu nieprawidłowości. Protokół kontroli sprawdzającej z dnia 15.06.2022 r. nr 29.1203.NS-EP.2020 – w trakcie kontroli stwierdzono wykonanie doraźnych zaleceń. Postępowanie prawidłowe. Decyzja płatnicza nr NS.E.695.364.2022 z dnia 22.06.2022r. Potwierdzenie odbioru 29.06.2022 r.

Terminowość wykonania kontroli po odebraniu przez jednostkę kontrolowaną zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli;

zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli;

- Obiekt kontrolowany:

1. [REDACTED]
[REDACTED]

Zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli z dnia 18.11.2022 r. Protokół kontroli nr 192/1202/NS.E/2022 z dnia 05.12.2022 r. Podczas kontroli stwierdzono nieprawidłowości.

**Działania podejmowane w związku z nadzorem nad chorobami zakaźnymi: (lata 2020-2023
do czasu kontroli)**

- prowadzenie nadzoru nad osobami zakażonymi/chorymi lub podejrzanymi o zachorowanie (dochodzenie epidemiologiczne);
- prowadzenie dochodzeń epidemiologicznych w ogniskach chorób zakaźnych;
- prowadzenie rejestrów chorób zakaźnych;
- wprowadzanie wywiadów epidemiologicznych do Systemu EPIBAZA, SEPIS;
- prowadzenie statystyki;
- sprawozdawczość;

- informowanie podmiotów leczniczych i innych instytucji o aktualnych zagrożeniach epidemicznych:

Pisma dotyczące zagrożeń epidemicznych w latach 2022/2023 – do czasu kontroli r.

- 21.02.2019 r. (NS-EP.473.1.18.2019) przypomnienie o terminowym zgłaszaniu podejrzeń, rozpoznań lub zgonów z powodu chorób zakaźnych oraz dot. systematycznego i terminowego zgłaszania zachorowań na grypę oraz zachorowań grypopodobnych na formularzu MZ-55;
- 02.11.2020 r. (NS-EP.060.5.3165.2020) dot. przekazywania informacji pacjentom, u których potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2;
- 22.02.2023 r (NE.E.0212.8.2023) – przypomnienie o konieczności zgłaszania przypadków Shigellozy.
- 23.03.2023 r. (NE.E.0212.13.2023) - dot. zgłaszalności przypadków podejrzeń oraz przypadków ostrych porażeń wiotkich;
- 05.01.2023 r. (NS.E.0.214.2.2.) - przypomnienie o terminowym zgłaszaniu podejrzeń, rozpoznań lub zgonów z powodu chorób zakaźnych oraz dot. systematycznego i terminowego zgłaszania zachorowań i ognisk zakażeń szpitalnych.
- 31.05.2022. r. (NS.E.0.0214.2.89.2022) - informacja dla podmiotów leczniczych w sprawie MPOX
- 12.05.2022 r. (NS.E.0211.5.2022) przekazanie informacji dot. wirusowych zapaleń wątroby u dzieci o nieznanej etiologii
- 19.12.2022 r. (NS.E.0212.70.2022) – pismo w sprawie ogniska międzynarodowego dot. Salmonelli.
- 11.03.2022 r. (NS.E.0212.13.2022) – pismo dot. przypadków polio na Ukrainie.

- 26.04.2022 (NS.E.0214.2.83.2022) - przypomnienie o konieczności wprowadzania wyników testów diagnostycznych do systemu teleinformatycznego;
- 24.10.2022 r. . (NS.E.0212.57.2022) – przypominanie o obowiązku zgłaszania grypy i podejrzeń na grypę.

Liczba zachorowań :

2020 r. - 14050 w tym hospitalizacji 1487
2021 r. - 30487 w tym hospitalizacji 2522
2022 r. - 25150 w tym hospitalizacji 2240
2023 r. – do dnia kontroli - 4208 w tym hospitalizacji 522

Grypa

2020 r. – MZ-56 - 19 , MZ-55 - 21536
2021 r. – MZ-56 - 0 , MZ-55 - 17384
2022 r. – MZ-56 - 25 , MZ-55 - 33624
2023 r. – MZ-56 - 18, MZ-55 - 12922

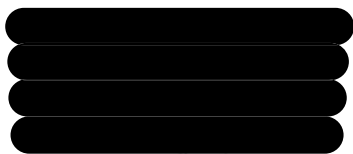
Działania związane z nadzorem nad szczepieniami i szczepionkami

Liczba punktów szczepień -

2020 r. - 111
2021 r. - 104
2022 r. – 107

Liczba osób uchylających się od szczepień

2020 r. – 592
2021 r. - 653
2022 r. - 725



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

Dział Nadzoru Sanitarnego
Kierownik Oddziału Epidemiologii

Tomasz Bojkowski
mgr Tomasz Bojkowski

.....
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 Bytomiu
ul. Moniuszki 25, 41-902 Bytom

(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 18.04.2023 r., 20.04.2023

IV. Okres działalności podlegający kontroli 2019 r. – 2023 r. (do dnia 31.03.2023 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 / uwagi
1.	Rejestr obiektów nadzorowanych	+	*
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych – ocena szkoleń	+	
3.	Zapisy ze szkoleń wewnętrznych – listy obecności	+	
4.	Rejestry szkoleń pracowników (indywidualne)	+	
5.	Rejestry wydanych decyzji (nakazowych terminowych)	+	
6.	Rejestry postanowień	+	
7.	Rejestry: interwencji/ skarg, wniosków**	+	
8.	Rejestr nałożonych mandatów	+	
9.	Rejestr protokołów kontroli	+	
10.	Rejestr dotyczący importu. Rejestr zgłoszeń i świadectw jakości zdrowotnej środka spożywczego/składnika żywności/substancji pomagającej w przetwarzaniu/materiału i wyrobu przeznaczonego do kontaktu z żywnością przekraczającego granicę.	+	
11.	Rejestr dotyczący eksportu. Rejestr zgłoszeń i świadectw jakości zdrowotnej środka spożywczego/składnika żywności/substancji pomagającej w przetwarzaniu/materiału i wyrobu przeznaczonego do kontaktu z żywnością przekraczającego granicę.	+	
12.	Rejestr upomnień	+	
13.	Rejestr tytułów wykonawczych	+	

14.	Rejestr decyzji płatniczych	+	
15.	Rejestr protokołów poboru próbek	+	
16.	Rejestr pobranych próbek żywności, substancji pomagających w przetwarzaniu, dozwolonych substancji dodatkowych, innych składników żywności, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, próbek sanitarnych oraz kosmetyków	+	
17	Rejestr decyzji innych (zatwierdzających i wykreślających obiekty, umarzających, zmieniających decyzje zatwierdzające	+	
18	Rejestr aktów prawnych	+	

(*) Rejestry prowadzone dla całej stacji wymienione w punkcie 1.7

Papierowo – 1.2, 1.3, 1.4, 1.13, elektronicznie – 1.10, 1.11, 1.16, 1.18.

Elektronicznie w programie CRONSOR – 1.1, 1.5, 1.8, 1.9, 1.12, 1.14, 1.17.

Papierowo i elektronicznie – 1.6, 1.7, 1.15.

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

Pracownicy korzystają z przepisów prawnych z licencjonowanego programu „Legalis”. Spis aktów prawnych dostępny jest na serwerze, a dostęp ma każdy pracownik sekcji. W spisie wprowadzone jest przekierowanie do aktu prawnego w licencjonowanym programie. Przepisy aktualizowane są na bieżąco przez wyznaczoną osobę – kierownika technicznego [REDAKTOWANE]. Informacje dotyczące wytycznych jednostek nadrzędnych przekazywane są pracownikom podczas szkoleń wewnętrznych oraz porad, co jest potwierdzane w formie podpisów pracowników.

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach

w 2019 roku:

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
3576	1671	1488	1520

w 2020 roku:

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
3551	1929	1035	821

w 2021 roku:

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
3594	1492	1130	1098

w 2022 roku:

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
3674	1467	1247	1909

w 2023 roku do 31.03.2023 r.

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
3431	413	327	478

Zatrudnienie w sekcji ONS-HŻŻ

Na dzień 31.03.2023 r. zatrudnienie w sekcji obejmuje 17 pracowników, w tym kierownik, 8 starszych asystentów, 2 asystentów, 4 młodszych asystentów, 2 starszych statystyków medycznych.

Wskazano kierownikowi sekcji na konieczność przeprowadzenia i udokumentowania procesu oceny ryzyka dla wszystkich zakładów przed kolejnym okresem planowania z uwzględnieniem wszystkich istotnych elementów a nie tylko arkusza oceny zakładu. Stosunkowo niska liczba zaplanowanych do kontroli zakładów w połączeniu z niską wykonalnością planu (nawet wskutek czynników obiektywnych- COVID, zaprzestanie działalności) może prowadzić do zarzutu „nieskuteczności nadzoru”.

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

		2019 rok	2020 rok	2021 rok	2022 rok	2023 do 31.03	uwagi
1.	Postanowienia	2	1	0	0	0	
2.	Decyzje	605	430	432	581	168	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych ^{/3}	-	-	-	-	-	
4.	Decyzje – rachunki	503/ 48576,84 zł	425/ 37185 zł	435/ 35036 zł	766/ 58769 zł	216/ 15417 zł	
5.	Opinie sanitarne/pisma ^{**}	2	4	2	0	1	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu ^{/2}	-	-	-	-		
7.	Mandaty	108/ 24450 zł	69/ 13100 zł	101/ 18300 zł	178/ 38400 zł	50/ 11900 zł	
8.	Kontrole w trakcie realizacji ^{/2}	-	-	-	-		
9.	Uczestnictwo w odbiorach	-	-	-	-		
10.	Upomnienia	25	21	20	34	8	
11.	Tytuły wykonawcze	9	2	4	12	8	

12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	21	10	7	27	12	
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

- Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów – dokonano analizy poniższych, wybranych teczek /spraw/obiektów - 8
- Identyfikacja sprawy/ obiektu **/
 - [redacted] – podmiot prowadzący [redacted]
 - Punkt gastronomiczny [redacted] – podmiot prowadzący [redacted]
 - [redacted] – podmiot prowadzący [redacted]
 - Pizzeria, [redacted] – podmiot prowadzący [redacted]
 - [redacted] – podmiot prowadzący [redacted]
 - Interwencja [redacted]
 - Sklep [redacted]
 - Lokal gastronomiczny [redacted] podmiot prowadzący [redacted]

Ocena wydanych dokumentów:

- kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem:
nie stwierdzono nieprawidłowości
Zwrócono uwagę kierownikowi sekcji na konieczność jednoznacznego powiązania dokumentów/dowodów uzyskanych w trakcie kontroli z protokołem poprzez nie budzące wątpliwości oznaczenie/ numerowanie załączników.
- zgodność z obowiązującymi przepisami prawa:
nie stwierdzono nieprawidłowości
Zasygnalizowano kierownikowi sekcji konieczność jednoznacznej identyfikacji osób/ stron na dokumentach (potwierdzenie odbioru osobistego, wnioski, uwagi odrębne itp.)
- poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach:
nie stwierdzono nieprawidłowości
- stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie:
nie stwierdzono nieprawidłowości.

- e) kontrola doręczeń
nie stwierdzono nieprawidłowości;
Zasygnalizowano kierownikowi sekcji potrzebę stosowania odpowiednich „zwrotnych potwierdzeń doręczenia” w przypadku doręczania dokumentów w postępowaniu administracyjnym
- f) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)
nie stwierdzono nieprawidłowości;
Zwrócono uwagę kierownikowi sekcji na potrzebę przeanalizowania konieczności sprawdzania wykonania przez stronę tzw. zaleceń doraźnych – zwłaszcza w sytuacji kiedy wydano decyzję administracyjną i termin jej wykonania upływa w niedługim czasie od poprzedniej rekontroli.
- g) poprawność rozpatrywanych odwołań / zażaleń
w 2021 r. – 3 odwołania - nie stwierdzono nieprawidłowości (terminowość zachowana).
1 sprawa - decyzja płatnicza do ponownego rozpatrzenia, 2 sprawy - odmowa przywrócenia terminu do wniesienia odwołania
w 2022 r. – 2 odwołania - nie stwierdzono nieprawidłowości (terminowość zachowana).
1 sprawa - decyzja płatnicza utrzymana w mocy, 1 sprawa – sprawa przekazana do ponownego rozpatrzenia.
- h) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **
patrz pkt XIII

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

Wg oświadczenia kierownika Sekcji współpraca z Inspekcją Weterynaryjną jest stała i wynika z podpisanego Porozumienia ramowego. Współpraca polega na przekazywaniu informacji dotyczących powiadomień w systemie RASFF, a także kwestionowanych wyników badań laboratoryjnych artykułów spożywczych pochodzenia zwierzęcego, interwencji. Przeprowadzane były 2 wspólne kontrole w obiektach nadzorowanych przez inspekcję sanitarną w 2019 r. oraz 3 w 2022 r.

Współpraca z PIORiN oraz IOŚ jest realizowana na podstawie Porozumienia z dnia 22.12.2020 r. w sprawie współdziałania organów PIS, PIORiN oraz IOŚ w zakresie bezpieczeństwa produkcji pierwotnej żywności pochodzenia roślinnego. W ramach realizacji rocznych planów działań przeprowadzane są wspólne kontrole u producentów rolnych, o wynikach których przesyłane są informacje do właściwych jednostek. W ramach współpracy z Inspekcją Farmaceutyczną nie przeprowadzono wspólnych kontroli, nie kwestionowano prób pobranych w aptekach, nie przekazywano informacji.

Współpraca doraźna:

- z przedstawicielem Wojskowym Inspektorem Weterynarii – w 2019 r. – 2 kontrole, w 2022 r. – 1 kontrola.
- z Policją polegała na przeprowadzaniu wspólnych akcji kontrolnych w związku z pandemią,
- z innymi Organami (Urząd Miasta i Starostwo Powiatowe) dotyczyła wymiany informacji, przekazywania corocznej informacji dot. oceny sanitarnej miasta i powiatu, przygotowaniu obiektów do sezonu letniego, informacji epidemiologicznej.

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

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Zgodnie z informacją kierownika współpraca z Nadzorem Zapobiegawczym ma charakter stały i polega na konsultacji opiniowanych projektów, dokonywaniu wspólnych odbiorów oraz informowaniu o dokonanych odbiorach oraz przekazywaniu wydawanych opinii sanitarnych.

Współpraca z Higieną Dzieci i Młodzieży prowadzona jest w zakresie nadzoru w placówkach wypoczynku zimowego i letniego dzieci i młodzieży oraz nadzoru nad obiektami żywienia zbiorowego w placówkach oświatowo-wychowawczych.

Z Higieną Komunalną i Epidemiologią polega na kontrolowaniu „wspólnych” obiektów, działaniach związanych z podejrzeniem wystąpienia zatruc pokarmowych oraz opracowywaniu formularzy z dochodzenia w ognisku zbiorowego zatrucia/zakażenia pokarmowego.

Z Oświatą Zdrowotną w ramach programu ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu i przestrzegania zakazu palenia – sprawozdania miesięczne o ilości kontroli w tym zakresie (współpraca ciągła); w ramach promocji zdrowia przeprowadzono 2 webinaria (1 w 2021 r. oraz 1 w 2022 r.). W 2019 roku przeprowadzono wspólnie szkolenie pt.: „Omówienie wyników oceny jadłospisów przedszkolnych ocenianych w 2018 roku” oraz „Prawidłowe żywienie dzieci i młodzieży”.

Z Higieną Pracy – w zakresie wymiany informacji (współpraca doraźna).

XI. Inne zagadnienia

1. Udostępnianie zainteresowanym informacji o liście rzeczoznawców do spraw sanitarno-higienicznych ***

.....Nie dotyczy.....
.....

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Nie kontrolowano

XIII. Dodatkowe informacje

1. Skargi/ wnioski/interwencje

Tryb postępowanie ze skargami określa „Regulamin postępowania ze skargami i wnioskami” w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bytomiu wprowadzony Zarządzeniem nr Z/0147/17/08 Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bytomiu z dnia 30.06.2008 r. w sprawie zasad postępowania przy rozpatrywaniu skarg i wniosków. Regulamin ten został opracowany na podstawie art. 253 Ustawy z dnia 14 czerwca 1966 r. Kodeks Postępowania Administracyjnego oraz Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków (Dz. U. z 2002 r. Nr 5, poz. 46). Centralny Rejestr Skarg Wniosków oraz rejestr Interwencji prowadzony jest przez pracownika Sekretariatu w programie eDokumenty. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Bytomiu (dalej PPIS) przyjmuje Strony w sprawie skarg i wniosków w środy od 10:00 do 11:00. Petenci mają możliwość składania skarg, wniosków, interwencji petycji w godzinach pracy Stacji: osobiście, w formie pisemnej oraz za pośrednictwem platformy ePUAP. Do rozpatrzenia interwencji przekazanych przez PPIS do Sekcji NS-HŻŻ został upoważniony kierownik Sekcji oraz pracownicy Sekcji. W komórce prowadzony jest (w formie papierowej i elektronicznej) Rejestr interwencji - w

tym anonimowych. W przypadku braku danych koniecznych do przeprowadzenia kontroli wzywa się Stronę do ich uzupełnienia. W okresie kontrolowanym do PPIS w Bytomiu wpłynęły 4 skargi na pracowników Sekcji NS-HŻŻ – 3 rozpatrzone przez PPIS w Bytomiu (2 bezzasadne, 1 zasadna), 1 rozpatrzona przez WSSE w Katowicach jako bezzasadna.

Zestawienie ilości załatwianych wniosków i interwencji w kontrolowanym okresie:

Rok	2019	2020	2021	2022	2023 do 31.03
Ogółem:	113	115	113	94	25
Uznane za zasadne (w tym):	27	26	26	26	7
na jakość środka spożywczego	17	12	14	12	5
Na zły stan sanitarny	5	7	7	9	2
Inne uchybienia	5	7	5	5	0
Pobrane próbki/kwest.	11/0	2/0	2/1	17/0	7/0
Mandaty liczba/kwota/zł	21/3800	15/4400	18/3950	23/5500	7/1800
Decyzje administracyjne	9	7	6	12	0
Wnioski o ukaranie	0	1	0	2	0

Wszystkie sprawy były załatwione przez wskazanych pracowników w ustawowym terminie i bez zbędnej zwłoki. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości podjęto przewidziane prawem działania administracyjne. W uzasadnionych przypadkach pobrano próbki do badań laboratoryjnych fizykochemicznych, mikrobiologicznych lub organoleptycznych.

Zasygnalizowano kierownikowi sekcji potrzebę (w miarę możliwości) zwiększenia liczby (w ramach puli przyznanej do dyspozycji psse) badanych w związku z interwencjami próbek laboratoryjnych – nie tylko w sytuacji kiedy zarzut stanowi zła jakość środków spożywczych. W odpowiedziach kierowanych do Stron ustosunkowano się do zarzutów podniesionych w interwencjach i informowano o podjętych działaniach. W przypadku załatwiania spraw przekazywanych przez WSSE udzielano odpowiedzi o sposobie załatwienia sprawy. W uzasadnionych przypadkach podejmowano współpracę z innymi komórkami np. NS-HK, NS-HDiM, NS-HP oraz przekazywano informacje do właściwych PSSE i innych Organów: PLW, Policja, Straż Miejska, Urząd Skarbowy, Gmina Zbroślawice, PINB, WIJHARS.

Informacje w zakresie pkt.XIII.1 – wg. oświadczenia i informacji przedstawionych przez kierownika sekcji.

2. Sposób prowadzenia kontroli w zakładzie

Piekarnia – [REDACTED]

Przygotowanie pracownika do kontroli prawidłowe/zweryfikowane. Dokumenty i formularze odpowiednie/ sprawdzone.

Sprzęt i wyposażenie planowane do użycia w trakcie kontroli sprawdzone/sprawne. Zwrócono uwagę kierownikowi sekcji aby sprawdzenie bieżące sprzętu pomiarowego uwzględniało nie tylko elementy przewidziane w instrukcji (sprawność ogólną, brak uszkodzeń itp.) ale także sprawdzenie poprawności pomiaru np. wobec ustalonego uproszczonego wzorca.

Kontrola na miejscu przeprowadzona poprawnie i wnikliwie. Sporządzono protokół nr 1143//NS.HZZ/2023 wraz z arkuszem oceny zakładu.

Nie stwierdzono nieprawidłowości w sposobie przeprowadzania kontroli.

Kierownik Sekcji
Higieny Żywności

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

Dział Nadzoru Sanitarnego
KIEROWNIK
Oddziału Higieny Żywności
Żywienia i Przedmiotów Użytku
lek. wet. Józef Lipa

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

Załącznik nr ...3.....*
do protokołu nr OK: 1611.2.1.2023
kontroli

Ustalenia w zakresie higieny komunalnej.

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bytomiu, zlokalizowana jest przy ul. Moniuszki 25 w Bytomiu

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli

Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska

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

III. Data kontroli: 20.04.2023

IV. Okres działalności podlegający kontroli 14.03.2018 - 19.04.2023

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	+ (CRONSOR)	brak
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych	+elektronicznie	brak
3.	Zapisy ze szkoleń wewnętrznych	+elektronicznie	brak
4.	Rejestry szkoleń pracowników (indywidualne)	+elektronicznie	brak
5.	Rejestry wydanych decyzji	+elektronicznie	brak
6.	Rejestry postanowień	+elektronicznie	brak
7.	Rejestry: interwencji/ skarg, wniosków **	+	brak
8.	Rejestr nałożonych mandatów	+elektronicznie	brak

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych.

W Sekcji Higieny Komunalnej i Środowiska znajduje się 5 komputerów stacjonarnych, które są podłączone do sieci oraz 4 laptopy jest więc możliwość skorzystania z ogólnodostępnych internetowych serwisów prawnych. W PSSE aktualnie jest 1 Radca Prawny (dostępny dwa razy w tygodniu).

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 20.04.2023 r.).

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
1960	150	91	

81

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:
		2020	2021	2022	rok do dnia kontroli 2023	
1.	Postanowienia	64	81	79	27	
2.	Decyzje	77	65	82	35	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych ^{/3}	0	0	0	0	
4.	Decyzje - rachunki	37	38	47	17	
5.	Opinie sanitarne/pisma ^{**}	63	51	71	31	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu ^{/2}	0	0	0	0	
7.	Mandaty	2	3	9	0	
8.	Kontrole w trakcie realizacji ^{/2}	0	0	0	0	
9.	Uczestnictwo w odbiorach	0	0	0	0	
10.	Upomnienia	3	3	1	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	
14.	Ilość wpływających interwencji:	103(2 interwencje wpłynęły pod koniec 2020 r. rozpatrzone w 2021 r.)	107	97 (11 kontroli bez rozpatrzenia braki formalne)	24 (2 w trakcie 1 nowa, 1 zaplanowana wizja)	
14a	-rozpatrzonych przez PPIS	84	94	75	13	
14b	-przekazanych do rozpatrzenia	17	12	11	9	

^{/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: 7
2. Identyfikacja sprawy/ obiektu ^{**/}

2.1 [REDACTED]

2.2 Zakład Fryzjerski [REDACTED]

X
A

- 2.3 [REDACTED]
- 2.4 Interwencja Pana K.D. data wpływu do PSSE 01.03.2023 r. dotycząca złego stanu sanitarnego oraz obecności gryzoni w budynku mieszkalnym [REDACTED]
- 2.5 Interwencja Pani P.M data wpływu do PSSE 14.09.2021 r. dotycząca obecności gołębi na klatce schodowej [REDACTED]
- 2.6 Pismo Urzędu Miasta Radzionków z dnia 31.10.2022 r. w sprawie interwencji Pana S.K dotyczącej stanu techniczno-sanitarnego budynku [REDACTED]
- 2.7 [REDACTED]

3. Ocena wydanych dokumentów.

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

Wydawane dokumenty są kompletne, czytelne, poprawne pod względem stosowanego w nich nazewnictwa, a nadawane numery są zgodne z rzeczowym wykazem akt.

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

Stosowane w Sekcji protokoły kontroli sanitarnej są zgodne z Systemem Jakości obowiązującym w Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa.

W wydawanych przez Sekcję dokumentach, cytowane są aktualne i obowiązujące przepisy prawa.

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

Uzasadnienia wydawanych decyzji i postanowień są sporządzane poprawnie.

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

Wydawane decyzje i postanowienia zawierały poprawne klauzule dot. możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie. Decyzje i postanowienia nie są akceptowane przez Radcę Prawnego.

f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń.

Sprawy prowadzone w Sekcji Higieny Komunalnej i Środowiska załatwiane są w terminie określonym w Kodeksie postępowania administracyjnego. Wydawane decyzje administracyjne jak również zawiadomienia o wszczęciu postępowania, zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli wysyłane są stronom za zwrotnym potwierdzeniem odbioru.

g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli).

h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń.

Nie poddano kontroli.

i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji.

Nie poddano kontroli.

14

j) dodatkowe zagadnienia/~~uwagi~~ **

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

Policja, Straż Miejska, Straż Pożarna, Urzędy Miast, Ośrodek Pomocy Społecznej, PINB, WIOŚ, Ośrodek Pomocy Rodzinie

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi psse

Sekcje: Epidemiologii, Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku, Higieny Pracy, Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego, Bezpieczeństwa Wody, Oświaty Zdrowotnej, Higiena Dzieci i Młodzieży – współpraca ciągła wynikająca z bieżących potrzeb tj. wspólne kontrole, odbiory obiektów, rozpatrywanie interwencji.

(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

W Sekcji HKiŚ kierownikiem technicznym jest Pani [REDAKCYJA] Kontrola prowadzenia Systemu Jakości poddane zostało kontroli przez Głównego Specjalistę ds. Systemu Jakości w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Katowicach.

XIII. Dodatkowe informacje brak

Kierownik
Sekcji Higieny Komunalnej

[REDAKCYJA]
[REDAKCYJA]
[REDAKCYJA]

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

Dzi. i Nadzoru Sanitarnego
Kierownik Oddziału Higieny
Komunalnej i Środowiska

mgr inż. Anna Tatar

.....
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:

**I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bytomiu , ul. Moniuszki 25;
41-902 Bytom**

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli Sekcja Bezpieczeństwa Wody

III. Data kontroli 18.04.2023 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli 01.03.2018 r. -31.03.2023 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	+	
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 próbkobiorców uprawnionych do pobierania próbek wody	+	
9.	Rejestr weryfikacji	+	
10.	Rejestr wykonywanych parametrów	+	
11.	Rejestr protokołów pobierania próbek wody	+	

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych
W sekcji prowadzony jest elektroniczny rejestr przepisów prawnych zgodnie z obowiązującą Procedurą Ogólną Systemu Zarządzania PO-01, instrukcje w wersji elektronicznej dostępne na serwerze: postępowanie z powiadomieniem o wynikach badania wody, postępowanie z powiadomieniem o wynikach badania wody w kierunku *Legionella* sp., postępowanie z powiadomieniem o wynikach badania wody na pływalniach, w kierunku *Legionella* sp., pobieranie próbek do wody badań, itd.

VI. Dane dotyczące stanowiska pracy oraz szkoleń i narad przeprowadzonych w okresie objętym kontrolą (zgodnie z rejestrami szkoleń)

L.p.	Stanowisko służbowe	Poziom i profil wykształcenia	Szkolenie /narada (ilość)				
			Wewnętrzne	Zewnętrzne			
				WSSE	GIS	inne	
						Organizator	przedmiot
1	Kierownik Sekcji [redacted] [redacted]	mgr biologii specjalizacja I stopnia z higieny	30	4 (w tym 1 online)	4 (online)	3 zespół systemu SEPIS	Szkolenie SEPIS-obsługa programu

[signature]

		i epidemiologii				(online)	Szkolenie SEPIS-ogniska
2	Młodszy Asystent [REDACTED] [REDACTED]	mgr biologii specjalność mikrobiologia	34	2	2 (online)	3 zespół systemu SEPIS (online)	Szkolenie SEPIS-obsługa programu Szkolenie SEPIS-ogniska
3	Młodszy Asystent [REDACTED] [REDACTED]	inż. ochrony środowiska o specjalności zarządzanie i ekonomika w ochronie środowiska	47	0	2 (online)	3 zespół systemu SEPIS (online)	Szkolenie SEPIS-obsługa programu Szkolenie SEPIS-ogniska

VII. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 31.03.2023 r.)

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
29*	2 (do 31.03.2023 r.) 25 (2023 .r)	1	0

VIII. 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 01.03. 2018 do 31.12. 2018	rok 2019	rok 2020	rok 2021	rok 2022	rok do dnia 31.03. 2023	
1.	Postanowienia	0	1	1	2	0	0	
2.	Decyzje	33	38	27	28	32	24	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych ^{3/}	-	-	-	-	-	-	
4.	Decyzje - rachunki	35/ 15189,50	38/ 19132,28	18/ 11875,62	15/ 6470,76	21/ 15090,69	2/ 1095,00	

5.	Opinie sanitarne/pisma	8	5	1	4	4	0	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu ^{/2}	-	-	-	-	-	-	
7.	Mandaty	0	0	0	0	0	0	
8.	Kontrole w trakcie realizacji ^{/2}	-	-	-	-	-	-	
9.	Uczestnictwo w odbiorach	0	0	0	0	0	0	
10.	Upomnienia	0	0	0	0			
11.	Tytuły wykonawcze	0	0	0	0	0	0	
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	0	0	0	0	
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	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

IX. Kontrola dokumentacji

Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów 14

1. Identyfikacja sprawy

1. Protokół pobrania próbki wody z innego obiektu dysponującego nieckami basenowymi
[redacted] Nr 163/NS.BW/2022 z dnia 4.07.2022 r. [redacted]
[redacted]
2. Protokół pobrania próbki wody z innego obiektu dysponującego nieckami basenowymi
[redacted] Nr 162/NS.BW/2022 z dnia 4.07.2022 r. [redacted]
[redacted]
3. Sprawozdanie Oddziału Laboratoryjnego PSSE w Bytomiu z badań próbek wody z niecki basenowej nr OL/BW/286/400-401/W/22 z dnia 7.07.2022 r. [redacted]
[redacted]
4. Sprawozdanie Oddziału Laboratoryjnego PSSE w Bytomiu z badań próbek wody z niecki basenowej nr OL/BW/286/400-401/W/22 z dnia 7.07.2022 [redacted]
[redacted]
5. Protokół pobrania próbki wody z pływalni Nr 206/NS.BW/2022 z dnia 18.07.2022 r.
[redacted]
6. Raport z badań nr 40979/LB/2022 z dnia 20.07.2022 r. [redacted]
[redacted] (dot. parametrów chlor wolny, chlor związany, pH, temperatura, potencjał redox) oraz sprawozdanie Oddziału Laboratoryjnego PSSE w Bytomiu nr OL/BW/311/459/W/22 z dnia 25.07.2022 r. z niecki basenowej próbki pobranej na pływalni [redacted] oraz sprawozdanie z badań DL WSSE w Katowicach Oddział Analiz Instrumentalnych Pracownia

- Chromatografii Gazowej nr DL.9052.5.6.2022.01 z dnia 27.07.2022 r. (ΣTHM i chloroform)
7. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego Nr 111/NS.BW/2023 z dnia 27.02.2023 r. Stacja Uzdatniania Wody [REDACTED]
 8. Sprawozdanie Działu Laboratoryjnego WSSE w Katowicach z badań próbek wody nr DL.9052.4.3.2023.02 z dnia 13.03.2023 r. – Stacja Uzdatniania Wody [REDACTED]
 9. Protokół pobrania próbki wody ciepłej Nr 306/NS.BW/2022 z dnia 08.12.2022 r z NZOZ [REDACTED]
 10. Sprawozdanie Oddziału Laboratoryjnego PSSE w Bytomiu nr OL/BW/663/967-969/W/22 z dnia 21.12.2022 r. z NZOZ [REDACTED]
 11. Sprawozdanie Oddziału Laboratoryjnego PSSE w Bytomiu z badań wody powierzchniowej nr OL/BW/322/490/Z/22 z dnia 29.07.2022 r. pobranej z [REDACTED]
 12. Ocena bieżąca jakości wody [REDACTED]
[REDACTED] r
NS.BW.9020.13.5.2022 z dnia 29.07.2022 r.
 13. Sprawozdanie Oddziału Laboratoryjnego PSSE w Bytomiu z badań wody powierzchniowej nr OL/BW/321/489/Z/22 z dnia 29.07.2022 r. pobranej z [REDACTED]
 14. Ocena bieżąca jakości wody [REDACTED]
[REDACTED] nr NS.BW.9020.13.6.2022 z dnia 29.07.2022 r
 15. Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego w związku ze stwierdzeniem ponadnormatywnej liczby bakterii *Legionella* sp. w próbkach wody ciepłej pobranej w dniu 3.11.2022 r. [REDACTED]
[REDACTED] r NS.BW.9022.1.3.2022 z dnia 17.11.2022 r.
 16. Decyzja dotycząca zaprzestania użytkowania ciepłej wody do pryszniców do czasu obniżenia liczby bakterii *Legionella* sp. w instalacji wody ciepłej do ilości < 1000 jtk w 100 ml próbki. w [REDACTED]
[REDACTED] nr NS.BW.9022.1.3.1569.2022 z dnia 17.11.2022 r.
 17. Pismo PPIS w Bytomiu nr NS.BW.9022.1.3.2022 z dnia 10.03.2022 r. [REDACTED]
[REDACTED] informującym, iż decyzja nr NS.BW.9022.1.3.1569.2022 z dnia 17.11.2022 r. została wykonana.
 18. Ocena obszarowa o jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi dla miasta [REDACTED] za rok 2022 wraz z pismem nr NS.BW.0214.1.10.2023 r. z dnia 17.03.2023 r. do Burmistrza Miasta Tarnowskie Góry.
 19. Zawiadomienie o wszczęciu postępowania w sprawie wydania oceny okresowej jakości wody, dostarczanej odbiorcom wody na terenie gminy [REDACTED] w 2022 r. nr NS.BW.9022.12.1.2023 z dnia 30.01.2023 r.
 20. Decyzja okresowa o jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi na terenie gminy [REDACTED] nr NS.BW.9022.12.1.281.2023 z dnia 22.02.2023 r.
 21. Wniosek [REDACTED] nr L .Dz. 3031/INZ/2021 z dnia 18.10.2021 r. z prośbą o wydanie oceny higienicznej na materiały wykorzystane do dystrybucji wody przy przebudowie i budowie wodociągu [REDACTED]

Pismo nr

- NS.BW.9027.1.1.2021 z dnia 22.10.2021 r. oceny higienicznej dopuszczającej, zastosowanie materiałów do dystrybucji wody w prowadzonej inwestycji – przebudowa i budowa wodociągu [REDACTED]
22. Wniosek [REDACTED] z dnia 09.02.2023 r. z prośbą o wydanie oceny higienicznej na materiały zastosowane w Stacji Uzdatniania Wody. Decyzja w sprawie uzyskania oceny higienicznej dopuszczającej zastosowanie materiałów, urządzeń i wyrobów zastosowanych w procesie uzdatniania wody w Stacji Uzdatniania Wody [REDACTED]
NS.BW.9024.1.355.2023 z dnia 02.03.2023 r..
23. Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego dotyczącego wydania zbiorczej rocznej oceny jakości wody na pływalni [REDACTED] nr NS.BW.9022.13.2.2023 z dnia 6.03.2023 r.
24. Decyzja dotycząca zbiorczej rocznej oceny jakości wody na pływalni [REDACTED]
[REDACTED] nr NS.BW.9022.13.2.450.2023 z dnia 21.03.2023 r.
25. Interwencja w sprawie niewłaściwej jakości wody dostarczanej odbiorcom w [REDACTED]
[REDACTED] przesłaną drogą elektroniczną z dnia 20.11.2019 r. (data wpływu do PSSE 21.11.2019 r.)
26. Odpowiedź PPIS w Bytomiu nr NS.BW/0911-2/19 z dnia 6.12.2019 r. w sprawie niewłaściwej jakości wody dostarczanej odbiorcom w [REDACTED]
27. Protokół pobrania próbek wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego Nr 141/NS.BW/2022 z dnia 27.06.2022 r. Stacja Uzdatniania Wody [REDACTED]
28. Sprawozdanie z badań Dział Laboratoryjny WSSE w Katowicach nr DL.9052.4.14.2022.09 z dnia 08.07.2022 r.; DL.9052.4.14.2022.08 z dnia 06.07.2022 r.
29. Protokół pobrania próbek wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego Nr 150/NS.BW/2022 z dnia 28.06.2022 r. [REDACTED]
[REDACTED]
30. Sprawozdanie z badań OL PSSE w Bytomiu nr OL/BW/276/388/W/2022 z dnia 04.07.2022 r.
31. Pismo PPIS w Bytomiu nr NS.BW.9020.12.8.2022 z dnia 30.06.2022 r. wraz z komunikatem dla odbiorców z dnia 30.06.2022 r. do [REDACTED]
[REDACTED] (w oparciu o otrzymane z laboratoriów powiadomienia z dnia 29.06.2022 r. i 30.06.2022 r.)
32. Pismo [REDACTED] nr GK/S/383/06/2022 z dnia 30.06.2022 r. w sprawie podjętych natychmiastowych działań naprawczych.
33. Pobranie rekontrolnych próbek wody w dniu 04.07.2022 r. przez upoważnionych pracowników PPIS w Bytomiu([REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] protokoły pobrania próbek wody nr 160/NS.BW/2022; 161/NS.BW/2022). Po uzyskaniu wyników badań stwierdzających przydatność wody do spożycia opracowanie stosownego komunikatu dla odbiorców z dnia 07.07.2022 r..
34. Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego nr NS.BW.9020.12.8.2022 z dnia 14.07.2022 r. w związku ze stwierdzeniem obecności bakterii grupy coli w próbkach wody sieci wodociągowej.
35. Decyzja płaćnicza nr NS.BW.911.471.2022 z dnia 27.07.2022 r. w związku ze stwierdzeniem obecności bakterii grupy coli w próbkach wody sieci wodociągowej.

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

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

Brak uwag

XI. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Brak uwag

XII. Inne zagadnienia

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

XIII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

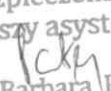
Brak uwag

XIV. Dodatkowe informacje

Nie dotyczy

.....


 pieczęć i podpis pracowników PSSE uczestniczących w kontroli**

.....
 Nadzoru Sanitarnego
 i Bezpieczeństwa Wody
 starszy asystent

 mgr Barbara Patro

.....
 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 Bytomiu
41-902 Bytom ul. Moniuszki 25

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

III. Data kontroli: 19.04.2023 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli 01.01.2019 r. do 31.03.2023 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 *	+	
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 tytułów wykonawczych	+	
13.	Rejestr odwołań	+	
14.	Rejestr upomnień	+	
15.	Rejestr wprowadzających do obrotu prekursorów kat. 2 i 3 /forma elektroniczna	+	
16.	Rejestr funkcjonariuszy odpowiedzialnych za wprowadzanie do obrotu prekursorów kat. 2 /forma elektroniczna	+	
17.	Rejestr powiadomień o zgłoszeniu do Inspektora ds. Substancji Chemicznych podmiotów gospodarczych wprowadzających do obrotu prekursorów kat. 2	+	
18.	Ewidencja zakładów pracy w których występują substancje ich mieszaniny, czynniki lub procesy technologiczne o działaniu rakotwórczym lub mutagennym/forma elektroniczna	+	
19.	Ewidencja zakładów pracy w których występują szkodliwe dla zdrowia czynniki biologiczne	+	
20.	Rejestr przepisów prawnych	+	
21.	Rejestr decyzji dot. chorób zawodowych	+	
22.	Rejestr spraw dot. chorób zawodowych	+	
23.	Rejestr prowadzonych postępowań dot. chorób zawodowych	+	
24.	Rejestr kart stwierdzeń	+	

* prowadzone w CRONSOR.

**wersja elektroniczna

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 31.03.2023 r.)

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	Planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
948	59	49	28

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

Lp.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota ^{/1}					Uwagi
		2019 rok	2020 rok	2021 rok	2022 rok	2023 do dnia 31.03.	
1.	Postanowienia	1	1	2	33	0	
2.	Decyzje	105	51	50	58	13	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych ^{/3}	45	64	42	49	12	
4.	Decyzje - rachunki	94 na kwotę 10 346,00 zł.	45 na kwotę 5 561,50 zł.	28 na kwotę 3 835,00 zł.	27 na kwotę 33 030,00 zł.	8 na kwotę 1 260,00 zł.	
5.	Opinie sanitarne/pisma**	8	1	33	36	16	Na wniosek Urzędu Celnego i stron
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu ^{/2}	-	-	-	-	-	
7.	Mandaty	6 na kwotę 1 900,00 zł.	2 na kwotę 400,00 zł.	0	0	0	
8.	Kontrole w trakcie realizacji ^{/2}	-	-	-	-	-	
9.	Uczestnictwo w odbiorach	-	-	-	-	-	
10.	Upomnienia	6	8	5	2	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 2. Kontrola prowadzonego postępowania w sprawach chorób zawodowych

Lp.	Postępowanie administracyjne w sprawie chorób zawodowych	2019 rok	2020 rok	2021 rok	2022 rok	2023 do dnia 31.03.	Uwagi
1	Liczba zgłoszonych podejrzeń chorób zawodowych	47	58	52	53	42	
2	Liczba decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej	17	22	20	25	7	
3	Liczba decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej	23	42	22	24	5	
4	Liczba prowadzonych postępowań wyjaśniających w sprawie choroby zawodowej	106	119	96	105	62	
5	Liczba postanowień	1	1	2	0	0	
6	Liczba wystawionych kart stwierdzeń	14	24	15	27	7	
7	Liczba decyzji o umorzeniu postępowania	5	0	0	0	0	

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji:

obiektów: 7 (zakłady pracy)
spraw: 6 (choroby zawodowe)

2. A. Identyfikacja obiektów:

2.1 [REDACTED]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 24.08.2021 r.
Protokół kontroli nr 95/1202/NS.HP/2021 z dnia 24.08.2021 r.
Decyzja z dnia 16.09.2021 r. nr NS.HP.9022.12.802.2021'
Protokół kontroli nr 6/1202/NS.HP/2022 z dnia 18.08.2022 r.

2.2 [REDACTED]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach 16-17. 03.2022 r.
Protokół kontroli nr 5/1202/NS.HP/2022 z dnia 17.03.2022 r.
Decyzja z dnia 20.04.2022 r. nr NS.HP.9022.1.5.379.2022
Protokół kontroli nr 100/1202/NS.HP/2022 z dnia 07.09.2022 r.

2.3 [REDACTED]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach 12 i 13.10.2022

h2 4m

Protokół kontroli nr 141/1202/NS.HP/2022 z dnia 13.10.2022 r.
Decyzja z dnia 19.10.2022 r. nr NS.HP.9022.1.26.1380.2022
Pismo strony z dnia 09.11.2022 r.
Adnotacja służbowa z dnia 10.11.2022 r.

2.4 NZOZ [REDACTED]

[REDACTED]
dot. NZOZ [REDACTED]
[REDACTED]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach 13 i 14.12.2022
Protokół kontroli nr 203/1202/NS.HP/2022 z dnia 14.12.2022 r.

2.5 [REDACTED]

[REDACTED]
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach 6 i 8.07.2022 r.
Protokół kontroli 65/1202/NS.HP/2022 z dnia 08.07.2022 r.
Decyzja z dnia 28.07.2022r. nr NS.HP.9022.1.17.914.2022
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 30.11.2022 r.
Protokół kontroli 191/1202/NS.HP/2022 z dnia 30.11.2022 r.
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 15.03.2023 r.
Protokół kontroli 56/NS.HP/2023 z dnia 15.03.2023 r.

2.6 [REDACTED]

[REDACTED]
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach 10 i 13.10.2022 r.
Protokół kontroli nr 138/1202/NS.HP/2022 z dnia 13.10.2022 r.
Decyzja z dnia 24.10.2022r. nr NS.HP.9022.1.27.1399.2022
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 14.02.2023 r.
Protokół kontroli nr 25/NS.HP/2023 z dnia 14.02.2023 r.

B. Identyfikacja spraw (choroby zawodowe):

- 2.1 NS.HP.2332.1.45.2022.I.5.2023 choroba zawodowa poz.3.2
- 2.2 NS.HP. 2332.1.3.I.3.2023 choroba zawodowa poz.3.2
- 2.3 NS.HP. 2332.1.25.2022.I.6.2023 choroba zawodowa poz.3.2
- 2.4 NS.HP. 2332.1.47.2022.II.3.2023 choroba zawodowa poz.21
- 2.5 NS.HP. 2332.1.38.2022.II.5.2023 choroba zawodowa poz. 3.2
- 2.6 NS.HP. 2332.1.4.II.4.2023 choroba zawodowa poz.3.2

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 zastrzeż
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 **

-

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

Współpraca doraźna w ramach interwencji oraz w zależności od potrzeb z:

- Wojewódzkim Ośrodkiem Medycyny Pracy w Sosnowcu w zakresie chorób zawodowych (rozporządzenie),
- Instytutem Medycyny Pracy w Łodzi (rozporządzenie),
- Państwową Inspekcją Pracy w zakresie chorób zawodowych oraz spraw dot. prowadzenia nadzoru bieżącego nad zakładami pracy (porozumienie),
- Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska,
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych,
- Powiatowym Inspektoratem Nadzoru Budowlanego,

- Biurem ds. Substancji Chemicznych w Łodzi,
- Straż graniczna,
- Urząd miasta,
- Komendą Policji w zakresie środków zastępczych (porozumienie),
- Centralne Biuro Śledcze Policji,
- Państwowa Inspekcja Handlowa.

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Współpraca zależności od potrzeb z:

- Sekcją Epidemiologii - zgłoszenia zatruc substancjami psychoaktywnymi oraz choroby Covid-19,
- Sekcją Higieny Komunalnej i Środowiska – wspólne rozpatrywanie interwencji, konsultacje,
- Sekcją Nadzoru Zapobiegawczego – konsultacje,
- Sekcja Oświaty Zdrowotnej - działania oświatowe w zakresie środków zastępczych oraz palenia tytoniu,
- Sekcja Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku - wspólne interwencje, kontrole,
- Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży – wspólne kontrole,
- Radca prawny – opiniowanie projektów decyzji administracyjnych, konsultacje.

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

Rok	Ilość nadzorowanych obiektów	Ilość kontroli	Ilość pobranych próbek	Ilość przebadanych próbek
2019	0	Postęp. wszczęto 27.03. umorzono - 22.05.	0	0
2020	0	0	0	0
2021	0	0	0	0
2022	0	4	0	0
do dnia 31.03.2023	0	0	0	0

Rok	Ilość decyzji art. 27 ust. 6 (ust. 4) ustawy o PIS	Ilość decyzji art.44c (ust.1)	Ilość decyzji art. 44c (ust. 4)	Ilość decyzji art.44c ust. 6 (ust. 7)	Ilość wydanych kar pieniężnych	Kwota wydanych kar pieniężnych	Liczba spraw przekazanych przez Policję i Prokuraturę Postanowienie Sądu
2019	0	0	0	0	0	0	1 sprawa od PPIS w Warszawie
2020	0	0	0	0	0	0	
2021	0	0	0	0	0	0	
2022	0	0	0	0	0	0	Pismo 01.09 ŚPWIS w sprawie produkcji na bazie konopi zaw. HHC-O
do dnia 31.03.2023	0	0	0	0	0	0	

Na terenie przez PPIS w Bytomiu aktualnie wszystkie punkty sprzedaży środków zastępczych są zamknięte.

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:

Nie dotyczy

.....



.....
pieczęć i podpis osoby kontrolującej w kontroli/
pieczęć i podpisy pracowników PSSE uczestniczących w kontroli**

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

.....
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

Załącznik nr 6.*
do protokołu nr OK.1611.2.1.2023*
kontroli

~~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 Bytomiu
ul. Moniuszki 25, 41-902 Bytom

(adres)

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli:

Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży

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

III. Data kontroli 19.04.2023 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli 01.03.2018 r. – 31.03.2023 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	+	-
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 - brak uwag.

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 31.03.2023 r.)

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
2018 r.- zakładów stałych 343 i 166 wypoczynku	171	168	249
2019 r.- zakładów stałych 363 i 186 wypoczynku	148	145	214
2020 r.- zakładów stałych 408 i 128 wypoczynku	127	44	94
2021 r.- zakładów stałych 418 i 128 wypoczynku	60	51	160
2022 r.- zakładów stałych 424 i 172 wypoczynku	112	108	179

2023 r.- stan na dzień 31.03.2023 r. zakładów stałych 495 i 190 wypoczynku	186	44	37
---	-----	----	----

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	Uwagi:						Uwagi:
		2018 rok	2019 rok	2020 rok	2021 rok	2022 rok	do 31.03. 2023 rok	
1.	Postanowienia	0	0	0	0	0	0	-
2.	Decyzje	77, w tym 2 nowe/65 prolongaty/8 żłobki/2 wygaśnięcia	67, w tym 46 prolongat/1 nowa/13żłobk i/3placówki wsparcia dziennego/3 uchylone/1 odmowa	41, w tym 35 prolongat/3 żłobki/1 placówka wsparcia dziennego/2 odmowy	39, w tym 33 prolongaty/4 żłobki/1 wsparcia dziennego/1de cyzja o zmianie decyzji	35, w tym 3nowe/25 prolongat/5ż łobki/2 wsparcia dziennego	9, w tym 1nowa/7prolo ngat/1wsparci a dziennego	-
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych ^{/3}	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	-
4.	Decyzje – rachunki	10/1427,50	12/1302,75	4/633,49	5/1012,50	8/1672,50	3/585	-
5.	Opinie sanitarne/ pisma**	17	32	17	21	15	3	-
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu ^{/2}	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	-
7.	Mandaty	0	0	0	0	0	0	-
8.	Kontrole w trakcie realizacji ^{/2}	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	-
9.	Uczestnictwo w odbiorach	0	0	0	0	0	0	-
10.	Upomnienia	4	4	1	0	4	1	-
11.	Tytuły wykonawcze	1	1	0	0	0	0	-
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	3	2	0	0	0	1	-

13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	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: 11

(podać liczbę)

2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **

2.1

- protokół kontroli nr 155/1202/NS.HD/2022 z dnia 20.07.2022 r., dotyczy oceny placówki w zakresie przygotowania do nowego roku szkolnego wraz z wypełnionym formularzem
- protokół kontroli nr 34/NS.HD/2023 z dnia 03.02.2023 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikiem "Ocena stanu sanitarnego szkoły" F/HDM/04
- zawiadomienie nr 34/NS.HD/2023 z dnia 06.02.2023 r., w zakresie stwierdzenia naruszeń wymagań higieniczno-zdrowotnych w czasie kontroli
- potwierdzenie zwrotne odbioru zawiadomienia nr 34/NS.HD/2023 z dnia 08.02.2023 r.
- decyzja nakazująca znak: NS.HD.9022.1.1.236.2023 z dnia 16.02.2023 r.
- potwierdzenie zwrotne odbioru decyzji administracyjnej znak: NS.HD.9022.1.1.236.2023 z dnia 17.02.2023 r.
- decyzja płatnicza nr NS.HD.364.177.2023 z dnia 06.03.2023 r.
- potwierdzenie zwrotne odbioru decyzji płatniczej nr NS.HD.364.177.2023 z dnia 07.03.2023 r.

2.2 Szkoła Podstawowa

- protokół kontroli nr 68/1202/NS.HD/2018 z dnia 01.03.2018 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikiem "Ocena stanu sanitarnego szkoły" F/HDM/04
- pismo strony z dnia 08.06.2018 r. informujące o organizowaniu półkolonii letnich
- protokół kontroli nr 205/1202/NS.HD/2018 z dnia 25.06.2018 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych placówki wypoczynku dzieci i młodzieży wraz z załącznikiem: „Ocena stanu sanitarnego wypoczynku dzieci i młodzieży w miejscu zamieszkania” F/HDM/15
- protokół kontroli nr 368/1202/NS.HD/2018 z dnia 14.11.2018 r., w zakresie oceny dostosowania mebli edukacyjnych do zasad ergonomii wraz z załącznikiem F/HDM/05
- pismo strony z dnia 07.12.2018 r. o prolongatę terminu wykonania decyzji nakazującej znak: NS/HD.4320-32/09 z dnia 11.05.2009 r.

- 18.12.2018 r. prolongata terminu wykonania zarządzeń decyzji nakazującej znak: NS/HD.4320-32/09 z dnia 11.05.2009 r.
- 04.09.2019 r. pismo strony informujące o wykonaniu pkt 4 decyzji z dnia 11.05.2009 r. nr NS/HD.4320-32/09 dnia 11.05.2009 r.
- protokół kontroli nr 38/1202/NS.HD/2019 z dnia 13.02.2019., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych placówki wypoczynku dzieci i młodzieży wraz z załącznikiem: „Ocena stanu sanitarnego wypoczynku dzieci i młodzieży w miejscu zamieszkania” F/HDM/15
- protokół kontroli nr 256/1202/NS.HD/2019 z dnia 06.09.2019 r., kontrola sprawdzająca wykonanie obowiązku z decyzji administracyjnej z dnia 11.05.2009 r. znak: NS/HD.4320-32/09 oraz ocena placówki w zakresie przygotowania do nowego roku szkolnego.
- protokół kontroli nr 44/1202/NS.HD/2021 z dnia 28.04.2021r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikiem ”Ocena stanu sanitarnego szkoły” F/HDM/04
- protokół kontroli nr 136/1202/NS.HD/2022 z dnia 05.07.2022 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych placówki wypoczynku dzieci i młodzieży wraz z załącznikiem: „Ocena stanu sanitarnego wypoczynku dzieci i młodzieży w miejscu zamieszkania” F/HDM/15
- protokół kontroli nr 45/NS.HD/2023 z dnia 15.02.2023 r., w zakresie oceny dostosowania mebli edukacyjnych do zasad ergonomii (F/HDM/05) oraz ocena bieżącego stanu sanitarnego w placówce.

2.3

- wniosek strony z dnia 21.12.2018 r. z prośbą o prolongatę decyzji znak: NS.HD/4320-10-1319/14 z dnia 26.05.2014 r.
- 09.01.2019 r. zmiana decyzji nakazującej znak: NS.HD/4320-10-1319/14 z dnia 26.05.2014 r.
- pismo strony nr MOW.KM.KG.081.1.2019 z dnia 30.08.2019 r., informujące wykonanie decyzji nakazującej
- protokół kontroli nr 265/1202/NS.HD/2019 z dnia 12.09.2019 r., kontrola sprawdzająca wykonanie obowiązku z decyzji administracyjnej NS.HD/4320-10-1319/14 z dnia 26.05.2014 r.
- protokół kontroli nr 135/1202/NS.HD/2020 z dnia 01.10.2020 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce oraz ocena przestrzegania wymogów przeciwepidemicznych wraz z załącznikami: ”Ocena stanu sanitarnego szkoły” F/HDM/04; ”Ocena stanu sanitarnego internatu, bursy oraz innych placówek całodobowych zapewniających opieki i wychowanie uczniom w zakresie pobierania nauki poza miejscem stałego zamieszkania” F/HDM/09
- protokół kontroli nr 77/1202/NS.HD/2022 z dnia 21.04.2022 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikiem: ”Ocena stanu sanitarnego internatu, bursy oraz innych placówek całodobowych zapewniających opieki i wychowanie uczniom w zakresie pobierania nauki poza miejscem stałego zamieszkania” F/HDM/09.
- zawiadomienie nr 77/1202/NS.HD/2022 z dnia 26.04.2022 r. w zakresie stwierdzenia naruszeń wymagań higieniczno-zdrowotnych w czasie kontroli
- potwierdzenie zwrotne odbioru zawiadomienia nr 77/1202/NS.HD/2022 z dnia 28.04.2022 r.

- decyzja nakazująca znak: NS.HD.9022.1.3.465.2022 z dnia 09.05.2022 r.
- potwierdzenie zwrotne odbioru z dnia 12.05.2022 r. decyzji administracyjnej nr NS.HD.9022.1.3.465.2022
- decyzja płatnicza nr NS.HD.581.305.2022 z dnia 27.05.2022 r.
- potwierdzenie zwrotne z dnia 30.05.2022 r. odbioru decyzji płatniczej nr NS.HD.581.305.2022
- pismo strony z dnia 27.02.2023 r. informujące o wykonaniu zarządzeń decyzji nakazującej NS.HD.9022.1.3.465.2022 z dnia 09.05.2022 r.
- protokół kontroli nr 85/NS.HD/2023 z dnia 04.04.2023 r., kontrola sprawdzająca wykonanie obowiązku z decyzji administracyjnej z dnia 09.05.2022 r. znak: NS.HD.9022.1.3.465.2022

2.4

- protokół kontroli nr 145/1202/NS.HD/2021 z dnia 12.08.2021 r., dotyczący oceny placówki w zakresie przygotowania do nowego roku szkolnego wraz z wypełnionym formularzem
- protokół kontroli nr 54/NS.HD/2022 z dnia 31.03.2022 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikiem "Ocena stanu sanitarnego szkoły" F/HDM/04
- zawiadomienie nr 54/NS.HD/2022 z dnia 01.04.2022 r., w zakresie stwierdzenia naruszeń wymagań higieniczno-zdrowotnych w czasie kontroli
- potwierdzenie zwrotne odbioru zawiadomienia nr 54/NS.HD/2022 z dnia 04.04.2022 r.
- decyzja nakazująca nr NS.HD.9022.1.1.323.2022 z dnia 11.04.2022 r.
- potwierdzenie zwrotne odbioru decyzji administracyjnej nr NS.HD.9022.1.1.323.2022 z dnia 12.04.2022 r.
- decyzja płatnicza nr NS.HD.409.211.2022 z dnia 26.04.2022 r.
- potwierdzenie zwrotne odbioru z dnia 27.04.2022 r. decyzji płatniczej nr NS.HD.409.211.2022
- pismo strony z dnia 16.08.2022 r. z prośbą o prolongatę decyzji nr NS.HD.9022.1.1.323.2022 z dnia 11.04.2022 r.
- pismo strony z dnia 18.08.2022 r. z wraz z załączoną zwrotną Informacją [redacted] [redacted] odnośnie wykonania pkt 3a,3b,3c,3d,3e decyzji nakazującej nr NS.HD.9022.1.1.323.2022 z dnia 11.04.2022 r.
- protokół kontroli nr 202/1202/NS.HD/2022 z dnia 02.09.2022 r., w zakresie wykonania obowiązku z decyzji administracyjnej z dnia 11.04.2022 r. nr NS.HD.9022.1.1.323.2022.
- protokół kontroli nr 203/1202/NS.HD/2022 z dnia 02.09.2022r., oceny placówki w zakresie przygotowania do nowego roku szkolnego wraz z wypełnionym formularzem
- pismo strony z dnia 10.03.2023 r. informujące o wykonaniu pkt 1 decyzji nakazującej
- protokół kontroli nr 74/NS.HD/2023 z dnia 22.03.2023 r., kontrola sprawdzająca wykonanie obowiązku z decyzji administracyjnej z dnia 11.04.2022 r. nr NS.HD.9022.1.1.323.2022.

2.5

- opinia sanitarna nr ZNS/526-97-125/18 z dnia 18.06.2018 r. stwierdzająca zgodność wykonania przedsięwzięcia, braku sprzeciwu w związku z zakończeniem budowy i przystąpieniem do jej użytkowania
- zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli nr NS.HD/432-Z-45/19 z dnia 31.10.2019 r.
- potwierdzenie zwrotne odbioru zawiadomienia nr NS.HD/432-Z-45/19 z dnia 12.11.2019 r.
- upoważnienie nr 1202-0131-4472/19 do przeprowadzenia kontroli w dniu 21.11.2019 r.
- protokół kontroli nr 322/1202/NS.HD/2019 z dnia 21.11.2019 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikiem "Ocena stanu sanitarnego klubu dziecięcego" F/HDM/01
- zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli nr NS.HD.9020.1.4.2023 z dnia 24.01.2023 r.
- potwierdzenie zwrotne odbioru zawiadomienia nr NS.HD.9020.1.4.2023 z dnia 30.01.2023 r.
- upoważnienie nr 1202-0131-610/23 do przeprowadzenia kontroli w dniu 20.02.2023 r.
- protokół kontroli nr 48/NS.HD/2023 z dnia 20.02.2023 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikiem "Ocena stanu sanitarnego klubu dziecięcego" F/HDM/01.

2.6 Żłobek

- opinia sanitarna nr ZNS.9027.1.1.2.2022 z dnia 13.01.2022 r., stwierdzająca zgodność wykonania przedsięwzięcia, braku sprzeciwu w związku z zakończeniem budowy i przystąpieniem do jej użytkowania
- wniosek strony o wydanie decyzji spełnienia wymagań sanitarno-lokalowych dla pomieszczeń żłobka z dnia 21.02.2022 r.
- protokół kontroli nr 30/1202/NS.HD/2022 z dnia 16.03.2022 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań sanitarno-lokalowych na wniosek strony, celem wydania decyzji administracyjnej
- zawiadomienie nr 30/1202/NS.HD/2022 z dnia 03.03.2022 r. o wszczęciu postępowania administracyjnego na żądanie strony w sprawie wydania decyzji administracyjnej o spełnieniu wymagań sanitarno-lokalowych, w związku z utworzeniem żłobka
- decyzja administracyjna nr NS.HD.9022.8.1.2022 z dnia 10.03.2022 r., w sprawie spełnienia wymagań sanitarno-lokalowych dla dzieci w pomieszczeniach żłobka
- protokół kontroli nr 7/NS.HD/2023 z dnia 12.01.2023 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikiem "Ocena stanu sanitarnego żłobka" F/HDM/01.

2.7

- protokół kontroli nr 118/1202/NS.HD/2021 z dnia 28.07.2021 r., dotyczący oceny placówki w zakresie przygotowania do nowego roku szkolnego wraz z wypełnionym formularzem
- protokół kontroli nr 42/1202/NS.HD/2022 z dnia 16.03.2022 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikami: "Ocena stanu sanitarnego

Handwritten signature

szkoły” F/HDM/04; „Ocena realizacji wymogów, w zakresie stosowania niebezpiecznych substancji chemicznych i ich mieszanin w placówkach” F/HDM/06.

2.8

- pismo strony z dnia 24.04.2019 r. z prośbą o prolongatę terminów wykonania zarządzeń decyzji nr NS.HD/4320-26-1394/16 z dnia 12.08.2016 r.
- aneks do pisma strony z dnia 24.04.2019 r.
- 09.05.2019 r. -zmiana decyzji nakazującej nr NS.HD/4320-26-1394/16 z dnia 12.08.2016 r.
- pismo strony z dnia 11.02.2021 r. z prośbą o prolongatę decyzji znak: NS.HD/4320-26-1394/16 z dnia 12.08.2016 r.
- 16.02.2021 r. -zmiana decyzji nakazującej znak: NS.HD/4320-26-1394/16 z dnia 12.08.2016 r.
- pismo strony z dnia 13.09.2021r. z prośbą o prolongatę decyzji znak: NS.HD/4320-26-1394/16 z dnia 12.08.2016 r.
- protokół kontroli nr 171/1202/NS.HD/2021 z dnia 16.09.2021 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikiem ”Ocena stanu sanitarnego przedszkola” F/HDM/02. W załączeniu do protokołu oświadczenie dyrektora.
- 20.09.2021 r. - zmiana decyzji nakazującej nr NS.HD/4320-26-1394/16 z dnia 12.08.2016 r.
- protokół kontroli nr 209/1202/NS.HD/2022 z dnia 13.09.2022 r., kontrola sprawdzająca wykonanie obowiązku z decyzji administracyjnej nr NS.HD/4320-26-1394/16 z dnia 12.08.2016 r. Ocena bieżącego stanu sanitarnego w placówce. W załączeniu oświadczenie dyrektora placówki.
- zawiadomienie nr 209/1202/NS.HD/2022 z dnia 13.09.2022r. dotyczące naruszenia wymagań higieniczno-zdrowotnych, w czasie kontroli sprawdzającej
- upomnienie z dnia 14.09.2022 r.
- potwierdzenie zwrotne z dnia 20.09.2022 r. odbioru upomnienia
- wniosek strony z dnia 16.09.2022 r. z prośbą o prolongatę terminu wykonania decyzji nr NS.HD/4320-26-1394/16 z dnia 12.08.2016 r.
- decyzja płatnicza nr NS.HD.1217.659.2022 z dnia 21.09.2022 r.
- potwierdzenie zwrotne odbioru z dnia 23.09.2022 r. decyzji płatniczej nr NS.HD.1217.659.2022
- zmiana terminu wykonania zarządzeń decyzji nakazującej nr NS.HD/4320-26-1394/16 z dnia 12.08.2016 r. z terminem ostatecznym do dnia 31.08.2023 r.
- pismo strony z dnia 07.03.2023 r. informujące o wykonaniu zaleceń decyzji nakazującej nr NS.HD/4320-26-1394/16 z dnia 12.08.2016 r.

2.9

- protokół kontroli nr 236/1202/NS.HD/2018 z dnia 17.07.2018 r., w zakresie oceny stanu sanitarnego placu zabaw i terenu rekreacyjnego placówki. Ocena spełnienia wymagań higieniczno-zdrowotnych placówki w czasie dyżuru wakacyjnego
- protokół kontroli nr 307/1202/NS.HD/2018 z dnia 13.09.2018 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikiem ”Ocena stanu sanitarnego przedszkola” F/HDM/02
- interwencja z dnia 27.05.2021 r., dot. występowania wszawicy w przedszkolu
- protokół kontroli nr 64/1202/NS.HD/2021 z dnia 31.05.2021 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce, w związku ze zgłoszona interwencją.

- pismo nr NS.HD/0910-5/2021 z dnia 01.06.2021 r., odpowiedź do strony odnośnie inwencji z dnia 27.05.2021 r.

- protokół kontroli nr 8/NS.HD/2023 z dnia 13.01.2023 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikiem "Ocena stanu sanitarnego przedszkola" F/HDM/02. W załączeniu oświadczenie dyrektora.

2.10

- zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli nr NS.HD/432-Z-25/18 z dnia 22.05.2018 r.

- potwierdzenie zwrotne odbioru zawiadomienia nr NS.HD/432-Z-25/18 z dnia 28.05.2018 r.

- upoważnienie nr 1202-0131-2053/18 do przeprowadzenia kontroli w dniu 12.06.2018 r.

- protokół kontroli nr 188/1202/NS.HD/2018 z dnia 12.06.2018 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce

- zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli nr NS.HD/432-Z-29/18 z dnia 15.06.2018 r.

- potwierdzenie zwrotne odbioru zawiadomienia nr NS.HD/432-Z-29/18 z dnia 19.06.2018 r.

- upoważnienie nr 1202-0131-2323/18 z dnia 27.06.2018 r. do przeprowadzenia kontroli w dniu 28.06.2018 r.

- protokół kontroli nr 209/1202/NS.HD/2018 z dnia 28.06.2018 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych placówki wypoczynku dzieci i młodzieży wraz z załącznikiem: „Ocena stanu sanitarnego wypoczynku dzieci i młodzieży w formie wyjazdowej” F/HDM/14.

- zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli nr NS.HD/432-Z-25/19 z dnia 12.06.2019 r.

- potwierdzenie zwrotne odbioru zawiadomienia nr NS.HD/432-Z-25/19 z dnia 14.06.2019 r.

- upoważnienie nr 1202-0131-2439/19 z dnia 01.07.2019 r. do przeprowadzenia kontroli w dniu 03.07.2019 r.

- protokół kontroli nr 170/1202/NS.HD/2019 z dnia 03.07.2019 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych placówki wypoczynku dzieci i młodzieży wraz z załącznikiem: „Ocena stanu sanitarnego wypoczynku dzieci i młodzieży w formie wyjazdowej” F/HDM/14

- wniosek o wszczęcie postępowania z dnia 02.09.2019r.

- pismo znak :NS.HD/0910-3/19 z dnia 05.09.2019 r. na wniosek z dnia 02.09.2019r.

- zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli nr NS.HD/432-Z-5/20 z dnia 23.06.2020 r.

- potwierdzenie zwrotne odbioru zawiadomienia nr NS.HD/432-Z-5/20 z dnia 25.06.2020 r.

- upoważnienie nr 1202-0131-1310/20 z dnia 07.07.2020 r. do przeprowadzenia kontroli w dniu 08.07.2020 r.

- protokół kontroli nr 76/1202/NS.HD/2020 z dnia 08.07.2020 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych placówki wypoczynku dzieci i młodzieży wraz z załącznikiem: „Ocena stanu sanitarnego wypoczynku dzieci i młodzieży w formie wyjazdowej” F/HDM/14.

- zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli nr NS.HD/432-Z-8/21 z dnia 29.06.2021r.

- potwierdzenie zwrotne odbioru zawiadomienia nr NS.HD/432-Z-8/21 z dnia 05.07.2021 r.
- upoważnienia nr 1202-0131-1715/21 oraz 1202-0131-1717/21 z dnia 20.07.2021 r. do przeprowadzenia kontroli w dniu 22.07.2021 r.
- protokół kontroli nr 110/1202/NS.HD/2021 z dnia 22.07.2021 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych placówki wypoczynku dzieci i młodzieży wraz z załącznikiem: „Ocena stanu sanitarnego wypoczynku dzieci i młodzieży w formie wyjazdowej” F/HDM/14
- zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli nr NS.HD.9020.1.27.2022 z dnia 05.07.2022 r.
- potwierdzenie zwrotne odbioru zawiadomienia nr NS.HD.9020.1.27.2022 z dnia 07.07.2022 r.
- upoważnienia nr 1202-0131-2371/22 oraz 1202-0131-2324/22 z dnia 02.08.2022 r. do przeprowadzenia kontroli w dniu 04.08.2022 r.
- protokół kontroli nr 175/1202/NS.HD/2022 z dnia 04.08.2022 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych placówki wypoczynku dzieci i młodzieży wraz z załącznikiem: „Ocena stanu sanitarnego wypoczynku dzieci i młodzieży w formie wyjazdowej” F/HDM/14.

2.11

- protokół kontroli nr 242/1202/NS.HD/2018 z dnia 19.07.2018 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych placówki wypoczynku dzieci i młodzieży wraz z załącznikami: „Ocena stanu sanitarnego wypoczynku dzieci i młodzieży w formie wyjazdowej” F/HDM/14 oraz „Ocena stanu sanitarnego obozów organizowanych pod namiotami” F/HDM/16.
- protokół kontroli nr 205/1202/NS.HD/2019 z dnia 25.07.2019 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych placówki wypoczynku dzieci i młodzieży wraz z załącznikami: „Ocena stanu sanitarnego wypoczynku dzieci i młodzieży w formie wyjazdowej” F/HDM/14 oraz „Ocena stanu sanitarnego obozów organizowanych pod namiotami” F/HDM/16
- protokół kontroli nr 84/1202/NS.HD/2020 z dnia 23.07.2020 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych placówki wypoczynku dzieci i młodzieży wraz z załącznikami: „Ocena stanu sanitarnego wypoczynku dzieci i młodzieży w formie wyjazdowej” F/HDM/14 oraz „Ocena stanu sanitarnego obozów organizowanych pod namiotami” F/HDM/16
- protokół kontroli nr 108/1202/NS.HD/2021 z dnia 23.07.2021 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych placówki wypoczynku dzieci i młodzieży wraz z załącznikami: „Ocena stanu sanitarnego wypoczynku dzieci i młodzieży w formie wyjazdowej” F/HDM/14 oraz „Ocena stanu sanitarnego obozów organizowanych pod namiotami” F/HDM/16
- protokół kontroli nr 158/1202/NS.HD/2022 z dnia 26.07.2022 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych placówki wypoczynku dzieci i młodzieży wraz z załącznikami: „Ocena stanu sanitarnego wypoczynku dzieci i młodzieży w formie wyjazdowej” F/HDM/14 oraz „Ocena stanu sanitarnego obozów organizowanych pod namiotami” F/HDM/16.

3. 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 – brak uwag,
- f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń – brak uwag,
- h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażeń - nie dotyczy,
- i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji - nie dotyczy,
- j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi ** - nie dotyczy.

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

W związku z prowadzonym bieżącym nadzorem nad zakładami oświatowo-wychowawczymi, w latach 2018-2022 wystosowano 9 wystąpień, skierowane między innymi do :

- organów prowadzących placówki oświatowe,
- dyrektorów placówek oświatowo-wychowawczych,
- organizatorów wypoczynku dzieci i młodzieży.

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE:

Pracownicy Sekcji Higieny Dzieci i Młodzieży na bieżąco współpracują z:

- Sekcją Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego, w zakresie odbiorów pomieszczeń, w których planowane jest rozpoczęcie działalności oświatowo-wychowawczej.
- Sekcją Oświaty Zdrowotnej, w ramach akcji profilaktycznych.
- Sekcją Higieny Żywności i Żywienia i Przedmiotów Użytku, w zakresie nadzoru nad pionami żywnościowo-żywnościowym, w placówkach wypoczynku zimowego i letniego.

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 - nie dotyczy

XIII. Dodatkowe informacje - nie dotyczy

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów: nie dotyczy

Kierownik

.....
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 Karczmarek
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

[Handwritten signature]

~~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 Bytomiu, ul. Moniuszki 25, 41-902
Bytom

(adres)

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli: Sekcja Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego

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

III. Data kontroli: 20.04.2023 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli: 16.03.2018 r. do 31.03.2023 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	-	
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	-	
9.	Rejestry spraw – zawiadomienia dotyczące odbiorów, wnioski dotyczące uzgodnienia projektów, wnioski o opinie w ramach oceny oddziaływania na środowisko, wnioski o opinie w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko, wnioski o uzgodnienie warunków zabudowy i zagospodarowania terenu	+	

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych
Przepisy prawne są dostępne i na bieżąco aktualizowane. Aktualność przepisów prawnych sprawdzana jest na stronach internetowych: www.rcl.gov.pl, www.sejm.gov.pl, eur-lex.europa.eu lub z dostępnego licencjonowanego programu prawnego Legalis (www.gov.legalis.pl).

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:
		Rok 2018 od dnia kontroli	Rok 2019	Rok 2020	Rok 2021	Rok 2022	Rok 2023 do dnia kontroli	
1.	Postanowienia	-	-	-	-	39	14	
2.	Decyzje	2	-	-	-	1	-	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych ^{/3}	-	-	-	-	-	-	
4.	Decyzje - rachunki	95/ 23980	153/ 37862,25	104/ 24767,75	125/ 37680	118/ 36382,50	39/ 12937,50	
5.	Opinie sanitarne/pisma**	190/56	285/75	212/128	262/80	204/69	82/29	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu ^{/2}	0	0	0	0	0	-	
7.	Mandaty	-	-	-	-	-	-	
8.	Kontrole w trakcie realizacji ^{/2}	-	-	-	-	-	-	
9.	Uczestnictwo w odbiorach	89	140	101	120	111	31	
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

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów: 17

.....
(podać liczbę)

2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/

2.1 Opinia sanitarna nr ZNS.9027.9.31.85.2022 z dnia 13.07.2022 r. w sprawie zakresu prognozy oddziaływania na środowisko dla projektu zmiany studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy [REDAKTED]

2.2 Opinia sanitarna nr ZNS.9027.9.38.148.2022 z dnia 05.10.2022 r. w sprawie zakresu prognozy oddziaływania na środowisko dla projektu miejscowego planu [REDAKTED]

all
my
Jae

zagospodarowania przestrzennego w rejonie ulic [REDACTED]

- 2.3 Opinia sanitarna nr ZNS.9027.9.10.7.2022 z dnia 11.01.2023 r. w sprawie zakresu prognozy oddziaływania na środowisko dla projektu miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego gminy [REDACTED]
- 2.4 Opinia sanitarna nr ZNS.9027.9.17.48.2022 z dnia 29.04.2022 r. dotycząca projektu miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego gminy [REDACTED] z prognozą oddziaływania na środowisko.
- 2.5 Opinia sanitarna nr ZNS.9027.9.29.181.2022 z dnia 06.12.2022 r. dotycząca projektu miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego w rejonie ulic [REDACTED] z prognozą oddziaływania na środowisko.
- 2.6 Opinia sanitarna nr ZNS.9027.6.16.67.2023 z dnia 27.03.2023 r. w sprawie określania zakresu raportu dla przedsięwzięcia mogącego zawsze znacząco oddziaływać na środowisko pn.: [REDACTED]
- 2.7 Opinia sanitarna nr ZNS.9027.6.24.166.2021 z dnia 10.11.2022 r. w sprawie określenia w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych warunków realizacji przedsięwzięcia mogącego zawsze znacząco oddziaływać na środowisko dla inwestycji pn.: [REDACTED]
- 2.8 Opinia sanitarna nr ZNS.9027.6.44.1.2022 z dnia 13.01.2023 r. w sprawie określenia w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych warunków realizacji przedsięwzięcia mogącego zawsze znacząco oddziaływać na środowisko dla inwestycji pn.: [REDACTED]
- 2.9 Opinia sanitarna nr ZNS.9027.8.8.185.2022 z dnia 08.12.2022 r. w sprawie uzgodnienia w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych „[REDACTED]”
- 2.10 Opinia sanitarna nr ZNS.9027.8.9.201.2022 z dnia 27.12.2022 r. w sprawie uzgodnienia w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych projektu architektoniczno-budowlanego „Zmiana sposobu użytkowania [REDACTED]”
- 2.11 Opinia sanitarna nr ZNS.9027.8.5.37.2023 z dnia 14.02.2023 r. w sprawie uzgodnienia w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych „[REDACTED]”
- 2.12 Opinia sanitarna nr ZNS.9027.1.166.172.2022 z dnia 21.11.2022 r. w sprawie stwierdzenia zgodności wykonania przedsięwzięcia pn.: [REDACTED]
- 2.13 Opinia sanitarna nr ZNS.9027.1.171.177.2022 z dnia 28.11.2022 r. w sprawie stwierdzenia niezgodności wykonania przedsięwzięcia pn.: [REDACTED] z projektem budowlanym i przepisami prawnymi w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych i wniesienia sprzeciwu w związku z zamiarem przystąpienia do jego użytkowania.

6/11/2023
Pac

2.14 Decyzja nr ZNS.9027.2.1.567.2022 z dnia 26.05.2022 r. w sprawie wyrażenia zgody na [REDACTED]

2.15 Postanowienie nr ZNS.9027.7.1.22.2023 z dnia 09.02.2023 r. w sprawie uzgodnienia w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych warunki zabudowy dla inwestycji pn.:

„Budowa [REDACTED] – [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

2.16 Protokół kontroli nr 101/1202/NS.ZNS/2022 z dnia 24.11.2022 r. z kontroli obiektu pn.:

„Budowa [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

2.17 Protokół kontroli nr 97/1202/NS.ZNS/2022 z dnia 18.11.2022 r. z kontroli obiektu pn.:

„Przebudowa [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

3. Ocena wydanych dokumentów

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

Sprawy są kompletne, czytelne, zarchiwizowane zgodnie z rzeczowym wykazem akt.

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

Protokoły są wypełniane zgodnie z procedurą systemu jakości, na aktualnym załączniku do Procedury technicznej PT/01 wyd. z dnia 14.03.2016. Po zakończeniu kontroli, protokoły są zatwierdzane przez kierownika technicznego komórki organizacyjnej. Zwrócono uwagę, że w protokołach należy wpisywać w punkcie II.10 z jakich badań i pomiarów korzystano podczas kontroli. Obecnie wpisywane są w punkcie wykazu dokumentów załączonych. Z uwagi że orany PIS sprawdzają wyniki np. badania wody, pomiarów skuteczności wentylacji sugeruje się, aby je przywoływać we wskazanym punkcie protokołu.

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa

Postępowanie jest prowadzone zgodnie z przepisami. W przypadku odbiorów obiektów budowlanych przed wydaniem decyzji płatniczych oraz przed wydaniem decyzji na rozszerzenie cmentarza strona zawiadamiana była o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 14 czerwca 1969 r. Kodeks postępowania administracyjnego. Decyzja wydawana była po upływie terminu określonego w zawiadomieniu lub po otrzymaniu pisemnej informacji, że strona nie wnosi uwag. W przypadku, gdy strona działała przez pełnomocnika, w aktach sprawy załączone było odpowiednie pełnomocnictwo.

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
Skontrolowane sprawy załatwiane są terminowo.
- 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**

- W trakcie kontroli dokonano również oceny merytorycznej wydawanych opinii sanitarnych. W opiniach sanitarnych dot. uzgodnienia dokumentacji projektowych zasugerowano rozważenie ujęcia w sentencji lub w uzasadnieniu całości przepisów rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy oraz rozporządzenia (WE) nr 852/2004 r. Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie higieny środków spożywczych.
- Wskazano również, żeby opinie sanitarne dotyczące odbioru obiektów budowlanych były przysyłane do wiadomości organów Nadzoru Budowlanego.
- W skontrolowanych opiniach dot. realizacji przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko, wydawanych na podstawie art. 77 ust. 1 pkt 2 oraz art. 78 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku o jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko, warunki są niewystarczające. Kierownik Sekcji wyjaśnił, że warunki realizacji przedsięwzięcia są opisane w uzasadnieniu opinii, a zagadnienia budzące wątpliwości ujęte są jako warunki i podane w sentencji. Wskazano, aby warunki w opiniach sanitarnych w zakresie wszystkich elementów ochrony środowiska precyzyjnie wskazywały niezbędne działania realizacyjne i eksploatacyjne minimalizujące oddziaływanie przedsięwzięcia na zdrowie ludzi (np. zapewnienie odpowiedniej wysokości i średnicy emitora, skuteczności filtrów - podać konkretną wartość, na podstawie której dokonano obliczeń, stosowanie obudowy dźwiękochłonnej, ekranów akustycznych, określenie sposobu oczyszczania i odprowadzania ścieków itp.), gdyż w są one zamieszczane w decyzji środowiskowej właściwego organu jako niezbędne do uwzględnienia m.in. w projekcie budowlanym.

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

Sekcja Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego współpracuje z:

- komórkami organizacyjnymi poszczególnych Urzędów Miast i Gmin, częstotliwość ciągła zarówno pisemna jak i telefoniczna,
- Powiatowymi Inspektorami Nadzoru Budowlanego (Bytom, Tarnowskie Góry, Piekary Śląskie) współpraca doraźna wynikająca z bieżących potrzeb, pisemna i telefoniczna,
- rzeczoznawcami w zakresie wyjaśnienia kwestii budzących wątpliwości oraz w zakresie interpretacji przepisów prawnych.

Ponadto udzielane są informacje na zapytania pochodzące od jednostek projektowych, planistycznych oraz inwestorów zarówno sektora prywatnego jak i publicznego.

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

ed
AM
gan

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Pracownicy Sekcji Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego współpracują z poszczególnymi Sekcjami Oddziału Nadzoru Sanitarnego na etapie uzgadniania dokumentacji projektowych (Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży, Sekcja Epidemiologii, Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska, Sekcja Higieny Żywności, Żywnienia i Przedmiotów Użytku, Sekcji Higieny Pracy - ciągła).

Biorą udział we wspólnych kontrolach, które odbywają się doraźnie w zależności od możliwości wspólnych kontroli z pracownikami Sekcji Higieny Żywności, Żywnienia i Przedmiotów Użytku, Sekcji Higieny Komunalnej i Środowiska, Sekcji Higieny Dzieci i Młodzieży. Pracownicy czynnie uczestniczyli we współpracy z Sekcją Epidemiologii w pracach związanych z zaistniałą sytuacją w związku z epidemią (m.in.: praca w systemach EWP, SEPIS, SRWE), obecnie uczestniczą w obsłudze Stacji Wirtualnej.

Pracownicy Sekcji uczestniczą w szkoleniach wewnętrznych organizowanych przez innych pracowników Stacji np.: Udostępniania informacji publicznych w praktyce Ustawa z dn. 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1746), System zarządzania w jednostce Inspekcyjnej wg ISO-17020 – szkolenie doskonalące. Omówienie zmian w dokumentacji dotyczącej Systemu Zarządzania w 2023 r.

W zakresie interpretacji przepisów prawnych w przypadkach budzących wątpliwości, odbywają się konsultacje z prawnikiem – 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

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

Petenci informowani są o dostępności listy rzeczoznawców ds. sanitarno-higienicznych województwa śląskiego pod linkiem <https://www.gov.pl/web/wsse-katowice/lista-rzeczoznawcow-ds-sanitarno-higienicznych-w-woj-slaskim> oraz z podziałem na województwa na stronie Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

.....
(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Nie dotyczy.....

XIII. Dodatkowe informacje

Brak.....

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:

Nie dotyczy

Kierownik	Starszy Asystent	Starszy Asystent	Dział Nadzoru Sanitarnego
		Sekcji Zapobiegawczego	Kierownik
			Oddziału Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego
			mgr inż. Anna Gągola
pieczęć i podpis pracownika psse uczestniczącego w kontroli/ pieczęć i podpisy pracowników PSSE uczestniczących w kontroli**			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:

2
(liczba osób)

b) wykształcenie pracowników:
wyższe (jakie?):

1. mgr inż. Zarządzania i Inżynierii Produkcji specjalność BHP, studia podyplomowe Psychologia zachowań społecznych
2. mgr Promocji zdrowia z profilaktyką uzależnień

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

1. 27 lat
2. 2 lata

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

Warunki lokalowe dobre z pełnym oprzyrządowaniem biurowym. W siedzibie PSSE jest sala do przeprowadzania szkoleń i narad wyposażona w sprzęt multimedialny.

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: 343551

liczba gmin: 11

liczba zakładów opieki zdrowotnej:

- szpitali - 11 [REDACTED]
- przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie - 192

liczba innych jednostek:

- żłobki i kluby malucha - 34
- przedszkola - 134
- szkoły podstawowe - 95
- szkoły ponadpodstawowe - 58
- szkoły ponadpodstawowe specjalne i przysposabiające do pracy - 4
- domy kultury - 8
- biblioteki z filiami - 43

b) realizowane interwencje programowe:

ogólnopolskie:

-Program Edukacyjny „Trzymaj Formę!”

-Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS

wojewódzkie:

- Program Edukacyjny dla Przedszkoli „Skąd się biorą produkty ekologiczne”
- Program Przedszkolnej Edukacji Antytytoniowej „Czyste powietrze wokół nas”
- Program Edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość?”
- Program Edukacji Antytytoniowej „Bieg po zdrowie”
- Program „Podstępne WZW”
- Program „Smak życia czyli debata o dopalaczach”
- Program „Znamie! Znam je?”
- Program „Wybierz życie – Pierwszy krok”
- Projekt „Klub Zdrowego Przedszkolaka”

własne:

brak

c) realizowane interwencje nieprogramowe:

ogólnopolskie:

- Światowy Dzień Zdrowia
- Światowy Dzień bez Tytoniu
- Światowy Dzień Rzucania Palenia
- Światowy Dzień AIDS
- Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach
- Kampania medialna #SzczepimySię
- Kampania informacyjna #EUChooseSafeFood „Wybieraj bezpieczną żywność”
- Kampania informacyjna „Profilaktyka 40 Plus”
- Europejski Tydzień Szczepień
- Światowy Dzień Higieny Rąk

wojewódzkie:

- Akcja „Nowe narkotyki Nowe zagrożenia”
- Kampania społeczna „Zaszczep w sobie chęć szczepienia”
- Kampania edukacyjna „Nie bądź atrakcyjny dla kleszczy”.
- Akcja „Brązowo, ale czy zdrowo?”
- Akcja „Bezpieczna Wakacje”
- Akcja „Bezpieczne Ferie”
- Akcja „Lekki tornister”

własne:

Akcja „Jesień ze zdrowiem” w ramach profilaktyki chorób nowotworowych

a [redacted]

[signature]

4. Realizacja zaleceń pokontrolnych

- brak zaleceń pokontrolnych po kontroli przeprowadzonej w dniach 13-15.03.2018 r.

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

Na terenie nadzorowanym przez PPIS w Bytomiu odnotowano wzrost zachorowań:

- Gruźlica z 33 przypadków w roku 2021 do 35 przypadków w roku 2022
 - Borelioza z Lyme z 0 przypadków w roku 2021 do 95 przypadków w roku 2022
 - Kleszczowe oraz inne wirusowe zapalenie mózgu, wirusowe zapalenie opon mózgowych z 5 przypadków w roku 2021 do 10 przypadków w roku 2022
 - Wirusowego Zapalenia Wątroby - z 6 przypadków w roku 2021 do 60 przypadków w roku 2022
 - HIV/AIDS z 0 przypadków w roku 2021 do 4 przypadków w roku 2022
 - Rzeżączka - z 0 przypadków w roku 2021 do 11 przypadków w roku 2022
 - Przypadków podejrzenia zachorowań na gripę odnotowano z 17384 w roku 2021 do 33625 przypadków w roku 2022
 - Inwazyjne Choroby bakteryjne, wywołane przez meningokoki, Streptococcus pyogenes, Streptococcus pneumoniae oraz Haemophilus influenzae typ B z 36 przypadków w roku 2021 do 57 przypadków w roku 2022
 - **Choroby wieku dziecięcego**
 - Płonica z 30 przypadków w roku 2021 do 139 przypadków w roku 2022
 - Ospa wietrzna - z 875 przypadków w roku 2021 do 1570 przypadków w roku 2022
 - Świnka - z 1 przypadku w roku 2021 do 9 przypadków w roku 2022
- W 2022 r. odnotowano również pojedyncze przypadki odry i krztuśca

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

interwencji programowych:

a) prawidłowo b) nieprawidłowo*

interwencji nieprogramowych:

a) prawidłowo 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*

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

W ramach realizacji zadań m.in. programów, akcji, kampanii, ewentów, warsztatów, konferencji, pracownicy pionu promocji zdrowia i oświaty zdrowotnej PSSE w Bytomiu współpracują z następującymi partnerami: Urzędami Miast i Gmin, Delegaturą NFZ w Piekarach Śląskich, Placówkami Oświatowo-Wychowawczymi, Zakładami Opieki Zdrowotnej, Bibliotekami, Zarządem PCK w Bytomiu, MOSIR, OSIR, MDK i Centrami Kultury, Aresztem Śledczym w Bytom, Klubem Integracji Promyk w Piekarach Śląskich, Górnośląskimi Kolejami Wąskotorowymi w Bytomiu, Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom w Bytomiu, Poradniami Psychologiczno-Pedagogicznymi, CH Agora oraz lokalnymi mediami.

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

Bieżąca współpraca wynikająca z zakresu działań Oświaty Zdrowotnej w szczególności współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Nadzoru Sanitarnego PSSE w Bytomiu, w związku z realizacją ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami zdrowotnymi i używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, z Sekcją Higieny Dzieci i Młodzieży w zakresie realizacji akcji Lekki tornister, Bezpieczne wakacje i ferie, z Sekcją Epidemiologii w zakresie profilaktyki chorób zakaźnych, z Sekcją Higieny Żywności i Żywności w zakresie realizacji kampanii informacyjnej „Wybieraj bezpieczną żywność” #EUChooseSafeFood oraz organizacji szkoleń.

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

PPIS w Bytomiu zna zakres realizowanych zadań i działań w pionie promocji zdrowia i oświaty zdrowotnej, aktywnie wspiera inicjatywy, przedsięwzięcia, akcje, konkursy. Udziela patronatu inicjatywom prozdrowotnym.

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

Sprawdzono następujące protokoły z przeprowadzonych wizytacji:

Nr 4/1202/OZ/2019 z dnia 21.01.2019 r.

Nr 9/1202/OZ/2020 z dnia 11.02.2020 r.

Nr 7/1202/OZ/2021 z dnia 07.05.2021 r.

Nr 4/1202/OZ/2022 z dnia 31.03.2022 r.

Nr 26/OZ/2023 z dnia 17.03.2023 r.

Nr 31//OZ/2023 z dnia 29.03.2023 r.

Ilość zaplanowanych i wykonanych wizytacji w latach 2019 - 2023 - do dnia 31.03.2023 r.

Rok	Ilość wizytacji zaplanowanych	Ilość wizytacji wykonanych
2019	47	47
2020	20	20
2021	20	20
2022	26	26
2023	69	34

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*

Prawidłowość prowadzonej dokumentacji szkoleń:

a) prawidłowo b) nieprawidłowo*

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

Zagadnienia będące przedmiotem kontroli w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bytomiu: Ocena zgodności dokumentowania działań w zakresie działalności oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia zgodnie ze standardami postępowania podczas realizacji interwencji. Ocena realizacji działań na podstawie: doboru metod i form, zgodności realizowanych działań z rocznym planem zasadniczych przedsięwzięć, zgodności oddziaływań w stosunku do potrzeb wynikających z sytuacji epidemiologicznej, społecznej i demograficznej terenu. Współpraca z instytucjami, organizacjami pozarządowymi itp. w okresie od 1.04.2018 r. do 31.03.2023 r.

W Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bytomiu realizowane są ogólnopolskie programy zdrowotne i interwencje nieprogramowe oraz wojewódzkie programy edukacyjne i interwencje nieprogramowe zalecane przez Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego. Zapoznano się z dokumentacją realizowanych programów

9. 12. 2023

edukacyjnych: „Bieg po zdrowie”, Ars czyli jak dbać o miłość”, „Znamię, znam je”, „Podstępne wzw” oraz Akcji „Wirusoochrona” i Kampanii „Zaszczep w sobie chęć szczepienia”.

Ocenę realizacji działań i dokumentacji przeprowadzono na podstawie przeglądu i analizy posiadanej dokumentacji w miejscu kontroli, sprawozdań przesyłanych do Oddziału Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Katowicach, zgodnie z ustalonymi terminami, przebiegu współpracy oraz kontroli problemowych przeprowadzonych w PSSE w Bytomiu: Protokoły: PZ.1611.3.20.2019 r. z dnia 24.05.2019 r., Nr PZ.1611.20.2021 z dnia 19.11.2021 r., Nr PZ.1611.21.2021 z dnia 19.11.2021 r., PZ.1611.7.2022 z dnia 14.06.2022 r.

Zadania realizowane w ramach działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bytomiu wynikają z planów zasadniczych przedsięwzięć oraz bieżącej sytuacji epidemiologicznej i potrzeb środowiska lokalnego.

Zakres współpracy PSSE w Bytomiu z instytucjami oraz innymi partnerami obejmuje wymianę doświadczeń i informacji z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia, współorganizacji m.in. konferencji, konkursów, wdrażania interwencji programowych i nieprogramowych.

Dokumentacja prowadzona jest prawidłowo, zgodnie ze standardami postępowania w zakresie realizacji interwencji programowych i nieprogramowych - Procedura Techniczna Standardy Postępowania Podczas Realizacji Interwencji w zakresie Profilaktyki Chorób i Promocji Zdrowia PT/PZ/01.

[Redacted signature area]

Kierownik Oddziału Promocji Zdrowia
i Komunikacji Społecznej

mgr Beata Kempa

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

właściwie podkreślić

9

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 Bytomiu

ul. Moniuszki 25, 41-902 Bytom
(adres)

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli:

Kierownik do spraw jakości w Oddziale Nadzoru Sanitarnego i Sekcji Oświaty Zdrowotnej
(pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym psse)

III. Data kontroli 18.04.2023 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli 22.03.2018 - 31.03.2023

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

.....
.....

V. 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

VI. 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	Liczba/kwota ¹				Uwagi:
		rok	rok	rok	rok do	

	i grzywny				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

VII. 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
.....
.....
.....

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

.....

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

f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń

.....

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

.....

h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń.....

.....

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

.....

j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **

.....

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

.....

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

IX. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE *nie dotyczy*

.....

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

X. Inne zagadnienia *nie dotyczy*

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

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XI. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości (systemu zarządzania jakością)

Pani [REDAKTOWANO] (kierownik Oddziału Nadzoru Sanitarnego) pełni funkcję kierownika do spraw jakości. W czasie nieobecności kierownika do spraw jakości (SJ) obowiązki przejmuje pani [REDAKTOWANO] (kierownik Sekcji Epidemiologii).

Obowiązki, odpowiedzialności i uprawnienia dla każdego stanowiska i funkcji zostały ww. osobom zakomunikowane w „Zakresach obowiązków służbowych i odpowiedzialności pracownika” odpowiednio z dnia 02.01.2020 r. i 03.01.2020 r. Ponadto w Księdze Jakości wyd. 4, w rozdziale 8 „Wymagania dotyczące systemu zarządzania” na stronie 1-2/4 zapisano, że odpowiedzialnym za utrzymanie odpowiedniego i aktualnego systemu zarządzania PPIS w Bytomiu uczynił kierownika do spraw jakości, podano personalia SJ, osoby zastępującej oraz zakres obowiązków.

W rozdziale 5 „Wymagania dotyczące struktury” podano personalia kierowników poszczególnych sekcji Oddziału Nadzoru Sanitarnego i Sekcji Oświaty Zdrowotnej wraz z personaliami osób pełniących zastępstwo oraz ogólne zadania kierowników komórek organizacyjnych/technicznych.

Wymagania dotyczące systemu zarządzania:

Nadzór nad dokumentami

W PSSE w Bytomiu w Oddziale Nadzoru Sanitarnego i Sekcji Oświaty Zdrowotnej obowiązuje czwarte wydanie Księgi Jakości zatwierdzone przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bytomiu w dniu 30.01.2023 r.

Wszystkie wprowadzane zmiany i potwierdzenie przeglądu dokumentu były dokumentowane i zapisywane w Karcie Zmian (w pozycji 29 z dnia 29.12.2022 r. zapisano konieczność zmiany wydania). Zmieniane strony lub cały nieaktualny dokument odpowiednio opisane są przechowywane przez zarządzającego.

Np. 3 wydanie Księgi Jakości oznakowana napisem „Niekatulane od dnia 30.01.2023 r.” i podpisane jest przechowywane przez SJ.

Kierownicy/kierownicy techniczni, auditorzy wewnętrzni o wszelkich zmianach w dokumentacji systemowej są informowani za pomocą poczty elektronicznej bezpośrednio po wprowadzeniu zmiany i na szkoleniach np.

- w dniu 28.12.2022 r. przeprowadzono szkolenie wewnętrzne nr 2/2022 dotyczące zmian w dokumentacji systemu zarządzania, w szkoleniu uczestniczyło łącznie 10 osób, szkolenie prowadził SJ,

- w dniu 16 lutego 2023 roku przeprowadzono szkolenie wewnętrzne nr SJ/1/2023 dotyczące 4 wydania KJ, w szkoleniu uczestniczyło 12 osób, szkolenie przeprowadził kierownik ds. Jakości.

Kierownik do spraw jakości jako osoba zarządzająca umieściła aktualne wydanie KJ na dysku sieciowym, który jest dostępny dla kierowników/kierowników technicznych i auditorów wewnętrznych.

Zgodnie z wymaganiami procedury nr PO-01 kierownik do spraw jakości corocznie dokonuje przeglądu Księgi Jakości co było dokumentowane odpowiednim zapisem w Karcie zmian. Obecnie zgodnie z zapisami nowego wydania procedury nr PO-01 wszelkie zapisy dotyczące przeglądu dokumentu i wprowadzanych zmian jest dokumentowane w formularzu „Wykaz dokumentów nadzorowanych”.

Potwierdzono aktualność dokumentów systemu zarządzania posiadanych przez kierownika do spraw jakości w wersji elektronicznej.

Kierownik do spraw jakości stosuje następujące Procedury Ogólne Systemu Zarządzania:

- procedura nr PO-01 wydanie nr 7, data wydania: 02.11.2022 r. ostatnia zmiana z dnia 27.12.2022 r.
- procedura nr PO-02 wydanie nr 9, data wydania: 02.11.2022 r. ze zmianą z dnia 15.12.2022 r.
- procedura nr PO-03 wydanie nr 5, data wydania: 02.11.2022 r. ze zmianą z dnia 15.12.2022 r.
- procedura nr PO-04 wydanie nr 5, data wydania: 02.11.2022 r. ze zmianą z dnia 15.12.2022 r.
- procedura nr PO-05 wydanie nr 6, data wydania: 02.11.2022 r. ze zmianą z dnia 15.12.2022 r.
- procedura nr PO-06 wydanie nr 6, data wydania: 02.11.2022 r.
- procedura nr PO-07 wydanie nr 6, data wydania: 02.11.2022 r. ostatnia zmiana z dnia 28.02.2022 r.
- procedura nr PO-08 wydanie nr 2, data wydania: 02.11.2022 r.

Do końca 2022 r. kierownik do spraw jakości prowadził w formie elektronicznej następujące rejestry dokumentów (załącznik nr 1 do wydania numer 6 procedury PO-01, wersja strony A, data wersji strony: 22.12.2014.):

- rejestr dokumentów „Procedury i instrukcje wydane przez GIS”,
- rejestr dokumentów „Instrukcje robocze zatwierdzone przez ŚPWIS” (poz. 8 Instrukcja Robocza Systemu Zarządzania „Pobieranie próbek wody do badań laboratoryjnych” IR/NS-BW/02, wydanie 4 z 15.03.2019 r., ostatnia zmiana z 14.09.2020 r.),
- rejestr dokumentów „Procedury Ogólne Systemu Zarządzania”, Księga Jakości,
- rejestr dokumentów „Dokumenty PCA”,
- rejestr dokumentów „Normy dotyczące systemu zarządzania ” (np. poz. 6 norma PN-EN ISO IEC 17020:2012).

Dokumenty zewnętrzne otrzymane z WSSE (dokumenty techniczne GIS, dokumenty opracowane przez ŚPWIS) rozpowszechniane są w formie elektronicznej i są dostępne dla pracowników. Dla ww. dokumentów sporządzane były rozdzielniki, w których wskazano kto posiadał dostęp do określonych dokumentów.

Obecnie SJ prowadzi formularz „Wykaz dokumentów nadzorowanych” załącznik nr 1 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 7 procedury nr PO-01.

Personel PSSE w Bytomiu korzysta z aktualnych przepisów prawnych (program Legalis, strony internetowe: www.rcl.gov.pl, www.sejm.gov.pl). Dodatkowo informacje dotyczące aktualnych Dzienników Ustaw zamieszcza na serwerze przedstawiciel sekcji OKS.

Dokumenty zewnętrzne dotyczące systemu zarządzania w wersji papierowej są zatwierdzane przez kierownika do spraw jakości poprzez postawienie pieczęci stacji, umieszczenie daty oraz podpisu osoby zatwierdzającej (np. Norma PN-EN ISO/IEC 17020:2012).

Nadzór nad zapisami

Zgodnie z wymaganiami procedury nr PO-01 nadzór nad zapisami obejmuje m.in. ich sprawdzanie, przeglądanie, zatwierdzanie, właściwe przechowywanie i archiwizowanie. Kierownicy/kierownicy techniczni przed zatwierdzeniem m.in. protokołów z kontroli sprawdzają ich prawidłowość. Na bieżąco aktualizowane są przywoływane w protokołach akty prawne oraz ich publikatory. Dzięki komunikacji pomiędzy poszczególnymi kierownikami istnieje dodatkowe zapewnienie minimalizowania ryzyka przywoływania nieaktualnych podstaw prawnych.

W PSSE w Bytomiu protokoły sporządzane są odręcznie lub z użyciem komputera, jednakże zawsze są czytelne i rzetelnie sporządzone.

Np.

- Protokół kontroli nr 342/1202/NS.HŻŻ/2019 z dnia 25.11.2019 r. (załącznik F/PK/BŻ/01/01) zatwierdzony przez kierownika sekcji NS.HŻŻ w dniu 26.11.2019 r.

- Protokół kontroli nr 1.NS.BW.2023 z dnia 16.03.2023 r. (załącznik nr 2 do procedury technicznej nr PT/01 wyd. z dnia 14.03.2016 r.), zatwierdzony przez kierownika NS w dniu 21.03.2023 r.

- Protokół kontroli nr 115.NS.HK.2023 z dnia 21.03.2023 r. (załącznik nr 2 do procedury technicznej nr PT/01 wyd. z dnia 14.03.2016 r.), zatwierdzony przez kierownika sekcji NS.HK w dniu 22.03.2023 r.

Pozostałe zapisy, w tym rejestry szkoleń, dokumentów, listy obecności, plany itd. również są nadzorowane, sporządzane, przechowywane w sposób zapewniający ich bezpieczeństwo. Wszelkie zapisy gromadzone w formie elektronicznej są zabezpieczone poprzez tworzenie kopii zapasowych na serwerze. Za zabezpieczenie systemów informatycznych odpowiada pracownik zatrudniony na stanowisku informatyka.

W ww. protokołach zastosowano obowiązujący w chwili cytowania tekst jednolity ustawy o PIS oraz obowiązujący tekst jednolity ustawy Kodeks Postępowania Administracyjnego (w tym obowiązujący Publikator).

Prawidłowość sprawowania nadzoru nad pozostałymi zapisami sprawdzono na podstawie:

- listy obecności na szkoleniu nr 1/2019 (załącznik nr 5 z dnia 22.12.2014 do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04), tematy:

1. Omówienie programu auditów wewnętrznych na rok 2019 i przypomnienie zapisów procedury PO-01 Audit wewnętrzny,
2. Omówienie zmian w dokumentacji systemu zarządzania,

szkolenie przeprowadził kierownik do spraw jakości w dniu 20.03.2019 r., w liście podpisało się 14 pracowników NS i OZ (kierowników i auditorów technicznych);

- listy obecności na szkoleniu nr 2/2022 (załącznik nr 5 z dnia 22.12.2014 do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04), tematy:

1. Systemy zarządzania jakością w jednostce inspekcyjnej – omówienie wybranych zagadnień,
2. Omówienie zmian w dokumentacji dotyczącej systemu zarządzania w 2022 r. i na 2023 r.

szkolenie przeprowadził kierownik do spraw jakości w dniu 28.12.2022 r., w liście podpisało się 10 pracowników NS i OZ;

- Notatka-ocena szkolenia zewnętrznego (załącznik nr 3 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04), opracowana przez SJ po szkoleniu „Udostępnianie informacji publicznej w praktyce” 24.08.2018 r., przekazanie informacji ze szkolenia nastąpiło w dniu 08.10.2018 r.

- planu szkoleń wewnętrznych na okres II półrocze 2022 r., (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04), plan został opracowany przez kierownika sekcji NS.HP w dniu 28.06.2022 r., zaplanowano 2 szkolenia wewnętrzne, które zostały zrealizowane.

Archiwizacja zapisów dokonywana jest zgodnie z „Jednolitym rzeczowym wykazem akt” (JRWA) PSSE w Bytomiu (Załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr Z/0147/10/21 Dyrektora PSSE w Bytomiu z dnia 30 czerwca 2021 r.).

Nadzór nad dokumentami i zapisami prowadzony jest w sposób prawidłowy, zgodnie z wymaganiami procedury nr PO-01 „Nadzór nad dokumentami i zapisami”.

Audity wewnętrzne

Kierownik do spraw jakości zarządza auditami wewnętrznymi i dokumentuje proces auditowania. W 2020 roku zaplanowano 9 auditów wewnętrznych (z uwagi na realizację dodatkowych zadań związanych z epidemią SARS CoV-2 zrealizowano 2 audyty, termin realizacji pozostałych został przesunięty pismo SJ z dnia 30.11.2020 r.). W 2022 roku zaplanowano 10 auditów, które zostały zrealizowane.

Co roku kierownik do spraw jakości dokonuje oceny auditorów wewnętrznych, na podstawie której sporządza rejestr auditorów na kolejny rok. Rejestr ten jest jednym z elementów omawianych na przeglądzie zarządzania i stanowi załącznik do protokołu z przeglądu.

Np.

- Rejestr auditorów na 2020 rok został sporządzony w dniu 10.03.2020 r. – zawierał 10 nazwisk.

- Rejestr auditorów na 2022 rok został sporządzony w dniu 30.03.2022 r. – zawierał 9 nazwisk.

Poprawność postępowania potwierdzono na podstawie przedstawionej dokumentacji auditowej. Do 2022 r. Programy auditów wewnętrznych sporządzane były na załączniku nr 1 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 PO-02, wersja strony A i zatwierdzane do 15 lutego danego roku.

Np.

- Program auditów wewnętrznych na rok 2020 – sekcja NS.HŻŻ, audit zaplanowano na kwiecień 2020 roku, program zatwierdzony 21.01.2020 r. przez PPIS w Bytomiu, program auditu otrzymał kierownik sekcji NS-HŻŻ,

- Program auditów wewnętrznych na rok 2022 – kierownik do spraw jakości, audit zaplanowano na październik 2022 roku, program został zatwierdzony 10.02.2022 r. przez PPIS w Bytomiu, audit przeprowadzono zgodnie z planem;

- Program auditów na rok 2023 sporządzony na obowiązującym załączniku został zatwierdzony przez PPIS w Bytomiu w dniu 02.02.2023 r., zaplanowano 10 auditów wewnętrznych.

Kolejnym etapem związanych z auditem wewnętrznym jest powołanie auditora wewnętrznego.

Np.

- Dokument powołania auditora na auditora wiodącego do przeprowadzenia auditu wewnętrznego w sekcji NS-HŻŻ (załącznik nr 2 z dnia 18.05.2017 r. do procedury PO-02, wersja strony B, data wersji strony 26.01.2018 r.) auditora powołano w dniu 22.07.2020 r.,

- Dokument powołania auditora na auditora wiodącego do przeprowadzenia auditu wewnętrznego u kierownika ds. jakości (załącznik nr 2 z dnia 18.05.2017 r. do procedury PO-02, wersja strony B, data wersji strony 26.01.2018 r.), auditora powołano w dniu 12.09.2022 r.

Auditor wiodący sporządza plan auditu wewnętrznego co najmniej 7 dni przed datą planowanego auditu.

Np.

- Plan auditu wewnętrznego przeprowadzonego w Sekcji NS.HŻŻ sporządzono na załączniku nr 3 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 procedury PO-02, wersja strony A, data wersji strony 18.05.2017 r. przygotowano w dniu 17.08.2020 r. i przekazano w dniu 18.08.2020 r. kierownikowi ww. sekcji.

- Plan auditu wewnętrznego przeprowadzonego u kierownika do spraw jakości sporządzono na załączniku nr 3 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 procedury PO-02, wersja strony A, data wersji strony 18.05.2017 r. przygotowano w dniu 14.10.2022 r. i przekazano w tym samym dniu kierownikowi do spraw jakości.

W planie jest informacja o obecności obserwatora.

Po przeprowadzeniu auditu auditor wiodący sporządza raport z auditu wewnętrznego (w terminie nie dłuższym niż 15 dni roboczych od terminu auditu) wraz z autoryzowanymi załącznikami, które pozwalają prześledzić przebieg auditu oraz zawierają dowody zgodności – próbki audytowe, wnioski i wszystkie inne wymagane informacje. Do raportu dołącza się również listę osób uczestniczących w spotkaniu otwierającym/zamykającym.

Np.

- Raport z auditu wewnętrznego przeprowadzonego w Sekcji NS.HŻŻ w dniu 27.08.2020 r. (nr HŻŻ/01/2020) sporządzono na załączniku nr 5 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 procedury PO-02, wersja strony A, data wersji strony 18.05.2017 r., w dniu 16.09.2020 r.; raport zawiera załączniki: ustalenia auditora wiodącego i Listę osób uczestniczących w spotkaniu otwierającym/zamykającym, którą sporządzono na załączniku nr 6 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 procedury PO-02, wersja strony A, data wersji strony 18.05.2017 r.

- Raport z auditu wewnętrznego u kierownika do spraw jakości przeprowadzonego w dniu 26.10.2022 r. (nr SJ/1/2022) sporządzono na załączniku nr 5 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 procedury PO-02, wersja strony A, data wersji strony 18.05.2017 r., w dniu 15.11.2022 r.; raport zawiera załączniki: ustalenia auditora wiodącego i Listę osób uczestniczących w spotkaniu otwierającym/zamykającym, którą sporządzono na załączniku nr 6 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 procedury PO-02, wersja strony A, data wersji strony 18.05.2017 r. ;

Kierownik auditowanej komórki i kierownik do spraw jakości dokonują oceny auditorów. Na podstawie ocen kierownik do spraw jakości aktualizuje listę auditorów.

Np.

- Karta oceny auditora nr 1/2020 sporządzona na załączniku nr 7 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 procedury PO-02, wersja strony A, data wersji strony 18.05.2017 r. – dotyczy auditora wiodącego przeprowadzającego audit w sekcji NS.HŻŻ – decyzja z dnia 08.12.2022 r. – auditor pozostaje w rejestrze auditorów,

- Karta oceny auditora nr 10/2022 sporządzona na załączniku nr 7 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 procedury PO-02, wersja strony A, data wersji strony 18.05.2017 r. – dotyczy auditora wiodącego przeprowadzającego audit wewnętrzny u kierownika do spraw jakości – decyzja z dnia 30.12.2022 r. – auditor pozostaje w rejestrze auditorów.

Zgodnie z zasadami procedury nr PO-02 auditorzy wewnętrzni są corocznie szkoleni:

Np.

W 2019 roku przeprowadzono ww. szkolenia dla auditorów wewnętrznych w dniu 20.03.2019 r. – lista obecności nr 1/2019 – uczestniczyło 14 pracowników (auditorów wewnętrznych i kierowników technicznych).

W 2022 roku przeprowadzono ww. szkolenia dla auditorów wewnętrznych w dniu 26.04.2022 r. – lista obecności nr 1/2022 – uczestniczyło 14 auditorów pracowników (auditorów wewnętrznych i kierowników technicznych).

Tryb postępowania w odniesieniu do planowania, przeprowadzania i dokumentowania auditów wewnętrznych jest zgodny z wymaganiami procedury nr PO-02.

Odstępstwa, działania: korygujące, zapobiegawcze i doskonalące

Do dnia kontroli żadna komórka organizacyjna ani kierownik do spraw jakości nie wnioskowali o udzielenie zgody na odstępowanie.

Zgodnie z procedurą nr PO-03 w PSSE w Bytomiu identyfikuje się i analizuje problemy mogące mieć wpływ na prawidłowość prowadzonych czynności. W przypadku stwierdzenia wystąpienia problemów/niezgodności podejmowane są korekcje/działania korygujące przez poszczególne komórki organizacyjne.

Poprawność postępowania potwierdzono na podstawie przedstawionych zapisów, np.:

- Dziennik niezgodności NS.BW sporządzony na załączniku nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-03, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r. – zawiera w 2020 r. wpis dotyczący stwierdzonej niezgodności,

- Karta niezgodności do dziennika niezgodności, nr NS.BW/2/2020 sporządzona na załączniku nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-03, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r., niezgodność dotycząca nieprawidłowo sporządzonych kart instalacji wyposażenia, działania korygujące zakończone, podpis kierownika do spraw jakości z dniem 31.01.2020 r.

W ostatnim czasie w PSSE w Bytomiu działań zapobiegawczych nie prowadzono.

Podejmowanie działań zapobiegawczych i doskonalących jest ważnym elementem doskonalenia systemu zarządzania i należy dążyć do ich inicjowania.

Tryb postępowania jest zgodny z wymaganiami procedur nr: PO-02 „Audit wewnętrzny” i PO-03 „Działania korygujące”.

Przeglądy zarządzania

Przeglądy zarządzania przeprowadzane są co roku do końca pierwszego kwartału. Termin przeglądu jest ustalany przez PPIS/dyrektora PSSE w Bytomiu. Po ustaleniu terminu kierownik do spraw jakości przygotowuje program przeglądu zarządzania, który po zatwierdzeniu przez PPIS w Bytomiu jest przekazywany do wszystkich uczestników przeglądu.

Programy przeglądu zarządzania określają tematykę, która będzie omawiana podczas przeglądu, m.in.: ocenę realizacji celów strategicznych i ustaleń z poprzedniego przeglądu, określenie planu działania oraz zasad szkolenia pracowników nowo przyjmowanych, wyniki monitorowania pracowników przeprowadzających kontrole, wyniki auditów wewnętrznych, rejestr auditorów, sprawozdania personelu kierowniczego, potrzeby szkoleniowe, itd. Uczestnikami przeglądów zarządzania organizowanych przez PPIS w Bytomiu poza kierownikiem do spraw jakości są kierownicy poszczególnych sekcji NS i kierownik sekcji OZ. Podczas przeglądów zarządzania PPIS określa m.in. cele strategiczne, operacyjne, plany działalności, zasady szkolenia pracowników nowo przyjmowanych i podejmuje decyzję o sformułowaniu ustaleń.

Np.

- Program przeglądu zarządzania sporządzony na załączniku nr 1 z dnia 22.12.2014 do wydania 5 procedury PO-06, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 – dotyczy przeglądu przeprowadzonego w dniu 9.03.2020 r., kierownik do spraw jakości sporządził program w dniu 28.02.2020 r., PPIS zatwierdził go w dniu tym samym dniu, wszyscy uczestnicy otrzymali go również w dniu 28.02.2020 r.

- Program przeglądu zarządzania sporządzony na załączniku nr 1 z dnia 22.12.2014 do wydania 5 procedury PO-06, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 – dotyczy przeglądu przeprowadzonego w dniu 29.03.2022 r., kierownik do spraw jakości sporządził program w dniu 16.03.2022 r., PPIS zatwierdził go w dniu tym samym dniu, wszyscy uczestnicy otrzymali go w dniu 16.03.2022 r.

Program przeglądu zarządzania zaplanowanego na dzień 10.02.2023 r. na obowiązującym załączniku, został podpisany przez PPIS w dniu 03.02.2023, uczestnicy otrzymali go w tym samym dniu.

Kierownik ds. jakości sporządza protokół z przeglądu zarządzania i ustalenia.

Np.

Protokół z przeglądu zarządzania sporządzono na załączniku nr 2 z dnia 22.12.2014 do wydania 5 procedury PO-06, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 – dotyczy przeglądu przeprowadzonego w dniu 09.03.2020 r. Protokół sporządzono (kierownik ds. jakości) i zatwierdzono (PPIS) w dniu 10.03.2020 r., wszyscy uczestnicy otrzymali protokół wraz z ustaleniami, które ich dotyczą,

- Protokół z przeglądu zarządzania sporządzono na załączniku nr 2 z dnia 22.12.2014 do wydania 5 procedury PO-06, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 – dotyczy przeglądu przeprowadzonego w dniu 29.03.2022 r. Protokół sporządzono (kierownik ds. jakości) i zatwierdzono (PPIS) w dniu 30.03.2022 r., wszyscy uczestnicy otrzymali protokół wraz z ustaleniami, które ich dotyczą.

Protokół z przeglądu zarządzania przeprowadzonego w dniu 10.02.2023 r. sporządzonego na obowiązującym załączniku PPIS w Bytomiu zatwierdził w dniu 15.02.2023 r.

Załącznikami do protokołów z przeglądu zarządzania są: rejestry auditorów, ocena realizacji ustaleń z poprzedniego przeglądu zarządzania, wyniki auditów wewnętrznych, ocena auditorów wewnętrznych, sprawozdania personelu kierowniczego, ustalenia.

Np.

-Ustalenie nr 1/III/2020 do Protokołu z przeglądu zarządzania przeprowadzonego w dniu 09.03.2020 r. sporządzono na załączniku nr 3 z dnia 22.12.2014 do wydania 5 procedury PO-06, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 – ustalenie zakupu płyt CD z filmami edukacyjnymi i stojaków, ustalono harmonogram prac oraz w dniu 28.12.2020 r. dokonano oceny realizacji ustalenia (ustalenie niezrealizowane).

- Ustalenie nr 2/III/2020 do Protokołu z przeglądu zarządzania przeprowadzonego dnia 27.03.2019 r. sporządzono na załączniku nr 3 z dnia 22.12.2014 do wydania 5 procedury PO-06, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 – ustalenie dotyczyło zakupu zestawu komputerowego do sekcji NS.E, ustalono harmonogram prac oraz w dniu 23.12.2020 r. dokonano oceny realizacji ustalenia (ustalenie zrealizowane), informacje o realizacji zostały również zapisane w protokole z przeglądu zarządzania przeprowadzonego w 2020 r.

Ustalenie nr 1 do Protokołu z przeglądu zarządzania przeprowadzonego w dniu 10.02.2023 r. dotyczące zakupu chłodzi do przechowywania preparatów szczepionkowych zatwierdzone zostało przez PPIS w Bytomiu w dniu 15.02.2023 r.

Tryb postępowania w zakresie planowania, przeprowadzania i dokumentowania przeglądów zarządzania jest zgodny z wymaganiami procedury nr PO-06 „Przegląd zarządzania”.

Wymagania dotyczące zasobów:

Wymagania kompetencyjne, szkolenie, monitorowanie pracy personelu

Zgodnie z rozdziałem 6 obowiązującej Księgi Jakości kwalifikacje i doświadczenie personelu kierowniczego oraz technicznego są zgodne z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególnych stanowiskach pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej.

W rozdziale 2 obowiązującej Księgi Jakości zapisano deklarację PPIS w Bytomiu, zgodnie z którą zadania realizowane są przez wykwalifikowany personel w sposób rzetelny, bezstronny i niezależny, przy zachowaniu zasad poufności, wiarygodności i etycznego postępowania. W PSSE w Bytomiu obowiązuje Kodeks Etyki Pracownika Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz identyfikowane są ryzyka dotyczące między innymi zachowania bezstronności.

PPIS w Bytomiu co roku zabezpiecza środki finansowe na realizację szkoleń personelu. Poszczególne komórki organizacyjne co roku sporządzają plany szkoleń wewnętrznych z podziałem na półrocza. Potrzeby szkoleniowe identyfikowane są m.in. na podstawie przeglądu zapisów z kontroli, wyników monitorowania personelu, materializowania się niezgodności, analizowania odwołań, skarg na personel oraz na podstawie analizy planowanej działalności na dany rok.

Okres epidemii spowodował, że wdrożono możliwość korzystania ze szkoleń on-line, co powoduje możliwość korzystania z oferty szkoleniowej dla większej ilości osób.

Np.

- Plan szkoleń zewnętrznych na rok 2019 został sporządzony przez kierownika do spraw jakości w dniu 21.03.2019 r. i zatwierdzony przez PPIS w Bytomiu w tym samym dniu (załącznik nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.), zaplanowano 1 szkolenie, zrealizowane w dniu 29.05.2019 r.,

- Plan szkoleń wewnętrznych na okres II półrocze 2019 rok został sporządzony przez kierownika do spraw jakości w dniu 28.06.2019 r. przekazany do wiadomości kierownikom NS i OZ (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.), zaplanowano 1 szkolenie zrealizowane w dniu 31.12.2019 r.,

- Plan szkoleń wewnętrznych na okres II półrocze 2022 rok PSSE w Bytomiu sporządzony przez kierownika sekcji NS.HP w dniu 28.06.2022 r. i przekazany do wiadomości pracownikom sekcji (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.), zaplanowano 2 szkolenia zrealizowane w dniach: 07.09.2022 r. i 26.10.2022 r.

Pracownicy oddziału NS i sekcji OZ PSSE w Bytomiu oraz kierownik do spraw jakości posiadają rejestry szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych, w których uczestniczą. Ze szkoleń zewnętrznych sporządzają notatki (stanowią one jeden z kryteriów wyboru w przyszłości danej firmy szkoleniowej). Szkolenia zewnętrzne inicjują również kaskadowe szkolenia wewnętrzne – o konieczności przekazywania informacji ze szkolenia zewnętrznego decyduje kierownik/kierownik techniczny sekcji.

Np.

- Rejestr szkoleń zewnętrznych kierownika sekcji NS.HP sporządzony na załączniku nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony B, data wersji strony 31.07.2015 r.), str. 1, poz. 1 dot. szkolenia „Ocena ryzyka zawodowego w odniesieniu do czynników biologicznych”,
- Rejestr szkoleń wewnętrznych kierownika sekcji NS.HP sporządzony na załączniku nr 6 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony B, data wersji strony 31.07.2015 r.), str. 1, poz. 4 dotyczy przekazania informacji ze szkolenia zewnętrznego „Aspekty prawne działania przedsiębiorstwa produkcji/dystrybucji kosmetyków”.

Ww. rejestry prowadzone są w formie elektronicznej lub papierowej.

Nowozatrudniony pracownik przed dopuszczeniem do samodzielnego wykonywania zadań przechodzi szkolenie wstępne zgodnie z kartą szkolenia wstępnego. Na przeglądzie zarządzania podejmuje się decyzje o zasadach szkolenia pracowników nowozatrudnionych.

Ostatnim elementem dopuszczającym pracownika do pracy jest monitorowanie jego pracy w terenie. Na podstawie oceny z monitorowania dopuszcza się pracownika do samodzielnego wykonywania zadań (pracownik otrzymuje nowy zakres obowiązków).

Np.

- Karta szkolenia wstępnego starszego asystenta sekcji NS.E (po długiej nieobecności) sporządzona na załączniku nr 1 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 5 procedury PO-04, wersja strony A, data wersji strony 02.11.2022 r.) data zatrudnienia: 05.05.2014 r., w dniu 31.03.2023 r. kierownik sekcji NS.E potwierdził, że pracownik może samodzielnie wykonywać zadania,
- Zakres obowiązków służbowych i odpowiedzialności pracownika z dnia 31.03.2023 r.,
- Sprawozdanie z obserwacji pracy ww. pracownika przeprowadzającego kontrolę nr 8/2023 sporządzone na załączniku nr 3 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 6 procedury PO-07, (wersja strony A, data wersji strony 02.11.2022 r.) w dniu 31.03.2023 r.,
- Karty oceny pracownika przeprowadzającego kontrolę nr 8/2023 z dnia 31.03.2023 r. na załączniku nr 4 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 6 procedury PO-07, (wersja strony A, data wersji strony 02.11.2022 r.), wynik akceptowany, 15 pkt.
- Rejestr szkoleń wewnętrznych ww. pracownika sporządzony na załączniku nr 4 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 5 procedury PO-04, wersja strony A, data wersji strony 02.11.2022 r., pracownik do chwili obecnej wziął udział w 4 szkoleniach wewnętrznych.

W PSSE w Bytomiu zgodnie z zapisami procedury ogólnej nr PO-07 przeprowadza się monitorowanie pracy wszystkich pracowników. Raz na cztery lata sporządzany był czteroletni program obserwacji – przedostatni program obejmował lata 2017-2020, ostatni obejmuje lata 2021-2024. W programie tym wskazano ilość pracowników poszczególnych komórek organizacyjnych zaplanowanych do obserwacji na dany rok kalendarzowy. Co roku do 15 lutego sporządza się roczne programy obserwacji, w którym wskazuje się imiennie pracowników i kwartał, w którym pracownik poddany będzie obserwacji. Programy sporządza się tak, aby każdy pracownik monitorowany był minimum raz na cztery lata z każdej dziedziny „kontrolnej”. Kierownik NS co roku sporządza listę osób, które będą przeprowadzać obserwację pracy pracowników.

Np.

- Czteroletni program obserwacji kontroli na lata 2021-2024 został sporządzony i zatwierdzony w dniu 28.01.2021 r. na załączniku nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 procedury PO-07, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.
- Roczny program obserwacji kontroli na rok 2019 został sporządzony i zatwierdzony w dniu 08.02.2019 r. na załączniku nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 procedury PO-07, wersja strony B, data wersji strony 20.12.2017 r., zaplanowano monitorowanie 20 osób, w tym 2 pracowników nowoprzyjętych.
- Roczny program obserwacji kontroli na rok 2023 został sporządzony i zatwierdzony w dniu 30.01.2023 r. na załączniku nr 2 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 6 procedury PO-07, wersja strony A, data wersji strony 02.11.2022 r., zaplanowano obserwację 25 osób,
- Lista obserwatorów kontroli z dnia 14.01.2019 r. zawiera nazwiska 8 osób,
- Lista obserwatorów kontroli z dnia 18.01.2023 r. zawiera nazwiska 9 osób. Zastosowano obowiązujący załącznik nr 1 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 6 Procedury nr PO-07, wersja strony B, data wersji strony 27.12.2022 r.

Z przeprowadzonego monitorowania sporządzane są sprawozdania oraz karty oceny pracownika. Przykład zacytowano powyżej.

Tryb postępowania w powyższym zakresie jest zgodny z wymaganiami zawartymi w procedurach nr: PO-04 „Szkolenie personelu” i nr PO-07 „Monitorowanie przeprowadzania kontroli”.

XIII. Dodatkowe informacje – nie dotyczy

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów: nie dotyczy



Główny Specjalista
do spraw Systemu Jakości
AGa
mgr inż. Anna Gwiazdowska

.....
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 działalności laboratoryjnej:

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bytomiu,
41-902 Bytom, ul. Moniuszki 25

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli:

Oddział Laboratoryjny PSSE w Bytomiu, w tym:

Sekcja Badań Żywności

Sekcja Badań Wody

Sekcja Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń

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

III. Data kontroli: 18-20.04.2023 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli: kwiecień 2018 r. – marzec 2023 r.

VI. Kontrola dokumentów

1. Wykaz kontrolowanych dokumentów

L.p.	Nazwa dokumentu	Uwagi
1.	Wykaz dokumentów: akty prawne Sekcja BCHZ – karta nr 17 z dnia 01.02.2023 r.	
2.	Wykaz dokumentów: akty prawne związane z działalnością Sekcji BW – karta nr 10 z dnia 31.03.2023 r.	
3.	Wykaz dokumentów: akty prawne Unii Europejskiej związane z działalnością Sekcji BŻ – karta nr 15 z dnia 28.02.2023 r.	
4.	Wykaz dokumentów: przepisy prawne - karta nr 4 z dnia 03.04.2023 r.	
5.	Zakres akredytacji Laboratorium Badawczego nr AB 532, wydanie 21 data wydania: 23.03.2023 r.	
6.	Wykaz dokumentów: normy związane z działalnością Sekcji BŻ – karta nr 6 z dnia 24.03.2023 r. (badania fizykochemiczne)	
7.	Wykaz dokumentów: normy związane z działalnością Sekcji BŻ – karta nr 6 z dnia 24.03.2023 r. (badania mikrobiologiczne)	
8.	Wykaz dokumentów: normy związane z działalnością Sekcji BŻ – karta nr 6 z dnia 24.03.2023 r. (badania sensoryczne)	
9.	Wykaz dokumentów: normy i procedury związane z działalnością techniczną Sekcji BW – karta nr 8 z dnia 15.09.2022 r.	
10.	Wykaz dokumentów: metodyka badawcza Sekcja BCHZ – karta nr 16 z dnia 29.03.2023 r.	
11.	Wykaz dokumentów: normy związane z Systemem Zarządzania – karta nr 2 z dnia 25.11.2022 r.	
12.	Wykaz dokumentów: dokumenty PCA – karta nr 9 z dnia 13.03.2023 r.	
13.	„Plan zasadniczych zadań Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bytomiu na 2023 rok” zatwierdzony przez Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bytomiu dnia 8.12.2022 r.	
14.	„Plan badania próbek żywności i przedmiotów użytku dla województwa śląskiego w ramach urzędowej kontroli i monitoringu dla PIS na rok 2023”	

L.p.	Nazwa dokumentu	Uwagi
15.	Procedura Ogólna PO-01 „Prowadzenie i nadzór nad dokumentami” wydanie 4 z dnia 25.02.2019 r.	
16.	Procedura Ogólna PO-12 „Postępowanie z obiektami badań” wydanie 4 z dnia 25.02.2019 r.	
17.	Procedura Ogólna PO-13 „Walidacja/weryfikacja/sprawdzenie metod badawczych i szacowanie niepewności” wydanie 6 z dnia 23.09.2022 r.	
18.	Procedura Ogólna Systemu Zarządzania PO-15 „Nadzór na wyposażeniu pomiarowym i badawczym” wydanie 4 z dnia 25.02.2019 r.	
19.	Księga Jakości Rozdział 6 „Warunki lokalowe i środowisko” wydanie 5 z dnia 25.02.2019 r.	
20.	Protokół sprawdzenia metody badawczej: Owoce, warzywa i ich przetwory – Oznaczanie zawartości azotynów i azotanów wg PB-26 z dnia 30.01.2013 oraz projekt PB-26 z dnia 04.04.2018 zatwierdzony 13.08.2018 r.	
21.	Karta wyposażenia pomiarowego i badawczego: wzorcowy wodny roztwór azotu azotynowego (CRM) nr karty 2 z dnia 03.01.2022	
22.	Karta wyposażenia pomiarowego i badawczego: termohigrometr LB-522 nr karty 2 z dnia 03.01.2022	
23.	Formularz wzorcowania z dnia 04.04.2023 r. - wyznaczenie krzywej wzorcowej w metodzie oznaczania azotynów i azotanów w warzywach wg PB-26 wydanie 2 z dnia 09.01.2019 r.	
24.	Sprawozdanie z badań OL/BW/97/125/W/23 z badań wody z niecki basenowej zatwierdzone dnia 17.02.2023 r.	
25.	Protokół pobrania próbki wody z pływalni nr 79/NS.BW/2023	
26.	Sprawozdanie z badań OL/BW/164/252/Z/23 z badań wody wodociągowej zatwierdzone dnia 31.03.2023 r.	
27.	Zlecenie nr OL/BW/63/Z z dnia 28.03.2023 r.	
28.	Przegląd zlecenia nr OL/BW/63/Z z dnia 28.03.2023 r.	
29.	Protokół pobrania próbki wody na zlecenie nr 54/2023	
30.	Protokół walidacji metody badawczej: Oznaczanie potencjału utleniająco-redukującego (redoks) w wodzie metodą potencjometryczną – Procedura Badawcza PB-30 wyd. 1 z dnia 15.09.2022 r. zatwierdzony 10.11.2022 r.	
31.	Świadectwo wzorcowania nr R/22253411.1/22 z dnia 21.11.2022 r. dla elektrody redoks typu ERS-2 numer fabryczny 0487/22	
32.	Analiza świadectwa wzorcowania, nr świadectwa: R/22253411.1/22 zespolonej elektrody redoks typu ERS-2 z dnia 08.12.2022 r. przeprowadzona przez kierownika sekcji BW	
33.	Zeszyt pracy termohigrometru 102/PP/W/K/BŻ (od 17.09.2021 r.) poz. 231	
34.	Karta badań sensorycznych - próbki czekolady nadziewanej kod próbki 1506/W i 1507/W	
35.	Instrukcja Robocza IR-38 „Organizacja pracy w Oddziale Laboratoryjnym związana z badaniami sensorycznymi żywności i wody wydanie 10 z dnia 05.01.2023	
36.	Rejestr umów i zleceń (załącznik nr 7 do procedury Ogólnej PO-03 z dnia 25.02.2019)	
37.	Książka rejestru próbek – klient wewnętrzny Sekcja Badań Żywności – załącznik nr 2 do instrukcji IO-2/PO-12 - data wydania 25.02.2019	
38.	Zlecenie nr OL/BŻ/79/W z dnia 28.02.2023 r.	
39.	Przegląd zlecenia nr OL/BŻ/79/W z dnia 28.02.2023 r.	
40.	Protokół nr 57/BŻ/2023 z dnia 28.02.2023 r.	
41.	Sprawozdanie z badań nr OL/BŻ/61/130/W/23 zatwierdzone dnia 03.03.2023 r.	
42.	Sprawozdanie z badań nr OL/BŻ/627/1517/W/22 zatwierdzone dnia 23.11.2022 r.	
43.	Sprawozdanie z badań nr OL/BŻ/77/129/W/23 zatwierdzone dnia 14.03.2023 r.	
44.	Plan uczestnictwa w badaniach biegiłości (PT) i porównaniach (ILC) Sekcji Badań Żywności na cykl akredytacyjny V – badania mikrobiologiczne	
45.	Przegląd zlecenia nr OL/BŻ/99/W z dnia 13.03.2023 r.	
46.	Zlecenie nr OL/BChZ/916/2023	
47.	Przegląd zlecenia nr OL/BChZ/916/2023	
48.	Sprawozdanie z badań nr OL/BChZ/916/2430/2431/2432/2023 autoryzowane dnia 28.03.2023 r.	
49.	Zlecenie nr OL/BChZ/266/2023	
50.	Przegląd zlecenia nr OL/BChZ/266/2023	
51.	Sprawozdanie z badań nr OL/BChZ/266/3/2023 autoryzowane dnia 27.01.2023 przez diagnostę laboratoryjnego	

L.p.	Nazwa dokumentu	Uwagi
52.	Zlecenie nr OL/BChZ/83/2023	
53.	Przegląd zlecenia nr OL/BChZ/83/2023	
54.	Sprawozdanie z badań nr OL/BChZ/83/2023 autoryzowane dnia 20.02.2023 r. przez diagnostę laboratoryjnego	
55.	Plan monitorowania ważności wyników badań dla metody badawczej PB-02 – Wykrywanie Salmonella i Shigella w kale – rok 2023	
56.	Plan monitorowania ważności wyników badań dla metody badawczej PB-09 – Ocena skuteczności procesów sterylizacji przy użyciu testów Sporal A i S – rok 2023	
57.	Karta monitorowania kompetencji personelu p[REDAKTED] – starszego asystenta w sekcji BChZ z dnia 07.02.2023 r.	

2. Aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

W Oddziale Laboratoryjnym są stosowane aktualne przepisy prawne i wytyczne jednostek nadrzędnych. Dokumenty są nadzorowane i aktualizowane zgodnie z zapisami w Procedurze Ogólnej PO-01 „Prowadzenie i nadzór nad dokumentami” wydanie 4 z dnia 25.02.2019 r. Za nadzór nad dokumentami, w tym aktualizację przepisów prawnych oraz wytycznych jednostek nadrzędnych, odpowiedzialne są osoby zarządzające odpowiednio: kierownik oddziału lub kierownik sekcji w zakresie dokumentów związanych z działalnością techniczną, gdy dotyczą one poziomu oddziału lub poziomu sekcji. Wykazy przepisów prawnych z poszczególnych sekcji są zatwierdzane przez kierownika Oddziału Laboratoryjnego.

VII. Realizacja planów pracy w bieżącym roku

Oddział Laboratoryjny realizuje zadania statutowe objęte „Planem zasadniczych zadań Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bytomiu na 2023 rok” zatwierdzonym przez Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bytomiu w dniu 8.12.2022 r.

Sekcja Badań Żywności w roku bieżącym realizuje badania wynikające z „Planu pobierania próbek do badania żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu dla PIS” na rok 2023 oraz opracowuje sprawozdania z realizacji ww. planu. Sekcja Badań Wody realizuje na bieżąco badania wynikające z harmonogramów badań próbek wody. Sekcja Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń realizuje zadania w ramach bieżącego nadzoru sanitarno-epidemiologicznego. Zadania są realizowane terminowo.

VIII. Metody badawcze (normy, procedury, piśmiennictwo – nadzór i aktualizacja)

W badaniach laboratoryjnych poszczególne sekcje Oddziału Laboratoryjnego korzystają z norm ISO, polskich norm PN, własnych procedur badawczych, rozporządzeń, instrukcji producenta, instrukcji roboczych związanych z metodami badawczymi i działalnością techniczną. Aktualizacja norm dokonywana jest na podstawie informacji dostępnych na stronach internetowych Polskiego Komitetu Normalizacji (www.pkn.pl) oraz na szkoleniach. Za aktualizację dokumentów związanych z działalnością techniczną pochodzących ze źródeł zewnętrznych odpowiedzialni są kierownicy poszczególnych sekcji. Każda z sekcji posiada wykazy dokumentów związanych z działalnością techniczną.

W części sekcji Oddziału Laboratoryjnego korzysta się również z norm wycofanych (bez zastąpienia). W każdym przypadku korzystania z wycofanych bez zastąpienia norm klient jest o tym poinformowany w przeglądzie zlecenia. W badaniach stosowany jest właściwy tok badań zgodny z zapisami w normach, instrukcjach i rozporządzeniach. Dokonywany jest właściwy dobór metod do wykonywanych badań. Zapisy dotyczące przebiegu badania prowadzone są wyraźnie, czytelnie i przejrzysto, z możliwością odtworzenia toku badania.

IX. Walidacja metod badawczych i szacowanie niepewności

W Oddziale Laboratoryjnym walidację/weryfikację metod badawczych przeprowadza się zgodnie z obowiązującą procedurą ogólną systemu zarządzania PO-13 „Walidacja/weryfikacja/sprawdzenie metod badawczych i szacowanie niepewności” oraz właściwymi instrukcjami roboczymi. W czasie kontroli sprawdzono wykonanie zaleceń pokontrolnych przekazanych w 2018 roku. Sekcja Badań Żywności przeprowadziła rewalidację górnych zakresów roboczych, które w pełni obejmują wartości NDP określone dla poszczególnych matryc w zakresie oznaczania azotanów wymienionych w załączniku (Sekcja 1: Azotany) do rozporządzenia Komisji (WE) nr 1881/2006 z dnia 19 grudnia 2006 r. ustalającego najwyższe dopuszczalne poziomy niektórych zanieczyszczeń w środkach spożywczych zmienionego przez rozporządzenie Komisji (UE) nr 1258/2011 z dnia 2 grudnia 2011 r. W kontrolowanym zakresie metody są walidowane/weryfikowane w sposób zapewniający przydatność metod do określonego celu.

X. Nadzór nad wyposażeniem

1. Klasyfikacja i oznakowanie (wykazy, karty instalacji, napraw, konserwacji itp.)

Nadzór nad wyposażeniem jest prowadzony zgodnie z obowiązującą Procedurą Ogólną Systemu Zarządzania PO-15 „Nadzór nad wyposażeniem pomiarowym i badawczym” wydanie 4 z dnia 25.02.2019 r. Oddział Laboratoryjny wykonuje badania wyłącznie z udziałem wyposażenia, które jest własnością laboratorium. Wyposażenie zapewnia wymaganą dokładność wykonywanych badań, niezbędną do uzyskiwania ważnych wyników, wykorzystywane jest do wewnętrznego sprawdzania i przetwarzania danych.

Poszczególne sekcje posiadają aktualne wykazy: wyposażenia pomiarowego, materiałów pomocniczych oraz sprzętu komputerowego według klasyfikacji określonej w pkt. 5.2. procedury PO-15 „Nadzór nad wyposażeniem pomiarowym i badawczym” wydanie 4 z dnia 25.02.2019 r. Nadzór nad wyposażeniem sprawuje właściwy kierownik Sekcji. Wyposażenie pomiarowe jest obsługiwane przez upoważnionych pracowników.

Każdy element WPiB (z wyjątkiem materiałów eksploatacyjnych), w tym wzorce/ materiały odniesienia, jest szczegółowo opisany przy pomocy "Karty wyposażenia pomiarowego i badawczego" według wzoru przedstawionego w załączniku 1 do procedury PO-15. Materiały eksploatacyjne są ewidencjonowane na odpowiednim formularzu stanowiącym załącznik nr 5 do procedury PO-15. Karty są nadzorowane w ramach danej sekcji przez jej kierownika.

Wyposażenie podlegające nadzorowi oznakowane jest w sposób prawidłowy niepowtarzalnym numerem identyfikacyjnym zgodnie z zasadami opisanymi w obowiązującej procedurze.

2. Wzorcowanie/sprawdzanie (harmonogram, świadectwa wzorcowania, świadectwa legalizacji)

Wyposażenie pomiarowe poddawane jest wzorcowaniu (zgodnie z dokumentem PCA DA-06 „Polityka dotycząca spójności pomiarowej wyników pomiarów”) przez kompetentne instytucje zewnętrzne (laboratoria Urzędów Miar lub akredytowane laboratoria wzorcujące) oraz sprawdzane wewnętrznie, w Oddziale, za pomocą wzorców/ materiałów mających odniesienie, jeśli jest to możliwe, do wzorców międzynarodowych, państwowych lub innych. Używane do badań wyposażenie pomiarowe posiada aktualne świadectwa wzorcowania, a tam gdzie to konieczne świadectwa legalizacji. Wzorcowanie wyposażenia pomiarowego wykonywane jest z częstotliwością określoną w harmonogramie opracowanym przez właściwego kierownika Sekcji stanowiącym załączniku nr 3 do procedury PO-15.

XI. Obsługa klienta (rejestr zleceń, zawierane umowy, przeglądy zleceń, sprawozdania z badań)

Współpraca z klientem odbywa się zgodnie z założeniami zawartymi w aktualnym wydaniu Procedury Ogólnej PO-03 „Współpraca z Klientem, zlecenia, umowy” Poszczególne sekcje realizują zlecenia dla klientów wewnętrznych (którymi są: Śląski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny oraz państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni) oraz dla klientów zewnętrznych. Zlecenia klientów wewnętrznych to zlecenia roczne dotyczące badań długoterminowych (wynikających np. z „Planu pobierania próbek do badań żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu dla PIS” lub realizacji harmonogramu pobierania próbek wody) oraz jednostkowe zlecenia badań bieżących wynikające z nadzoru sanitarno-epidemiologicznego. Zlecenia klientów zewnętrznych dotyczą badań bieżących.

Do każdego zlecenia sporządzany jest przegląd zlecenia. W przeglądzie zawarte są wszystkie niezbędne ustalenia dotyczące między innymi: zakresu badań i terminu realizacji zlecenia, metod badawczych, oceny adekwatności zasobów do wykonania badania, przedstawiania niepewności wyników badań, wydawania stwierdzeń zgodności oraz zasady podejmowania decyzji w zakresie stwierdzeń zgodności, warunków dostarczania próbek do badań, zasad komunikowania się z klientem, ewentualnego korzystania z usług zewnętrznych dostawców badań. W trakcie kontroli przeprowadzono audyt pionowy zleceń z każdego kontrolowanego obszaru.

Z przeprowadzanych w Oddziale Laboratoryjnym badań są prowadzone zapisy. Są właściwie nadzorowane i zawierają wszystkie niezbędne informacje pozwalające prześledzić przebieg badań. Sprawozdania z wykonanych badań wody spełniają wymogi normy PN-ISO/IEC 17025. Jednakże należy zwrócić uwagę na to aby ujednolicić i uporządkować przedstawianie w sprawozdaniach z badań informacji o wynikach i/lub rezultatach z badań.

Współpraca z klientem w zakresie badania wykonywanych w Oddziale Laboratoryjnym jest realizowana zgodnie z założeniami obowiązującego w Sekcji systemu zarządzania.

XII. Warunki lokalowe i środowiskowe

Laboratorium zapewnia właściwe środowisko do przyjmowania, przechowywania, przygotowania próbek i wykonywania badań. Dostęp do pomieszczeń laboratorium jest ograniczony i nadzorowany. Wszystkie pomieszczenia Oddziału są wyposażone odpowiednio do wymagań wynikających z przeznaczenia i rodzaju przeprowadzanych badań. W pomieszczeniach specjalnego przeznaczenia warunki środowiska są monitorowane. Ograniczenie do możliwego minimum wpływu warunków środowiska na dokładność pomiarów jest realizowane poprzez stosowanie odpowiednich metod postępowania udokumentowanych w procedurach i instrukcjach roboczych oraz używanie nowoczesnej aparatury, zapewniającej utrzymanie ściśle zadanych i kontrolowanych warunków.

Pomieszczenia są urządzone i wyposażone w sposób zapewniający możliwość uzyskiwania wysokiej jakości wyników prowadzonych badań.

XIII. Skargi w okresie kontrolowanym

1. Rejestr skarg

Rejestr skarg prowadzony jest w Oddziale Laboratoryjnym dla wszystkich sekcji. W kontrolowanym okresie nie stwierdzono skarg na działalność Oddziału Laboratoryjnego PSSE w Bytomiu.

2. Sposób załatwiania skarg (jeśli dotyczy) według procedury PO-05 „Skargi i reklamacje” wydanie 4 z dnia 25.02.2019 r.

XIV. Udział w badaniach biegłości i uzyskane wyniki

Kontrolowane sekcje Oddziału Laboratoryjnego regularnie uczestniczyły w badaniach biegłości i porównaniach międzylaboratoryjnych zgodnie z zatwierdzonymi planami uczestnictwa w badaniach biegłości.

W okresie objętym kontrolą Sekcja Badań Żywności brała udział w:

- 4 programach badań biegłości w zakresie badań fizykochemicznych (1 wynik wątpliwy dla azotanów w liofilizacie mięsa w PT z programu [REDACTED] z-score: 2,70, wszystkie pozostałe wyniki były zadawalające). W odniesieniu do uzyskania wątpliwego wyniku laboratorium podjęło działania korygujące.
- 9 porównaniach międzylaboratoryjnych w zakresie badań sensorycznych (wszystkie wyniki zadawalające, w przypadku jednego z porównań laboratorium składało reklamację do organizatora porównań)
- 4 porównaniach międzylaboratoryjnych w zakresie oznaczania zanieczyszczeń fizycznych i biologicznych (wszystkie wyniki zadawalające)
- 9 programach biegłości/ porównaniach międzylaboratoryjnych w zakresie badań mikrobiologicznych (1 wynik niepoprawny z zakresu wykrywania *Salmonella* spp. w próbce wymazu). Laboratorium przeprowadziło analizę przyczyn uzyskania niepoprawnego wyniku i podjęło działania korygujące.

Sekcja Badań Wody brała udział w:

- 7 programach biegłości/ porównaniach międzylaboratoryjnych w zakresie badań fizykochemicznych wody (uzyskano dwa wyniki wątpliwe – dla indeksu nadmanganianowego i stężenia glinu oraz w tej samej liczbie w zakresie badań mikrobiologicznych (wszystkie uzyskane wyniki były zadawalające).

Sekcja Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń brała udział w sumie w 7 programach i w każdym z nich otrzymała pozytywną ocenę.

Wyniki badań biegłości i porównań międzylaboratoryjnych uzyskane w kontrolowanym zakresie potwierdzają kompetencje techniczne poszczególnych sekcji Oddziału Laboratoryjnego w zakresie prowadzonych badań.

XV. Podwykonawstwo

W przypadku braku możliwości wykonania badań z powodu nieprzewidzianych przyczyn lub jeśli jest to stała praktyka, Oddział Laboratoryjny korzysta z usług kompetentnych dostawców usług zewnętrznych. Na dostawców usług zewnętrznych w zakresie badań wybiera się laboratoria akredytowane w zakresie zlecanego parametru.

Informacja o korzystaniu z usług dostawcy zewnętrznego w zakresie badań jest zawarta w przeglądzie zlecenia (załączniki do procedury PO-03). Podpis klienta na przeglądzie zlecenia jest jednocześnie zaakceptowaniem wyboru dostawcy. W kontrolowanym okresie Oddział Laboratoryjny PSSE w Bytomiu korzystał z usług podwykonawców. Zapisy sprawdzono na podstawie przeglądu zlecenia nr OL/BŻ/99/W z dnia 13.03.2023 r. Odpowiednia informacja została zamieszczona w punkcie Inne uzgodnienia przeprowadzone z klientem.

XVI. Inne zagadnienia

Pracownicy Oddziału Laboratoryjnego PSSE w Bytomiu posiadają aktualne karty obowiązków. Zapisy sprawdzono na przykładzie karty obowiązków z dnia 01.07.2021 ze zm. Pani [REDACTED] kierownika Sekcji Badań Wody. Karta obowiązków została sporządzona przez Kierownika Oddziału Laboratoryjnego zatwierdzona przez Dyrektora PSSE w Bytomiu oraz podpisana przez pracownika, który przyjął zakres obowiązków do wiadomości i stosowania.

Każdemu z pracowników przyznane są upoważnienia do wykonywania badań. Podczas kontroli sprawdzono upoważnienie Pani [REDACTED] z dnia 29.12.2022 r.

XVII. Wyjaśnienia osób kontrolowanych

Wyjaśnień udzielali pracownicy merytoryczni poszczególnych sekcji oraz kierownik Oddziału Laboratoryjnego PSSE w Bytomiu

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów: brak

Kierownik
Oddziału Laboratoryjnego

[REDACTED]

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

Kierownik Działu Laboratoryjnego
[REDACTED]
dr n. o zdr. inż. Iwona Szymała

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

*numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji