

Wystąpienie pokontrolne

1.Nazwa i adres jednostki kontrolowanej:

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

2.Kierownik jednostki kontrolowanej:

dr n. med. Jarosław Rutkiewicz - Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Bielsku-Białej –
od 20.04.2007 r.

3.Kontroler/Skład zespołu kontrolującego Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Katowicach działającego z upoważnień Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego:

Tomasz Bojkowski upoważnienie nr 152/2026- Kierownik Oddziału Epidemiologii,
Ewa Turek upoważnienie nr 143/2026– Kierownik Oddziału Bezpieczeństwa Żywności i Żywnienia
Anna Tatar upoważnienie nr 272/2026 – Kierownik Oddziału Higieny Komunalnej i Środowiska
Joanna Hachuła upoważnienie nr 273/2026 - Starszy Asystent w Oddziale Higieny Komunalnej i Środowiska

Aleksandra Konderak upoważnienie nr 149/2026 - Kierownik Oddziału Bezpieczeństwa Wody
Barbara Patro upoważnienie nr 148/2026 – Starszy Asystent w Oddziale Bezpieczeństwa Wody
Izabela Piątek upoważnienie nr 133/2026- Kierownik Oddziału Higieny Pracy i Nadzoru nad Chemikaliami

Tomasz Socha upoważnienie nr 134/2026– Starszy Asystent w Oddziale Higieny Pracy i Nadzoru nad Chemikaliami

Monika Mieszczanek upoważnienie nr 151/2026- Kierownik Oddziału Higieny Dzieci i Młodzieży
Anna Gogola upoważnienie nr 276/2026 – Kierownik Oddziału Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego

Marek Jończyk upoważnienie nr 277/2026 – Asystent w Oddziale Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego

Beata Kempa upoważnienie 160/2026 - Kierownik Oddziału Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej

Iwona Szymala upoważnienie nr 275/2026 – Kierownik Działu Laboratoryjnego

Anna Gwiazdowska upoważnienie nr 150/2026 - Główny Specjalista do Spraw Systemu Jakości

4.Data rozpoczęcia i zakończenia kontroli w obiekcie:

08.06.2026 r., 09.06.2026 r., 17-19.06.2026 r.

5.Zakres kontroli, w tym:

1) przedmiot kontroli:

Merytoryczna działalność Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej, funkcjonowanie systemu zarządzania jakością.

2) okres objęty kontrolą:

08.10.2022 r. – 31.05.2026 r.

6.Podstawa prawna przeprowadzenia kontroli:

Ustawa o kontroli w administracji rządowej z dnia 15 lipca 2011 r. (Dz.U. 2026, poz. 158).

Polecenie Służbowe nr 7 Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego/Dyrektora Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Katowicach z dnia 8 grudnia 2025 roku w sprawie: Regulaminu nadzoru nad działalnością Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych województwa śląskiego.

7. Ocena skontrolowanej działalności ze wskazaniem ustaleń, na których została oparta.

Podstawą planowania działalności Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bielsku-Białej w 2025 roku były: Wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego do planowania i działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2025 roku; Wytyczne Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego do planowania i działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2025 roku; kategoryzacja obiektów nadzorowanych z uwzględnieniem aktualnych kart oceny ryzyka oraz obowiązujących przepisów prawa w zakresie częstotliwości kontroli sanitarnych; Instrukcja nr IR/NS/02 Planowanie działań inspekcyjnych w województwie śląskim.

SEKCJA EPIDEMIOLOGII

W dniu kontroli w Sekcji Epidemiologii zatrudnionych było 17 osób. Zadania realizowane były przez kierownika Sekcji oraz 13 pracowników. Upoważnienia do przeprowadzania czynności kontrolnych posiada 12 osób oraz do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego 9 osób.

PLANOWANIE ZADAŃ I ICH REALIZACJA

Podstawą planowania działalności Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bielsku-Białej w 2025 roku były: Wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego do planowania i działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2025 roku; Wytyczne Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego do planowania i działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2025 roku; kategoryzacja obiektów nadzorowanych z uwzględnieniem aktualnych kart oceny ryzyka oraz obowiązujących przepisów prawa w zakresie częstotliwości kontroli sanitarnych; Instrukcja nr IR/NS/02 Planowanie działań inspekcyjnych w województwie śląskim. W 2025 roku zwrócono szczególną uwagę na realizację: zwiększenia efektywności nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami związanymi z udzielaniem świadczeń zdrowotnych; prowadzenia działań w ramach światowego programu eliminacji odry i różyczki oraz eradykacji poliomyelitis w tym realizując działania informacyjno-edukacyjne w zakresie szczepień ochronnych w czasie kontroli sanitarnych w placówkach medycznych oraz weryfikując laboratoryjnie podejrzenia różyczki/odry zgłaszane przez lekarzy do PPIS w Bielsku-Białej.

W 2025 r. zaplanowano 356 kontroli w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, spośród których zrealizowano 324, to jest 91%. Powodem niezrealizowania 34 kontroli planowych było: likwidacja obiektu (21); wykonanie polecenia GIS przeprowadzenia kontroli tematycznych I i II etapu dotyczących weryfikacji danych o braku realizacji obowiązkowych szczepień ochronnych (7); remont placówki (3); zawieszona działalność (1); zgon właściciela (1); obiekt posiadający aktualny wpis w RPWDL nie rozpoczął jeszcze działalności (1). W analizowanym okresie pracownicy Sekcji Epidemiologii przeprowadzili dodatkowo 101 kontroli pozaplanowych (72- w ramach kontroli kart uodpornienia; 14- w ogniskach epidemicznych zakażeń szpitalnych; 8- sprawdzających; 7- w ramach interwencji), tj. 23,76% spośród łącznie 425 wykonanych kontroli sanitarnych.

PROWADZONE EWIDENCJE I REJESTRY

W Sekcji Epidemiologii prowadzi się rejestry, ewidencje oraz wykazy głównie w formie elektronicznej, wyjątki stanowią: rejestr temperatury w chłodniach w magazynie szczepionek z odczytami temperatury z termometrów manualnych min.-max. dokonywanymi jako dodatkowa kontrola dwa razy dziennie przez pracowników merytorycznych ds. szczepień (na obowiązujących drukach - zgodnie z systemem jakości) – główne rejestry temperatury w chłodniach z całodobowego monitoringu są prowadzone w wersji elektronicznej; ewidencja wyjść i ewidencja pobranych biletów autobusowych.

Dane epidemiologiczne dotyczące chorób objętych obowiązkiem zgłaszania na bieżąco uzupełniano w systemie EpiBaza. 12 pracowników Sekcji Epidemiologii posiada uprawnienia dostępu do EpiBazy.

W ramach nadzoru epidemiologicznego w 2025 r. gromadzono i weryfikowano pod względem kompletności, spójności i poprawności dane epidemiologiczne ze zgłoszeń i informacje o zakażeniach, zachorowaniach i zgonach z powodu chorób zakaźnych, zachowując zasady ochrony danych osobowych.

Rejestr chorób zakaźnych prowadzony był w postaci pliku elektronicznego a dane na temat zakażeń i zachorowań na poszczególne jednostki chorobowe wprowadzano w odrębnych arkuszach. Pracownicy Sekcji Epidemiologii przeprowadzali wywiady z pacjentami, kontaktowali się z podmiotami leczniczymi telefonicznie lub w formie pisemnej celem pozyskania danych mających znaczenie dla nadzoru epidemiologicznego oraz zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom oraz ich zwalczania. Wyżej wymienione informacje pozyskane z nadzoru indywidualnego uzupełniano w wywiadach epidemiologicznych w Systemie Nadzoru Epidemiologicznego EpiBaza. Dane epidemiologiczne dotyczące chorób objętych obowiązkiem zgłaszania na bieżąco uzupełniano w systemie EpiBaza.

OCENA SPRAWOWANEGO NADZORU I PROWADZONEJ DOKUMENTACJI

1. W zakresie prowadzonej dokumentacji. (na podstawie wybranej dokumentacji - próba)

W 2025 roku do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bielsku-Białej wpłynęło 17993 zgłoszenia dotyczących zakażeń i chorób zakaźnych, zgonów z ich powodu (ZLK) oraz 1439 zgłoszeń wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych u ludzi (ZLB). Przekazywano według właściwości miejscowej innym państwowym powiatowym inspektorom sanitarnym 1198 zgłoszeń.

Wszystkie losowo wybrane, poddane ocenie zgłoszenia ZLK-1, ZLB-1 oraz ZLK-5 sporządzone zostały na prawidłowych wzorach formularzy, zawierały dane na temat zgłaszającego podmiotu oraz lekarza/osoby zgłaszającej.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Bielsku-Białej kierował na bieżąco do podmiotów leczniczych pisma z inicjatywy GIS, z inicjatywy WSSE oraz z inicjatywy własnej. Ponadto przysyłał terminowo Śląskiemu Państwowemu Wojewódzkiemu Inspektorowi Sanitarnemu sprawozdania statystyczne i raporty dotyczące zakażeń i chorób zakaźnych oraz zgonów z powodów chorób zakaźnych.

2. W zakresie sprawowanego bieżącego nadzoru nad podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą (na podstawie wybranej dokumentacji- próba)

W 2025 roku pod nadzorem Sekcji Epidemiologii znajdowało się 647 obiektów, w tym 104 punkty szczepień, 21 szpitali w tym 8 szpitali jednodniowych, 1 stacja dializ, 0 zakładów opiekuńczo-leczniczych, 0 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, 1 hospicjum, 282 przychodnie, 4 laboratoria, 295 gabinetów lekarskich, 4 praktyki pielęgniarek i położnych, 39 innych zakładów prowadzących działalność medyczną.

W 2025 roku wydano: 15 decyzji administracyjnych nakazujących usunięcie stwierdzanych nieprawidłowości (w tym 1 umarzającą), 3 decyzje płatnicze, 0 tytułów wykonawczych, 0 upomnień oraz 0 mandatów karnych, 0 postanowień oraz 0 decyzji opiniujących.

Na podstawie przeanalizowanej dokumentacji przeprowadzane czynności kontrolne dokumentowane były w protokołach, które oznaczone były: kolejnym numerem protokołu, symbolem komórki oraz cyframi roku, w którym przeprowadzona została kontrola. Protokoły były zatwierdzone przez kierownika Sekcji. W analizowanych dokumentach z kontroli zapisywano prawidłowo zakres przeprowadzanej kontroli oraz opisywano stan sanitarno-higieniczny kontrolowanego obiektu. Dokumentacja spraw kompletna, czytelna, nazewnictwo prawidłowe, zgodne z rzeczowym wykazem akt, wykazano zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania formularzy protokołów kontroli). Ustalono zgodność z obowiązującymi przepisami prawa, poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym).

W wydanych decyzjach stosowano klauzulę dotyczącą możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie, zachowana była terminowość załatwiania spraw (kontrola doręczeń), monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli). Dokumentacja kontrolna przechowywana była w segregatorach w szafach zamkniętych.

WSPÓŁPRACA PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI SANITARNEJ (na podstawie wybranej dokumentacji – próba)

a) w zakresie współpracy z powiatowym lekarzem weterynarii,

Z przeanalizowanej dokumentacji wynika, że PPIS prowadzi bieżącą współpracę z Powiatowym Lekarzem Weterynarii w sposób merytoryczny, rzeczowy i terminowy.

b) w zakresie współpracy i inicjatyw z innymi podmiotami,

Sekcja Epidemiologii współpracowała z innymi podmiotami w zakresie wymiany informacji niezbędnych do prowadzenia nadzoru epidemiologicznego:

(Policja, Straż, PCZK, Powiatowy Inspektor Nadzoru Budowlanego, Rzecznik Praw Pacjenta, Delegatura Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, inne PSSE).

PLANOWANIE I REALIZACJA SZKOLEŃ (na podstawie wybranej dokumentacji – próba)

W 2025 r. zaplanowano 3 szkolenia wewnętrzne, ponadto zrealizowano dodatkowo 8 szkoleń wewnętrznych ponadplanowych.

Łącznie w 2025 roku w Sekcji Epidemiologii przeprowadzono 11 szkoleń wewnętrznych.

W 2025 r. pracownicy Sekcji Epidemiologii uczestniczyli w 43 szkoleniach zewnętrznych w tym w 24 zorganizowanych przez Głównego Inspektora Sanitarnego. W 2025 r. zaplanowano 2 szkolenia zewnętrzne.

W zakresie własnych inicjatyw PSSE w Bielsku-Białej Sekcja Epidemiologii:

- współuczestniczyła w zorganizowaniu w dniu 23.10.2025 r. szkolenia dla rodziców/opiekunów dzieci w formie online pt.: „Skuteczność szczepień przeciwko HPV oraz ich roli w zapobieganiu powstawania nowotworów”,
- współuczestniczyła w cyklu szkoleń stacjonarnych zorganizowanych 09.04.2025 r. dla uczniów szkół średnich w ramach Dni Otwartych Państwowej Inspekcji Sanitarnej w Bielsku-Białej; temat szkolenia: „Zatrzymaj infekcje, jakie choroby zakaźne mogą mi zagrażać?” dotyczącego szeroko pojętej profilaktyki w tym związanej ze szczepieniami ochronnymi.

SEKCJA BEZPIECZEŃSTWA ŻYWNOSCI I ŻYWIENIA

PROCES REJESTRACJI I ZATWIERDZANIA ZAKŁADÓW

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Bielsku-Białej, w oparciu o art. 62 ust 1 pkt 1 ustawy z dnia 25.08.2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia zobowiązany jest do prowadzenia rejestru zakładów podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, a dane w nim zawarte powinny być na bieżąco uaktualniane. Do kompetencji organu należy również wydawanie decyzji związanych z zatwierdzaniem zakładów. Organ, w zależności od okoliczności, może wydać decyzję w sprawie zatwierdzenia, warunkowego zatwierdzenia, przedłużenia warunkowego zatwierdzenia, zawieszenia lub cofania zatwierdzenia zakładów, jak również wydaje decyzje o wykreśleniu z rejestru zakładów.

Podczas kontroli dokonano przeglądu prowadzonego rejestru od 01.01.2023 r. do dnia 30.05.2026 r. Ustalono, że rejestr jest prowadzony elektronicznie, w sposób prawidłowy, zawiera wszystkie wymagane dane, tj.:

- imię, nazwisko, miejsce zamieszkania i adres albo nazwę, siedzibę i adres wnioskodawcy,
- w przypadku osoby fizycznej - numer ewidencyjny powszechnego elektronicznego systemu ewidencji ludności (PESEL), jeżeli numer taki został nadany,
- numer identyfikacji podatkowej (NIP),
- numer wpisu do ewidencji gospodarstw rolnych,
- określenie rodzaju i zakresu działalności, która ma być prowadzona w zakładzie, w tym rodzaju żywności, która ma być przedmiotem produkcji lub obrotu,
- termin rozpoczęcia działalności objętej wpisem do rejestru,
- informacje o przeprowadzonych urzędowych kontrolach zakładu,
- decyzje w sprawie wykreślenia z rejestru.

Ustalono, że na terenie nadzorowanym przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bielsku-Białej zarejestrowanych jest 3295 obiektów. Aby zapewnić prawidłowy nadzór nad ww. zakładami, w Sekcji zatrudniono 18 pracowników. Ustalono, że zakłady, które zrezygnowały z prowadzenia działalności nie są z rejestru usuwane, a wykreślane, z adnotacją o dacie, w której dokonano powyższej czynności, co jest działaniem prawidłowym.

Proces zatwierdzania i rejestracji obiektów:

ROK	Liczba wniosków o zatwierdzenie i o wpis do rejestru	Liczba wniosków o wpis zakładu do rejestru	Liczba wydanych decyzji zatwierdzających	Liczba zarejestrowanych zakładów niewymagających zatwierdzenia
2023	335	68	324	62
2024	357	81	344	73
2025	342	67	336	52
2026 – do dnia 30.05	131	43	121	25

Dokonując analizy ww. rejestru, skontrolowano równocześnie dokumentację towarzyszącą 30 losowo wybranym wpisom, aby zweryfikować, czy postępowanie prowadzone było w sposób prawidłowy, z zachowaniem terminowości – nieprawidłowości nie stwierdzono.

Po złożeniu wniosku przez Stronę tam, gdzie wymagane, dokonywano wizji lokalnej pod kątem zapewnienia warunków higieniczno-sanitarnych w obiekcie, weryfikowano zgodność wniosku ze stanem zastanym, analizowano przedstawioną dokumentację (dokumentacja GMP/GHP/HACCP, wyniki badań laboratoryjnych -w zależności od potrzeb).

Dokonano analizy wydawanych decyzji. Ustalono, że w analizowanym okresie zdecydowaną większość z nich stanowiły decyzje zatwierdzające, nie wydawano decyzji w zakresie zawieszenia lub cofania zatwierdzenia zakładów, nie wydawano decyzji w zakresie warunkowego zatwierdzenia, przedłużenia warunkowego zatwierdzenia. Wydawano również decyzje o wykreśleniu z rejestru zakładów: 1432 (w związku z zaprzestaniem działalności w zakresie produkcji/obrotu żywnością, żywienia), w tym na wniosek przedsiębiorcy: 1283, z urzędu: 149. Dokonano analizy wydanych decyzji (będących elementem dokumentacji towarzyszącej ww. losowo wybranym wpisom w rejestrze). Ustalono, że proces ich wydawania był prawidłowy, z zachowaniem terminowości, a decyzje zawierają wszystkie wymagane literą prawa elementy.

W oparciu o przegląd i analizę dokumentacji dotyczącej tematyki kontroli uzyskanej na podstawie prób dobranych metodami niestatystycznymi (tj. na podstawie osądu kontrolera, dostępności dowodów, w sposób losowy), jak również na podstawie informacji uzyskanych od pracowników jednostki kontrolowanej ustalono:

Sprawy kompletne, dokumentacja prawidłowa - czytelna, nazewnictwo poprawne, wnioski rozpatrywane terminowo, uzasadnienia decyzji poprawne, stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji - prawidłowe, kontrola doręczeń - poprawna, rejestr aktualizowany na bieżąco - wpisy do rejestru dokonywane bez zbędnych opóźnień.

Poddana kontroli dokumentacja była kompletna, czytelna i prowadzona z zachowaniem poprawnego nazewnictwa. Wnioski rozpatrywane były terminowo, a wydane decyzje zawierały prawidłowe uzasadnienia oraz pouczenia o trybie odwoławczym. Stwierdzono brak uchybień w zakresie kontroli doręczeń oraz terminowości wpisów do rejestru.

Proces zatwierdzania/rejestracji zakładów oraz prowadzenie rejestru zakładów przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bielsku-Białej uznaje się za prawidłowe.

SPOSÓB ROZPATRYWANIA SKARG I INTERWENCJI

Tryb postępowania ze skargami określa „Regulamin postępowania ze skargami i wnioskami w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej” wprowadzony Zarządzeniem wewnętrznym nr 13 Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej z dnia 19 maja 2026 r. Regulamin ten został opracowany zgodnie z Działem VIII ustawy z dnia 14.06.1966 r. Kodeks Postępowania Administracyjnego oraz Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 08.01.2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków.

Rejestr Skarg i Wniosków prowadzony jest przez kierownika Oddziału Organizacji i Kadr w postaci elektronicznej. Skargi i wnioski po ich zarejestrowaniu w rejestrze ogólnym rozpatruje w ramach swych kompetencji Dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej lub upoważniona przez niego osoba.

W okresie kontrolowanym do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej wpłynęły dwie skargi na pracowników Sekcji NS-BŻ. Pierwsza dotyczyła nienależytego działania Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bielsku-Białej w kwestii udzielenia odpowiedzi na interwencję przekazaną przez PPIS w Poznaniu a dotyczącą obecności zanieczyszczenia w suplemencie diety pn. [REDAKTOWANE]

[REDAKTOWANE]. Skarga została uznana za bezzasadną.

Druga skarga zawierała zarzuty wobec Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bielsku-Białej dotyczące rażącej przewlekłości i beczynności organu w zakresie przekazywania wyjaśnień do PPIS w Łodzi dotyczących produkcji kontraktowej suplementów diety. Skarga została uznana za bezzasadną.

W oparciu o Regulamin wprowadzony Zarządzeniem nr 13 Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bielsku-Białej z dnia 19 maja 2026 roku określono wzory formularzy, które stanowią załączniki do ww. regulaminu. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Bielsku-Białej przyjmuje Strony w sprawie skarg i wniosków w dniach: w poniedziałki od godz. 9 00 do 10 00 oraz w środy od godziny 14 00 do 15.00.

Jednym z priorytetowych obszarów działania pracowników jest rozpatrywanie interwencji konsumenckich. Petenci mają możliwość składania skarg, wniosków, interwencji, petycji w godzinach pracy Stacji: osobiście, w formie pisemnej, telefonicznie oraz całodobowo za pośrednictwem poczty elektronicznej, platformy ePUAP, e-Doręczeń, e-Sanepid. Do załatwiania interwencji przekazanych do Sekcji Bezpieczeństwa Żywności i Żywnienia został upoważniony kierownik oraz pracownicy Sekcji. W komórce prowadzony jest (w formie elektronicznej) rejestr interwencji do rozpatrzenia - w tym anonimowych.

W przypadku niewskazania przez skarżącego imienia, nazwiska i adresu, wybrane interwencje ze względu na charakter sprawy, której dotyczą (decyzja PPIS) są rozpatrywane, ale, z oczywistych względów, strona nie otrzymuje informacji o sposobie ich rozpatrzenia. Osoby, które podały swoje dane osobowe oraz adres zamieszkania otrzymują odpowiedzi na piśmie, a osoby składające interwencje drogą elektroniczną otrzymywały odpowiedź na adresy e-mailowe.

Przed podjęciem decyzji o sposobie załatwienia sprawy, każdorazowo przeprowadza się analizę ryzyka (zgodnie z wytycznymi GIS), rozważając wszystkie okoliczności danego przypadku. Proces ten jest dokumentowany.

Przy interwencjach dotyczących produktu, analiza ryzyka, poza zakresem samego zgłoszenia, uwzględnia rodzaj niezgodności/zagrożenia, produkt (trwały, nietrwały mikrobiologicznie), datę zakupu, warunki przechowywania, liczbę podobnych zgłoszeń w przeszłości czy zgłoszenie jest jednostkowe, czy występuje powtarzalność, powiadomienia RASFF dot. konkretnego produktu, grupę konsumentów, dla których dedykowany jest produkt (żywność dla dzieci, pacjentów w szpitalach itp.).

Przy interwencjach dotyczących zakładu analiza ryzyka uwzględnia rodzaj niezgodności/zagrożenia, kategorię zakładu, profil działalności, historię wcześniejszych kontroli w danym zakładzie oraz informacje o ewentualnych powtarzających się nieprawidłowościach. Brana pod uwagę jest również wiarygodność przedsiębiorcy oraz dotychczasowa współpraca z organami PIS.

Zestawienie ilości załatwianych wniosków i interwencji w kontrolowanym okresie:

Rok	2023	2024	2025	2026 – do dnia 30.05
Ogółem:	113	112	115	71
Uznane za zasadne (w tym):	31	39	35	10
na jakość środka spożywczego	4	9	6	2
na zły stan sanitarny	10	9	5	3
na jakość i zły	6	9	11	4

stan sanitarny				
Inne uchybienia	11	12	13	1
Pobrane próbki/ kwest.	28/4	59/3	57/2	11/0
Mandaty liczba/kwota/zł	27/9000	28/9800	11/3900	4/1600
Decyzje administracyjne	1	1	0	1
Wnioski o ukaranie	2	0	0	0

Dokonano przeglądu postępowania z interwencjami, poprzez przegląd dokumentacji 17 wniesionych spraw.

W oparciu o przegląd i analizę dokumentacji dotyczącej tematyki kontroli uzyskanej na podstawie prób dobranych metodami niestatystycznymi (tj. na podstawie osądu kontrolera, dostępności dowodów, w sposób losowy), jak również na podstawie informacji uzyskanych od pracowników jednostki kontrolowanej ustalono:

Sprawy były załatwione przez wskazanych pracowników bez zbędnej zwłoki, z zachowaniem ustawowej terminowości.

W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości, podejmowano przewidziane prawem działania administracyjne. W odpowiedziach kierowanych do Stron ustosunkowywano się do zarzutów podniesionych w interwencjach i informowano o podjętych działaniach. W uzasadnionych przypadkach podejmowano współpracę z innymi komórkami Stacji oraz właściwymi organami. Nie stwierdzono nieprawidłowości w trakcie rozpatrywania interwencji.

PRZEPROWADZANIE CZYNNOŚCI KONTROLNYCH W OBIEKCIE

Dodatkowo w dniu 19.06.2026 r. uczestniczono w czynnościach kontrolnych zakładu:

[REDAKOWANE]

Po oględzinach dokumentacji zakładu, przystąpiono do kontroli sposobu postępowania przy wykonywaniu czynności kontrolnych przez upoważnionych przedstawicieli Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bielsku-Białej i stwierdzono, co następuje:

Przed rozpoczęciem czynności służbowych, osoby kontrolujące zapoznaly się z dokumentacją obiektu, w którym zaplanowano kontrolę (protokołami z wcześniej przeprowadzonych kontroli), z dopuszczonym zakresem działalności wynikającym z posiadanej decyzji, ustaliły zakres bieżącej kontroli. Pracownicy posiadali aktualne dokumenty uprawniające do przeprowadzenia kontroli (tj. legitymację służbową wraz z upoważnieniem do wykonywania czynności kontrolnych i do nakładania grzywien). Arkusz oceny zakładu jak i listy pytań kontrolnych, stanowiące załączniki do protokołu, dobrano zgodnie z zakresem przedmiotowym kontroli.

Pracownicy Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej poinformowali kontrolowaną stronę o swojej obecności (i przedstawili stosowne upoważnienia), a także o celu i zakresie przeprowadzanej kontroli, udokumentowali swoją obecność w obiekcie, dokonując wpisu w książce kontroli, po czym przystąpili do czynności kontrolnych w obiekcie.

Po zakończeniu działań sprawdzających, w tym kontroli dokumentacji, kontrolujący omówili z przedstawicielem zakładu wyniki przeprowadzonych czynności.

Stwierdzono, że nadzór bieżący sprawowany przez przedstawicieli Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bielsku-Białej jest prawidłowy, a dokumentacja pokontrolna sporządzona została rzetelnie. Ustalenia zawarte w protokole kontroli sanitarnej w pełni

odzwierciedliły zakres podjętych czynności oraz uwzględniły wszystkie wymagane aspekty merytoryczne. Czynności kontrolne zostały przeprowadzone z zachowaniem należytej staranności, wysokich standardów oraz profesjonalizmu, co potwierdza wysokie kompetencje przedstawicieli Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bielsku-Białej.

Nie stwierdzono nieprawidłowości w powyższym zakresie.

Z uwagi na brak stwierdzonych nieprawidłowości, zaleceń nie wydaje się.

SEKCJA HIGIENY KOMUNALNEJ I ŚRODOWISKA

W trakcie kontroli sprawdzono losowo wybrane dokumenty dotyczące prowadzenia nadzoru sanitarnego nad obiektami, w których prowadzone są usługi hotelarskie

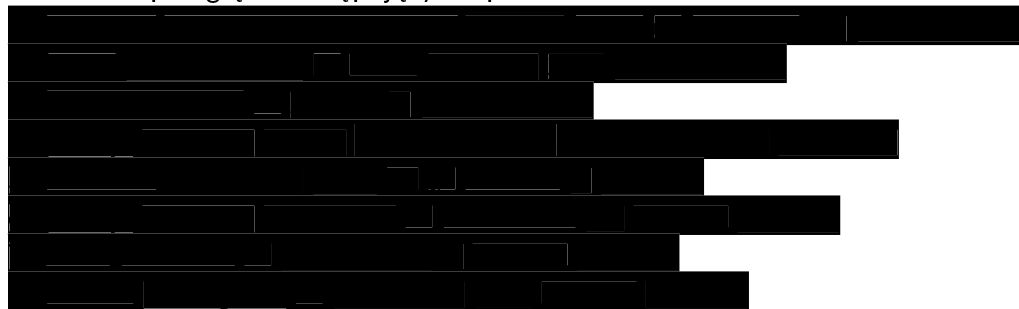
Wg stanu ewidencji na dzień 31.12.2025 r. w ewidencji PPIS w Bielsku-Białej znajdowały się 122 obiekty hotelarskie, w tym:

- hoteli 26,
- motele 2,
- pensjonaty 6,
- kempingi i pola namiotowe 2,
- schronisk i schronisk młodzieżowych 6,
- agroturystyki 1,
- inne obiekty, w których świadczone są usługi hotelarskie 79.

W kontrolowanej komórce zatrudnionych jest na stałe 11 osób łącznie z kierownikiem komórki. Nadzorem nad obiektami użyteczności publicznej zajmuje się 5 pracowników.

Kontrole obiektów, w których prowadzone są usługi hotelarskie przeprowadzane są zgodnie z planami kontroli obiektów wykonanych na poszczególne lata. Każdorazowo podczas kontroli bieżącego stanu sanitarnego obiektu, począwszy od roku 2024 prowadzone są działania edukacyjno-informacyjne w zakresie zagadnień dotyczących bezpieczeństwa wody w tym w kierunku bakterii *Legionella* sp., prawidłowego utrzymania systemu wentylacji i klimatyzacji, opracowanych i wdrożonych procedur oraz w zakresie zakazu palenia tytoniu i e-papierosów. Dodatkowo w trakcie kontroli przeprowadzane są działania informacyjno-edukacyjne z zakresu przeprowadzonej kontroli.

Dokonano przeglądu następujących spraw:



Zgodnie z poczynionymi ustaleniami, nie wnosi się uwag do sposobu prowadzenia nadzoru sanitarnego nad obiektami, w których prowadzone są usługi hotelarskie.

Nie wydaje się zaleceń pokontrolnych.

SEKCJA HIGIENY KOMUNALNEJ I ŚRODOWISKA

W ZAKRESIE BEZPIECZEŃSTWA WODY

W trakcie kontroli ustalono, iż na nadzorowanym terenie przez PPIS w Bielsku-Białej za dostawę oraz jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi odpowiadają poniżej wymienieni dostawcy wody.

Nazwa przedsiębiorstwa/podmiotu zbiorowego zaopatrzenia rozprowadzającego wodę na danym terenie	Lokalizacja	
	Miejscowość	Adres
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Analizując dokumentację przedstawioną podczas kontroli ustalono, iż:

Zgodnie z zapisami § 20 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 07.12.2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U., poz. 2294), co roku przedkładają do PPIS w Bielsku-Białej do uzgodnienia harmonogramy badań pobierania próbek wody w ramach kontroli wewnętrznej.

Przedsiębiorstwo [REDACTED] pismem z dnia 09.12.2024 r. nr WL/0054/025/2024 przedłożyło do PPIS w Bielsku-Białej do uzgodnienia harmonogram pobierania próbek wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w ramach kontroli wewnętrznej na 2025 rok wraz z harmonogramem.

PPIS w Bielsku-Białej pismem z dnia 03.01.2025 r. nr ONS-HKiŚ.903.313.2024 przestał uzgodniony harmonogram pobierania próbek wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w ramach kontroli wewnętrznej na 2025 rok. Harmonogram zawierał częstotliwość pobierania próbek wody zgodnie z załącznikiem nr 3 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia. Próbkę wody w ramach kontroli wewnętrznej do badań mikrobiologicznych oraz badań fizykochemicznych realizowane były zgodnie z ustalonym harmonogramem. Badania jakości wody w ramach kontroli wewnętrznej wykonywane są przez laboratoria posiadające zatwierdzony system jakości badań

przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Sprawozdania z wyników badań przekazywane były zgodnie z terminami określonymi w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

Zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia § 23.1 PPIS w Bielsku-Białej dokonał oceny obszarowej o jakości wody dla miasta Bielska-Białej za rok 2025 nr ONS-HKiŚ.0440.36.2026 z dnia 10.02.2026 r.

Ocenę przesłano do Prezydenta Miasta Bielska-Białej zgodnie z terminem wskazanym w zapisach ww. rozporządzenia.

W trakcie kontroli ustalono, iż pobranie próbek wody do badań laboratoryjnych w celu oceny jej jakości w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego sporządza się na załącznikach do Instrukcji Roboczej Systemu Zarządzania, Pobieranie próbek wody do badań laboratoryjnych, Instrukcja Robocza NR IR/NS-BW/02 z dnia 15.03.2019 r.

W ramach prowadzonego nadzoru sanitarnego PPIS w Bielsku-Białej wykonuje badania jakości ciepłej wody w celu wykrywania bakterii Legionella sp. w szczególności w przedsiębiorstwach podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz wykonuje kontrolne badania wody ciepłej po zakończeniu działań naprawczych wykonanych przez podmioty zgodnie z treścią § 20 ust. 3 pkt 5 i 6 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Poddano analizie dokumentację postępowania administracyjnego, w związku ze stwierdzeniem kwestionowanych wyników badań wody ciepłej w kierunku bakterii Legionella sp. w próbkach pobranych w dniu 16.07.2024 r. w [REDACTED]

Z przedłożonej dokumentacji wynika, iż PPIS w Bielsku-Białej na podst. art. 61§4 informuje stronę o wszczęciu postępowania administracyjnego oraz przestrzega przepisu art.10 § 1 Kpa, oraz możliwości zapoznania się z aktami sprawy i wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i zgłoszonych żądań.

W wydawanych przez PPIS w Bielsku-Białej decyzjach cytowane są aktualnie obowiązujące podstawy prawne. Sprawę załatwiono w terminie określonym w Kodeksie postępowania administracyjnego.

Wydawane decyzje jak również zawiadomienia o wszczęciu postępowania administracyjnego, wysyłane są stronom za zwrotnym potwierdzeniem odbioru. Zgodnie z zapisami ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia po zakończonych działaniach naprawczych przez podmiot wykonano badania kontrolne próbek wody, mające na celu sprawdzenie czy woda spełnia wymagania.

W okresie objętym kontrolą do PPIS w Bielsku-Białej wniesiono 48 interwencji dotyczących jakości wody do spożycia przez ludzi.

Analizie poddano akta interwencji wniesionej za pośrednictwem poczty elektronicznej z dnia 24.03.2025 r. przez [REDACTED]

[REDACTED] dot. składowania odpadów asfaltowych, ziemi i gruzu przez właściciela nieruchomości [REDACTED] w części dotyczącej zagrożenia zanieczyszczenia studni będącej jedynym źródłem wody pitnej na nieruchomości zgłaszającego. Interwencja została przesłana do WIOŚ, a następnie przekazana pismem WIOŚ z dnia 26.03.2025 r. nr DBNIN.7024.85.2025.MC do PPIS w Bielsku-Białej do rozpatrzenia zgodnie z właściwością.

Należy stwierdzić, że PPIS w Bielsku-Białej w sposób prawidłowy i rzetelny podjął działania w celu rozpatrzenia zgłoszenia. Interwencja została rozpatrzona w terminie, a osoba zgłaszająca interwencję była poinformowana o wynikach podjętych działań.

W zakresie dokonywania weryfikacji materiałów lub wyrobów stosowanych w dystrybucji wody ustalono, iż w okresie objętym kontrolą do PPIS w Bielsku-Białej wpłynęły łącznie 130 wnioski

dotyczące weryfikacji materiałów lub wyrobów stosowanych w dystrybucji wody, w tym 13 dotyczących ocen higienicznych wody.

Spośród 130 wniosków analizie poddano jeden.

Po analizie dokumentacji w sprawie wydania oceny higienicznej, stwierdza się, iż była wydana w sposób prawidłowy.

W zakresie nadzoru sanitarnego nad jakością wody na kąpielisku stwierdzić należy, że zgodnie z zapisami zawartymi w przepisach prawa dotyczących jakości wody na kąpielisku za jakość wody odpowiadają właściciele lub zarządcy poszczególnych obiektów, a nadzór nad przestrzeganiem tych obowiązków sprawują organy państwowej inspekcji sanitarnej.

Na nadzorowanym terenie przez PPIS w Bielsku-Białej funkcjonuje jedno [REDAKTOWANE]

Harmonogram badań jakości wody na kąpielisku przedstawiony przez zarządzającego na rok 2025 uwzględniał częstotliwość pobierania próbek wody na kąpielisku określoną w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 stycznia 2019 r. w sprawie nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu okazjonalnie wykorzystywanym do kąpeli (Dz. U. z 2019 r. poz. 255). Przedstawiony egzemplarz harmonogramu został zatwierdzony przez PPIS w Bielsku-Białej (pismo nr BSOGKK.0910.1.2024 z dnia 19.11.2024).

Realizacja harmonogramu badań jakości wody w ramach kontroli wewnętrznej na kąpielisku wykonywana była zgodnie z terminami określonymi w zatwierdzonym harmonogramie. Każdorazowo po otrzymaniu wyników badania wody PPIS w Bielsku-Białej dokonywał bieżącej oceny jej jakości oraz informował organizatora kąpieliska.

W zakresie nadzoru sanitarnego nad jakością wody na pływalniach stwierdzić należy, że zgodnie z zapisami zawartymi w przepisach prawa dotyczących jakości wody na pływalniach za jakość wody odpowiadają właściciele lub zarządcy poszczególnych obiektów, a nadzór nad przestrzeganiem tych obowiązków sprawują organy państwowej inspekcji sanitarnej.

W trakcie kontroli sprawdzono dokumentację basenu krytego [REDAKTOWANE]

Harmonogram badań jakości wody na pływalni przedstawiony przez zarządzającego na rok 2025 uwzględniał częstotliwość pobierania próbek wody na pływalniach określoną w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach (Dz. U. z 2022 r., poz. 1230).

Przedstawiony egzemplarz harmonogramu został zatwierdzony przez PPIS w Bielsku-Białej (pismo nr BSOGKK.0910.1.2024 z dnia 19.11.2024 r.), celem realizacji. Realizacja harmonogramu badań jakości wody w ramach kontroli wewnętrznej na pływalni wykonywana była zgodnie z terminami określonymi w zatwierdzonym harmonogramie.

Analiza dokumentacji wykazała, iż w przypadku stwierdzenia niezgodności z wymaganiami określonymi w ww. rozporządzeniu, PPIS w Bielsku-Białej wszczynał postępowanie administracyjne mające na celu doprowadzenie jakości wody na pływalni do zgodności z normatywem.

Przed wydaniem zbiorczej rocznej oceny jakości wody na pływalni zgodnie z § 4 pkt 4 ww. rozporządzenia, PPIS w Bielsku-Białej zawiadomił stronę o wszczęciu postępowania w tym zakresie zgodnie z art. 61 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego oraz o możliwości zapoznania się z aktami sprawy i wypowiedzenia się co do zebranych dowodów oraz zgłoszonych żądań zgodnie z art. 10 § 1 Kpa.

W sekcji prowadzone są wszystkie wymagane rejestry, prowadzone i uzupełniane na bieżąco.

Nie wydaje się zaleceń pokontrolnych.

SEKCJA HIGIENY PRACY I NADZORU NAD CHEMIKALIAM

W Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej w latach 2023-2026 został sporządzony Plan zasadniczych zadań. Dokonano ogłędzin Planu zasadniczych zadań Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej na 2025 rok w zakresie zadań wykonywanych Sekcji Higieny Pracy i Nadzoru nad Chemikaliami. Stwierdzono, że ww. dokument sporządzony został zgodnie z Wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego do planowania i działalności Inspekcji Sanitarnej na rok 2025. W Sekcji Higieny Pracy i Nadzoru nad Chemikaliami w harmonogramie kontroli obiektów będącym integralną częścią Planu zasadniczych zadań Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej na 2025 rok ujęte zostały wszystkie zadania wynikające z Wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego do planowania i działalności Inspekcji Sanitarnej na rok 2025. Plan zasadniczych zadań na rok 2025 został zrealizowany w całości. W roku 2025 zaplanowanych było 100 kontroli, z których wykonano 84. Przyczyną nie wykonania kontroli było między innymi: likwidacja zakładów pracy, reorganizacja zakładów pracy, nie zatrudnianie pracowników, zawieszenie działalności zakładu oraz inne pilne zadania pracowników higieny pracy i nadzoru nad chemikaliami. Ponadplanowo przeprowadzono 175 kontroli, składających się głównie z kontroli sprawdzających oraz kontroli interwencyjnych.

W trakcie kontroli ocenie poddano dokumentację obiektów prowadzoną przez Sekcję Higieny Pracy i Nadzoru nad Chemikaliami PSSE w Bielsku-Białej:



Stwierdzono rzetelność i prawidłowość zapisów w protokołach kontroli przeprowadzanych przez przedstawicieli Sekcji Higieny Pracy i Nadzoru nad Chemikaliami Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku - Białej. Do udokumentowania kontroli zastosowano prawidłowe formularze protokołu zgodnie z:

- Procedurą Techniczną PT01: „Sposób Wykonywania kontroli w ramach zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego w tym zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń” wprowadzoną Zarządzeniem Nr 45/16 Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 14 marca 2016 r. oraz właściwe załączniki formularzy do protokołu kontroli - zgodne z instrukcją IR/HP/01 „Instrukcja w obszarze higieny pracy” wprowadzoną Zarządzeniem Nr 45/16 Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 14 marca 2016 r.,
- Zarządzeniem nr 20/25 Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 20 listopada 2025 r. w sprawie wprowadzenia procedury w obszarze nadzoru nad produktami biobójczymi, kosmetycznymi oraz substancjami chemicznymi i ich mieszaninami, w tym detergentami, prekursorami narkotykowymi kat. 2 i kat. 3, nowymi substancjami psychoaktywnymi i środkami zastępczymi oraz zachowanie terminowości zgodnej z Kpa.

Postępowanie administracyjne i egzekucyjne z zakresu higieny pracy i nadzoru nad chemikaliami

Postępowanie administracyjne prawidłowe i terminowe, zgodne z kpa. Stwierdzono rzetelność i prawidłowość zapisów w decyzjach i postanowieniach wydawanych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bielsku-Białej. Każdorazowa po stwierdzeniu nieprawidłowości podczas kontroli organ I instancji wszczyna postępowanie administracyjne oraz wydaje decyzję opłatową. Do skontrolowanej dokumentacji nie wnosi się zastrzeżeń.

Interwencje

Postępowanie interwencyjne prowadzone rzetelnie, wnikliwie oraz terminowo, zgodnie z Kpa. Do skontrolowanej dokumentacji nie wnosi się zastrzeżeń.

Postępowanie administracyjne dot. chorób zawodowych

Sprawa nr ONS-HP.9081.1.2024

W dniu 09.01.2024 r. do PPIS w Bielsku-Białej wpłynęło zgłoszenie podejrzenia choroby zawodowej Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Katowicach – Poradni Chorób Zawodowych w Sosnowcu. Jednocześnie jednostka orzecznicza wniosła o przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego przez organ I instancji, celem ustalenia narażenia zawodowego Strony, wskazując przy tym jej własną działalność gospodarczą. W dniu 11.01.2024 r. organ wszczął postępowanie administracyjne w sprawie podejrzenia choroby zawodowej, a następnie pismem z dnia 31.01.2024 r. wezwał osobę ubiegającą się o stwierdzenie choroby zawodowej do stawienia się w siedzibie organu, celem ustalenia charakteru pracy oraz dokładnego określenia sposobu wykonywania pracy. W dniu 12.03.2024 r. PPIS w Bielsku-Białej – na podstawie protokołu przesłuchania Strony z dnia 15.02.2024 r. sporządził kartę oceny narażenia zawodowego, po czym przekazał ją do jednostki diagnostyczno-orzeczniczej I stopnia. Na podstawie zebranego materiału dowodowego Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Poradnia Chorób Zawodowych w Sosnowcu wydał orzeczenie lekarskie z dnia 14.05.2024 r. o stwierdzeniu choroby zawodowej. Po uprzedzeniu uczestnika postępowania o możliwości zapoznania się z aktami sprawy w związku z art. 10 Kpa, organ I instancji wydał decyzję z dnia 19.06.2024 r. o stwierdzeniu choroby zawodowej. Od powyższego rozstrzygnięcia Strona nie odwołała się. Organ I instancji konsekwentnie oraz prawidłowo pouczał Stronę o przedłużeniu terminu załatwienia sprawy, każdorazowo uzasadniając przyczynę powstałej zwłoki.

Sprawa nr ONS-HP.9081.42.2023

W dniu 12.09.2023 r. do PPIS w Bielsku-Białej wpłynęło od [REDAKTED] zgłoszenie podejrzenia choroby zawodowej pracownika ubiegającego się o stwierdzenie choroby zawodowej z dnia 26.06.2023 r. Jednocześnie ww. Placówka skierowała pracownika w związku z podejrzeniem wystąpienia choroby zawodowej na badania do Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy Poradnia Chorób Zawodowych w Sosnowcu. W dniu 03.10.2023 r. jednostka diagnostyczno-orzecznicza I stopnia zwróciła się do PPIS w Bielsku-Białej o przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego, celem ustalenia narażenia zawodowego Strony, wskazując przy tym zakład pracy. Po zebraniu materiału dowodowego i przekazaniu do jednostki diagnostyczno-orzeczniczej I stopnia, PPIS w Bielsku-Białej przedłużał termin załatwienia sprawy postanowieniami z dnia 25.10.2023 r. i 11.01.2024 r. z uwagi na oczekiwanie na niezbędne do wydania decyzji orzeczenie lekarskie. W dniu 04.04.2024 r. do organu wpłynęło orzeczenie lekarskie o rozpoznaniu choroby zawodowej, następnie w dniu 08.04.2024 r. PPIS w Bielsku-Białej zawiadomił strony postępowania o możliwości zapoznania się ze zgromadzonym materiałem dowodowym zgodnie z art. 10 kpa. Po zapoznaniu się z aktami sprawy (strony nie wniosły uwag), w dniu 20.05.2024 r. organ I instancji wydał decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej.

Sprawa ONS-HP.9081.8.2024

W dniu 20.02.2024 r. do organu wpłynęło od Strony postępowania ubiegającej się o stwierdzenie choroby zawodowej zgłoszenie podejrzenia choroby zawodowej. W dniu 21.02.2024 r. organ wszczął postępowanie administracyjne w sprawie podejrzenia choroby zawodowej, o czym poinformował pracownika oraz zakład pracy wskazany w zgłoszeniu.

W dniu 08.03.2024 r. PPIS w Bielsku-Białej sporządził ocenę narażenia zawodowego u ww. pracodawcy, natomiast w dniu 13.03.2024 r. przesłuchał w siedzibie organu pracownika ubiegającego się o świadczenia, celem ustalenia zakładów pracy i historii zatrudnienia. Pismem z dnia 18.03.2024 r. przekazał całość zebranego materiału dowodowego do Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy Poradnia Chorób Zawodowych w Sosnowcu, celem wydania orzeczenia lekarskiego. Na podstawie zebranego materiału dowodowego Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Poradnia Chorób Zawodowych w Sosnowcu wydał orzeczenie lekarskie z dnia 12.11.2024 r. o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej. Od powyższego orzeczenia Strona złożyła wniosek o ponowne badanie w jednostce diagnostyczno-orzeczniczej II stopnia. Orzeczeniem lekarskim z dnia 29.10.2025 r. Instytut Medycyny Pracy w Łodzi również orzekł o braku podstaw do rozpoznania choroby zawodowej. Po uprzedzeniu uczestników postępowania o możliwości zapoznania się z aktami sprawy w związku z art. 10 Kpa, organ I instancji wydał decyzję z dnia 23.01.2026 r. o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej. Od przedmiotowej decyzji Strony nie wniosły odwołań. W toku postępowania organ I instancji konsekwentnie przedłużał termin załatwienia sprawy wydając postanowienia z dnia 18.03.2024 r., 18.06.2024 r., 18.09.2024 r., 17.12.2024 r., 14.03.2025 r., 13.06.2025 r., 29.08.2025 r. oraz 15.02.2026 r.

Sprawa nr ONS-HP.9081.17.2023

Do PPIS w Bielsku-Białej pismem z dnia 28.04.2023 r. zwrócił się Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Poradnia Chorób Zawodowych w Sosnowcu o przeprowadzenie oceny narażenia zawodowego osoby ubiegającej się o stwierdzenie choroby zawodowej, wskazując przy tym zakłady pracy, w których wykonywała obowiązki służbowe. Organ pismem z dnia 12.05.2023 r. wezwał Stronę do złożenia wyjaśnień w dniu 22.05.2023 r. na okoliczność przedstawienia całości przebiegu pracy zawodowej. Uprzednio, w dniu 11.05.2023 r., PPIS w Bielsku-Białej sporządził kartę oceny narażenia zawodowego u jednego z byłych pracodawców, a po przesłuchaniu Strony, ustalił oraz przeprowadził postępowanie wyjaśniające narażenie zawodowe u pozostałych pracodawców. Po zebraniu wszystkich kart oceny narażenia zawodowego, organ prowadzący postępowanie przesłał w dniu 26.06.2023 r. do jednostki diagnostyczno-orzeczniczej I stopnia całość akt sprawy, celem wydania orzeczenia lekarskiego. Następnie, w dniu 06.07.2023 r. z jednostki diagnostyczno-orzeczniczej wpłynęło zgłoszenie podejrzenia choroby zawodowej. W dniu 05.10.2023 r. do organu wpłynęło orzeczenie lekarskie WOMP PChZ w Sosnowcu o braku podstaw do rozpoznania choroby zawodowej, a następnie, w wyniku złożonego wniosku o ponowne badanie, orzeczenie lekarskie jednostki diagnostyczno-orzeczniczej II stopnia z dnia 01.03.2024 r. – również o braku podstaw do rozpoznania choroby zawodowej. W związku z powyższym pismem z dnia 12.03.2024 r. zawiadomił Stronę postępowania o możliwości zapoznania się z aktami sprawy przed wydaniem decyzji. Uczestnicy postępowania skorzystali z przysługującego im prawa i nie wniosły uwag, wobec czego decyzją z dnia 09.04.2024 r. PPIS w Bielsku-Białej nie stwierdził choroby zawodowej u zainteresowanego. Organ I instancji konsekwentnie oraz prawidłowo pouczał uczestników postępowania o przedłużeniu terminu załatwienia sprawy, każdorazowo uzasadniając przyczynę powstałej zwłoki.

Stwierdzono rzetelność i prawidłowość zapisów w prowadzonej dokumentacji dot. chorób zawodowych. Dokumentacja prowadzona zgodnie z obowiązującymi przepisami. Postępowanie administracyjne prawidłowe i terminowe, zgodnie z kpa. Z prowadzonej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bielsku-Białej dokumentacji wynika, że Strony są na bieżąco informowane o toczącym się postępowaniu administracyjnym na każdym etapie sprawy. Pracownicy przygotowani merytorycznie.

Nie wydaje się zaleceń pokontrolnych.

W ZAKRESIE HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY

W roku 2022 pod nadzorem PPIS w Bielsku-Białej w zakresie higieny dzieci i młodzieży znajdowało się 407 placówek stałych, oraz w bazie wypoczynku MEiN zarejestrowanych było 378 turnusów letniego oraz zimowego wypoczynku dzieci i młodzieży. W roku 2022 na okres 08.10.2022 r. - 31.12.2022 r. zaplanowano do kontroli 33 placówki. Nie wykonano 8 z zaplanowanych kontroli, w tym: 4 z powodu: likwidacji placówek, nieczynnej placówki oraz 4 w związku ze zmianami kadrowymi w sekcji. Ponadto w ww. okresie wykonano 12 kontroli ponadplanowych, były to kontrole sprawdzające, interwencyjne, tematyczne i odbiorowe.

W roku 2023 pod nadzorem PPIS w Bielsku-Białej w zakresie higieny dzieci i młodzieży znajdowało się 407 placówek stałych, oraz w bazie wypoczynku MEiN zarejestrowanych było 411 turnusów letniego i zimowego wypoczynku dzieci i młodzieży. W 2023 roku zaplanowano do kontroli 125 placówek stałych, 119 skontrolowano, ponadto przeprowadzono 105 kontroli letniego i zimowego wypoczynku. Nie wykonano 6 z zaplanowanych kontroli z powodu: zawieszenia działalności lub likwidacji placówki. Ponadto w roku 2023 wykonano 134 kontrole ponadplanowe, były to kontrole sprawdzające, interwencyjne, tematyczne oraz kompleksowe.

W roku 2024 pod nadzorem PPIS w Bielsku-Białej w zakresie higieny dzieci i młodzieży znajdowały się 403 placówki stałe, oraz w bazie wypoczynku MEiN zarejestrowanych było 445 turnusów letniego i zimowego wypoczynku dzieci i młodzieży. W 2024 roku zaplanowano do kontroli 158 placówek stałych, 150 skontrolowano, ponadto przeprowadzono 117 kontroli letniego i zimowego wypoczynku. Nie wykonano 8 z zaplanowanych kontroli z powodu: likwidacji części placówek, a także prowadzenia innych pilnych ponadplanowych zadań związanych z powodzią oraz działaniami związanymi z wprowadzeniem do szkół powszechnego programu szczepień przeciw wirusowi HPV, w tym przeprowadzenie kontroli gabinetów medycznych w szkołach podstawowych. Ponadto w roku 2024 wykonano 188 kontroli ponadplanowych, były to kontrole gabinetów pielęgniarstwa, interwencje, kontrole sprawdzające, kontrole placówek w celu wydania opinii sanitarnych oraz kontrole placów zabaw.

W roku 2025 pod nadzorem PPIS w Bielsku-Białej w zakresie higieny dzieci i młodzieży znajdowało się 407 placówek stałych oraz w bazie wypoczynku MEiN zarejestrowanych było 413 turnusów letniego i zimowego wypoczynku dzieci i młodzieży. W 2025 roku zaplanowano do kontroli 154 placówki stałe, 145 skontrolowano, ponadto przeprowadzono 104 kontrole letniego i zimowego wypoczynku. Nie wykonano 9 z zaplanowanych kontroli z powodu: dłuższej nieobecności pracownika, który od czerwca przebywał na zwolnieniu lekarskim, a od sierpnia na urlopie macierzyńskim, udziału pracowników sekcji w innych zadaniach np. wykonywanie dodatkowych czynności w związku z wystąpieniem powodzi na terenie powiatu bielskiego oraz udziału w czynnościach związanych z weryfikacją realizacji szczepień ochronnych dzieci i młodzieży w ramach nadzoru prowadzonego przez Sekcję Epidemiologii. Ponadto w roku 2025 wykonano 53 kontrole ponadplanowe, były to kontrole interwencyjne, sprawdzające, kontrole obiektów celem wydania opinii sanitarnych.

W roku 2026 pod nadzorem PPIS w Bielsku-Białej w zakresie higieny dzieci i młodzieży znajdowały się 404 placówki stałe, oraz w bazie wypoczynku MEiN zarejestrowane było 133 turnusy zimowego wypoczynku dzieci i młodzieży. W 2026 roku zaplanowano do kontroli 117 placówek stałych, do dnia 31.05.2026 roku skontrolowano 36 placówek, ponadto przeprowadzono 74 kontrole zimowego wypoczynku. Nie wykonano 1 z zaplanowanych kontroli na rok 2026 do dnia 31.05.2026 r. z powodu planowanego przeniesienia placówki do innej lokalizacji. Ponadto do dnia 31.05.2026 r. wykonano 36 kontroli ponadplanowych, były to kontrole interwencyjne, sprawdzająca po mandacie oraz związane z akcją ważenia tornistrów i pomiarów mebli.

Przeprowadzona kontrola w zakresie dokumentacji przeprowadzonych czynności kontrolnych przeprowadzona została na podstawie losowo wybranej dokumentacji pokontrolnej 5 obiektów nauczania i wychowania (z uwzględnieniem poprawności prowadzonej dokumentacji pokontrolnej, monitorowania wykonania zaleceń pokontrolnych oraz prowadzonego postępowania administracyjnego):



Kontrole bieżącego stanu sanitarnego w obiektach nauczania i wychowania przeprowadzane są zgodnie z harmonogramem kontroli obowiązującym w PSSE w Bielsku Białej. Ponadto ponadplanowo przeprowadzane są kontrole w związku z wpływającymi interwencjami i wnioskami stron oraz wypoczynkiem dzieci młodzieży.

Protokoły kontroli wraz z załącznikami sporządzone zostały zgodnie z obowiązującą Procedurą Techniczną PT/01 „Sposób wykonywania działań w ramach zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego oraz zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń” wydanie z dnia 14.03.2016 r. oraz Instrukcją w obszarze higieny dzieci i młodzieży IR/HDM/01 z dnia 28.04.2015 r. Zapisy w protokołach są ścisłe, zwięzłe, odnoszą się do zakresu prowadzonych czynności kontrolnych. Formularze stanowiące załączniki do protokołów dobierane są zgodnie z zakresem przedmiotowym kontroli.

Protokoły kontroli oznakowane są odpowiednim identyfikatorem, zgodnie z przyjętymi zasadami wynikającymi z rejestracji w systemie Cronsor.

Przed wydaniem decyzji administracyjnych (nakazujących i płatniczych) Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Bielsku-Białej zawiadamiał pisemnie strony o wszczęciu postępowania administracyjnego oraz zapewniał stronom czynny udział w prowadzonym postępowaniu (zgodnie z przepisami art. 61 § 4 i art. 10 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego).

W decyzjach administracyjnych cytowane są aktualne i obowiązujące przepisy prawne.

Decyzje administracyjne oraz pisma dot. postępowań dostarczane są stronom za zwrotnym potwierdzeniem odbioru dołączonym do dokumentacji.

Kontrole sprawdzające wykonanie obowiązków nałożonych decyzjami administracyjnymi przeprowadzane są w krótkich odstępach czasu od upływu terminu określonych w tychże decyzjach.

Dokumentacja postępowania administracyjnego gromadzona jest w sposób umożliwiający kontrolę jej przebiegu oraz terminów załatwienia na każdym etapie postępowania.

Do akt sprawy prowadzonych postępowań administracyjnych załączone są metryki sprawy, które prowadzone są prawidłowo.

Zgodnie z powyższymi ustaleniami, stwierdzam, iż nadzór na obiektami nauczania i wychowania oraz wypoczynku dzieci i młodzieży będących pod nadzorem PPIS w Bielsku-Białej prowadzony jest prawidłowo. Nie wnoszę uwag do przeprowadzonych czynności kontrolnych oraz sposobu sprawowania bieżącego nadzoru nad kontrolowanymi placówkami nauczania i wychowania i wypoczynku dzieci i młodzieży.

SEKCJA ZAPOBIEGAWCZEGO NADZORU SANITARNEGO

Przedmiotem oceny były w szczególności:

- rejestry szkoleń i rejestry prowadzonych spraw,
- dostępność i aktualność przepisów prawnych,
- współpraca z innymi organami/jednostkami (podmioty zewnętrzne),
- współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE,
- kompletność dokumentacji, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem akt,
- zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli),
- zgodność z obowiązującymi przepisami prawa,
- poprawność sporządzanych stanowisk (pod względem faktycznym i prawnym),
- stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie,
- terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń,
- wdrożenie działań edukacyjno-informacyjnych,
- wdrożenie formularzy GIS dot. dopuszczenia obiektów budowlanych do użytkowania.

Rejestry przyjęte wewnętrznie do stosowania w PSSE w Bielsku-Białej:

- rejestr szkoleń pracowników (indywidualne):
Sprawdzono rejestr szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych dla Pani [REDAKTOWANE] prowadzony na załączniku nr 4 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 5 procedury PO-04 Wersja strony B Data wersji strony 10.05.2023 r. W rejestrze ujęte są 3 szkolenia zewnętrzne i 5 szkoleń wewnętrznych, zapisy są prawidłowe. Rejestry szkoleń sporządzano na aktualnym załączniku nr 4 do Procedury nr PO-04,
- rejestry spraw – odbiory, 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, wnioski dotyczące wydawania stanowisk w ramach przepisów szczegółowych.

Od 1 lipca 2025 r. dokumentacja jest prowadzona w systemie EZD. Rejestry prowadzone są elektronicznie.

Dostępność i aktualność przepisów prawnych

Spis nadzorowanych przepisów prawnych w formie określonej Procedurą Ogólną Systemu Zarządzania nr PO-01 („Nadzór nad dokumentami i zapisami”) jest sporządzony w wersji elektronicznej i nadzorowany przez kierownika. Odpowiednie akty prawne dostępne są w wersji elektronicznej na platformie LEX. Aktualność poszczególnych aktów prawnych jest weryfikowana automatycznie przez platformę LEX (utworzona zakładka zawierająca obowiązujące akty prawne), oraz na podstawie informacji przekazywanych przez radcę prawnego PSSE w Bielsku-Białej. Rejestr aktualnych przepisów umieszczony jest na platformie LEX. Wszyscy pracownicy Sekcji mają do niej dostęp.

Współpraca z innymi organami/jednostkami (podmioty zewnętrzne)

Według informacji udzielanych przez kontrolowanych prowadzona jest bieżąca współpraca z PINB w Bielsku-Białej w zakresie wymiany informacji dot. nowych obiektów i ich zgodności z przedstawionymi projektami budowlanymi (forma telefoniczna i osobiste spotkanie w siedzibie). Prowadzona jest również współpraca z Wydziałem Budownictwa i Architektury Urzędu Miejskiego i Starostwa Powiatowego w Bielsku-Białej (forma telefoniczna i osobiste spotkanie w siedzibie) oraz z jednostkami samorządu terytorialnego (forma pisemna i telefoniczna).

Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Wg wyjaśnień kontrolowanych Sekcja NS-NZ na bieżąco prowadzi współpracę z komórkami bieżącego nadzoru w zakresie wymiany informacji dotyczących nowych obiektów oraz dostosowania istniejących obiektów/lokalii do wymagań higieniczno-sanitarnych. Prowadzone są na bieżąco wspólne konsultacje i kontrole w terenie szczególnie z NS-BŻ.

Skontrolowano następujące sprawy:

- 1) opinia sanitarna znak: NS-NZ.9084.2.4.2025 z dnia 06.02.2025 r. dot. konieczności przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko dla przedsięwzięcia polegającego na uruchomieniu linii technologicznej do powlekania rękawic dzianinowych antyprzecięciowych montażowych, wytworzonych z uwzględnieniem surowców wtórnych w zakładzie produkcyjno-magazynowo-usługowym [REDACTED]

PPIS w Bielsku-Białej po zapoznaniu się z Kartą informacyjną przedsięwzięcia załączoną do wniosku wydał opinię o konieczności przeprowadzenia oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko dla przedmiotowego przedsięwzięcia. W uzasadnieniu prawidłowo wskazano czym kierował się PPIS decydując o konieczności przeprowadzenia oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko. Przedmiotowa działalność polega na uruchomieniu linii technologicznej do powlekania rękawic dzianinowych antyprzecięciowych i montażowych, wytworzonych z uwzględnieniem surowców wtórnych w zakładzie produkcyjno - magazynowo - usługowym [REDACTED]. Planowana inwestycja będzie się wiązać z prowadzeniem szeregu procesów technologicznych, w których wykorzystywane będą substancje chemiczne, mogące stanowić potencjalne zagrożenie dla środowiska i zdrowia ludzi.

Opinia została wydana z zachowaniem terminu. W opinii zawarto obowiązujące akty prawne. Sentencja opinii została sformułowana prawidłowo. Postępowanie zostało przeprowadzone prawidłowo.

- 2) opinia sanitarna znak: ONS-ZNS.9022.2.22.2026 z dnia 16.04.2026 r. dot. konieczności przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko dla planowanego przedsięwzięcia pn. „Uruchomienie nowej instalacji do przetwarzania odpadów innych niż niebezpieczne [REDACTED]

PPIS w Bielsku-Białej po zapoznaniu się z Kartą informacyjną przedsięwzięcia załączoną do wniosku wydał opinię o konieczności przeprowadzenia oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko dla przedmiotowego przedsięwzięcia. W uzasadnieniu prawidłowo wskazano czym kierował się PPIS decydując o konieczności przeprowadzenia oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko. Przedmiotowa działalność polega na uruchomieniu nowej instalacji do przetwarzania odpadów innych niż niebezpieczne w [REDACTED]

[REDACTED] Na wyżej wymienionym terenie planowane jest przetwarzanie odpadów innych niż niebezpieczne w ilości nieprzekraczającej 9,5 Mg/dobę (w roku 2964 Mg/rok). Przetwarzane będą odpady tekstylne (odzież, tekstylia, odpady materiałów złożonych, odpady z nieprzetworzonych włókien tekstylnych, odpady z przetworzonych włókien tekstylnych, inne niewymienione odpady z przemysłu tekstylnego, opakowania z tekstyliów, ex ubrania ochronne, szmaty, ścierki), odpady wielkogabarytowe oraz odpady samochodowe (odpady z demontażu, przeglądu i konserwacji - tworzywa sztuczne, odpady z demontażu, przeglądu i konserwacji - inne niewymienione elementy). Planowana inwestycja będzie się wiązać z emisją hałasu oraz zanieczyszczeń do powietrza, które mogą przyczyniać się do pogorszenia stanu środowiska oraz warunków życia mieszkańców terenów sąsiednich. Opinia została wydana z zachowaniem terminu. W opinii

zawarto obowiązujące akty prawne. Sentencja opinii została sformułowana prawidłowo. Postępowanie zostało przeprowadzone prawidłowo.

- 3) opinia sanitarna znak: ONS-ZNZ.9022.5.108.2025 z dnia 19.05.2025 r., Protokół kontroli Nr 88.ONS-ZNS.2025 z dnia 14.05.2025 r. dot. odbioru budynku handlowo-usługowego wraz z infrastrukturą towarzyszącą, [REDAKTOWANE]

Na podstawie protokołu kontroli z dnia 14.05.2025 r. ustalono, że inwestycja została zrealizowana na podstawie projektu budowlanego z wprowadzonymi zmianami, które projektant zakwalifikował jako nieistotne. Powyższe zmiany nie wpływają na pogorszenie warunków sanitarno-higienicznych w pomieszczeniach, a co za tym idzie nie zagrażają zdrowiu i życiu ludzi. Obiekt spełnia wymagania sanitarno-higieniczne dla planowanej działalności.

W przedmiotowym obiekcie zatrudnionych będzie 20 osób. W ramach inwestycji wykonano: wiatrołap, komunikację, salę sprzedaży, toaletę dla klientów dostosowaną dla osób niepełnosprawnych, pomieszczenie do karmienia i przewijania dzieci, butelkownię, stanowisko odpieku pieczywa, mroźnię, salę konferencyjną, szatnię damską, szatnię męską, pomieszczenie ochrony, pomieszczenie socjalne, WC damskie, WC męskie, pomieszczenie kasowe, pomieszczenie techniczne (RG/UPS/serwerownia), pomieszczenie techniczne (wodomierz, pompownia, in.), zaplecze, aneks porządkowy, magazyn dostaw, pomieszczenie dostaw, chłodnię. Zaopatrzenie w wodę z sieci wodociągowej, ścieki będą odprowadzane do kanalizacji sanitarnej. W pomieszczeniach wykonano odpowiednią wentylację mechaniczną nawiewno-wywiewną. W opinii uwzględniono obowiązujące przepisy. Jednocześnie wszczęte zostało postępowanie w sprawie obciążenia strony opłatą za czynności związane z odbiorem pomieszczeń. Po upływie 7 dni od otrzymania przez stronę zawiadomienia wydana została decyzja płatnicza. Postępowanie zostało przeprowadzone prawidłowo.

- 4) opinia sanitarna znak: ONS-ZNS.9022.5.7.2025 z dnia 21.01.2025 r., Protokół kontroli Nr ONS-ZNS.2025 z dnia 17.01.2025 r. dot. odbioru obiektu budowlanego - budowa zakładu przetwórstwa tworzyw sztucznych wraz z infrastrukturą, silosami i murami oporowymi - [REDAKTOWANE]

Na podstawie protokołu kontroli z dnia 17.01.2025 r. ustalono, że w ramach realizacji inwestycji wykonano: 3 hale produkcyjne, magazyn odkładczy, spedycję, magazyn surowca, magazyn półproduktów, młynkownię, trafo I, trafo 2, rozdzielnię, toaletę kobiet, toaletę mężczyzn, schody, biuro spedycji, służę, pomieszczenie kierowców, toaletę spedycji, przedsionek, komunikację, szatnię kobiet, umywalnię kobiet, toaletę, jadalnię, szatnię mężczyzn, umywalnię mężczyzn, pisuar, toaletę, pomieszczenie porządkowe, toaletę mężczyzn, toaletę kobiet, kuchenkę, serwerownię, magazyn, kompresorownię, magazyn, warsztat mechaników, biuro produkcji, biuro kodów, magazyn kodów, biuro technologa, biuro technologa-2. W stosunku do zatwierdzonego projektu budowlanego dokonano zmian zakwalifikowanych przez projektanta jako nieistotne. W obiekcie wykonano odpowiednią wentylację mechaniczną nawiewno-wywiewną. Zaopatrzenie w wodę z sieci wodociągowej, ścieki odprowadzane do kanalizacji sanitarnej. Obiekt spełnia wymagania sanitarno-higieniczne dla planowanej działalności. W opinii uwzględniono obowiązujące przepisy. Jednocześnie wszczęte zostało postępowanie w sprawie obciążenia strony opłatą za czynności związane z odbiorem pomieszczeń. Po upływie 7 dni od otrzymania przez stronę zawiadomienia wydana została decyzja płatnicza. Postępowanie zostało przeprowadzone prawidłowo.

- 5) opinia sanitarna: ONS-ZNS.9022.4.3.2026 z dnia 21.01.2026 r. uzgadniająca pozytywnie w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych projekt techniczny - Przebudowy części

budynku dworca kolejowego z instalacjami wewnętrznymi, zmianą lokalizacji ścianek działowych, wraz z remontem elewacji skrzydła wschodniego budynku. W ramach inwestycji pn. Opracowanie dokumentacji projektowej wraz z nadzorem autorskim dla zadania:

W opinii uwzględniono obowiązujące przepisy. Ponadto, zawarto odpowiedni zapis, iż uzgodnienie należy rozpatrywać łącznie z projektem, na którym naniesiono klauzulę stwierdzającą uzgodnienie projektu. W projekcie widnieje niniejsza klauzula. Jednocześnie wszczęte zostało postępowanie w sprawie obciążenia strony opłatą. Po upływie 7 dni od otrzymania przez stronę zawiadomienia wydana została decyzja płaćnicza za czynności związane z zaopiniowaniem dokumentacji projektowej. Postępowanie zostało przeprowadzone prawidłowo.

6) opinia sanitarna: ONS-ZNS.9022.4.21.2025 z dnia 01.04.2025 r. uzgadniająca pozytywnie w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych projekt przebudowy cmentarza parafialnego

W opinii uwzględniono obowiązujące przepisy. Ponadto, zawarto odpowiedni zapis, iż uzgodnienie należy rozpatrywać łącznie z projektem, na którym naniesiono klauzulę stwierdzającą uzgodnienie projektu. W projekcie widnieje niniejsza klauzula. Jednocześnie wszczęte zostało postępowanie w sprawie obciążenia strony opłatą. Po upływie 7 dni od otrzymania przez stronę zawiadomienia wydana została decyzja płaćnicza za czynności związane z zaopiniowaniem dokumentacji projektowej. Postępowanie zostało przeprowadzone prawidłowo.

7) opinia sanitarna: ONS-ZNS.9084.4.120.2024 z 30.10.2024 r. uzgadniająca pozytywnie w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych projekt technologiczny budynku usługowego związanego z transportem medycznym, zlokalizowanego w

W budynku na poziomie parteru wydzielono: przestrzeń garażową, pomieszczenie biurowe, komunikację, kotłownię, klatkę schodową, pomieszczenie porządkowe, pomieszczenie socjalne, łazienkę, magazyn leków i sprzętu oraz wiatrołap, na piętrze: klatkę schodową, pomieszczenie biurowe, pomocnicze i techniczne. W pomieszczeniach zaprojektowano odpowiednią wentylację hybrydową wywiewną a w hali garażowej - wentylatory dachowe. Budynek zaopatrywany w wodę z gminnej sieci wodociągowej, ścieki odprowadzane do szczelnego zbiornika bezodpływowego. Do ogrzewania budynku będzie wykorzystywana instalacja c.o. w systemie niskotemperaturowym. W pomieszczeniu garażowym zastosowano promienniki gazowe. W opinii uwzględniono obowiązujące przepisy. Ponadto, zawarto odpowiedni zapis, iż uzgodnienie należy rozpatrywać łącznie z projektem, na którym naniesiono klauzulę stwierdzającą uzgodnienie projektu. W projekcie widnieje niniejsza klauzula. Jednocześnie wszczęte zostało postępowanie w sprawie obciążenia strony opłatą. Po upływie 7 dni od otrzymania przez stronę zawiadomienia wydana została decyzja płaćnicza za czynności związane z zaopiniowaniem dokumentacji projektowej. Postępowanie zostało przeprowadzone prawidłowo.

8) opinia sanitarna: ONS-ZNS.9022.4.7.2025 z dnia 22.01.2025 r. ponownie uzgadniająca pozytywnie w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych projekt technologiczny budynku usługowego związanego z transportem medycznym, zlokalizowanego w

W opinii uwzględniono obowiązujące przepisy. Ponadto, zawarto odpowiedni zapis, iż uzgodnienie należy rozpatrywać łącznie z projektem, na którym naniesiono klauzulę stwierdzającą uzgodnienie projektu. W projekcie widnieje niniejsza klauzula. Jednocześnie wszczęte zostało postępowanie w sprawie obciążenia strony opłatą. Po upływie 7 dni od otrzymania przez stronę zawiadomienia wydana została decyzja płaćnicza za czynności związane z zaopiniowaniem dokumentacji projektowej. Postępowanie zostało przeprowadzone prawidłowo.

- 9) opinia sanitarna: ONS-ZNS.9022.4.39.2025 z dnia 17.04.2025 r. uzgadniająca pozytywnie w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych projekt technologiczny zmiany sposobu użytkowania istniejącego budynku usługowego na lokal gastronomiczny [REDACTED]

Zakres działalności prowadzonej w obiekcie obejmuje produkcję dań typu fast-food na bazie gotowych półproduktów oraz sprzedaż lodów i zimnych napojów. W pomieszczeniach zapewniono wentylację mechaniczną. W opinii uwzględniono obowiązujące przepisy. Ponadto, zawarto odpowiedni zapis, iż uzgodnienie należy rozpatrywać łącznie z projektem, na którym naniesiono klauzulę stwierdzającą uzgodnienie projektu. W projekcie widnieje niniejsza klauzula. Jednocześnie wszczęte zostało postępowanie w sprawie obciążenia strony opłatą. Po upływie 7 dni od otrzymania przez stronę zawiadomienia wydana została decyzja płatnicza za czynności związane z zaopiniowaniem dokumentacji projektowej. Postępowanie zostało przeprowadzone prawidłowo.

- 10) postanowienie 87.2025 z dnia 24.03.2025 r., znak sprawy ONS-ZNS.9022.3.90.2025, uzgodnienie decyzji o warunkach zabudowy dla inwestycji polegającej na budowie wielofunkcyjnego budynku usługowego, sakralnego, kultury i sportu z parkingiem naziemnym [REDACTED]

PPIS w Bielsku-Białej po zapoznaniu się z projektem decyzji o warunkach zabudowy i zagospodarowania terenu dla ww. inwestycji, wezwał Prezydenta Miasta Bielska-Białej o doprecyzowanie wszystkich funkcji jakie będzie pełnił planowany budynek usługowy wielofunkcyjny (wezwanie z dnia 18.03.2025 r.). W odpowiedzi na ww. wezwanie, uzupełniono wniosek o doprecyzowanie funkcji. W terminie do 30 dni od daty otrzymania wniosku PPIS w Bielsku-Białej wydał postanowienie 87.2025 znak: ONS-ZNS.9022.3.90.2025 z dnia 24.03.2025 r. uzgadniające w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych projekt decyzji dla przedmiotowej inwestycji. Postanowienie zostało wydane z zachowaniem wyznaczonego terminu. W jego preambule zawarto obowiązujące akty prawne. Sentencja postanowienia została sformułowana prawidłowo, w sentencji zawarto zastrzeżenie zachowania odległości min. 50 m od cmentarza wnioskowanej funkcji gastronomicznej. Postanowienie posiada stosowne uzasadnienie i prawidłowe pouczenie. Postanowienie zostało wysłane do strony, którą był organ wnioskujący. Postępowanie zostało przeprowadzone prawidłowo.

- 11) postanowienie 55.2025 z dnia 06.03.2025 r., znak sprawy ONS-ZNS.9022.3.74.2025, uzgodnienie decyzji o warunkach zabudowy dla inwestycji polegającej na zmianie sposobu użytkowania części budynku usługowego na lokal gastronomiczny na nieruchomości oznaczonej jako działki [REDACTED]

PPIS w Bielsku-Białej po zapoznaniu się z projektem decyzji o warunkach zabudowy i zagospodarowania terenu dla ww. inwestycji, wystosował wezwanie w celu uzupełnienia dokumentacji o informacje konieczne do zajęcia stanowiska w przedmiotowej sprawie. W dniu 27.02.2025 r. przedłożono stosowne wyjaśnienia i uzupełnienia. W dniu 03.03.2025 r. przeprowadzono wizję terenową z której sporządzono notatkę służbową.

W terminie do 30 dni od daty otrzymania wniosku PPIS w Bielsku-Białej wydał postanowienie 55.2025 znak: ONS-ZNS.9022.3.74.2025 z dnia 06.03.2025 r. uzgadniające w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych projekt decyzji dla przedmiotowej inwestycji. Postanowienie zostało wydane z zachowaniem wyznaczonego terminu. W jego preambule zawarto obowiązujące akty prawne. Sentencja postanowienia została sformułowana prawidłowo. Postanowienie posiada

stosowne uzasadnienie i prawidłowe pouczenie. Postanowienie zostało wysłane do strony, którą był organ wnioskujący. Postępowanie zostało przeprowadzone prawidłowo.

12) postanowienie 137.2025 z dnia 15.05.2025 r., znak sprawy ONS-ZNS.9022.3.216.2025, uzgodnienie decyzji o warunkach zabudowy dla inwestycji polegającej na zmianie sposobu użytkowania II piętra budynku handlowo-biurowo-usługowego z funkcji biurowej na gabinety stomatologiczne na działkach [REDAKTOWANE]

PPIS w Bielsku-Białej po zapoznaniu się z projektem decyzji o warunkach zabudowy i zagospodarowania terenu dla ww. inwestycji, w terminie do 30 dni od daty otrzymania wniosku wydał postanowienie 137.2025 znak: ONS-ZNS.9022.3.216.2025 z dnia 15.05.2025 r. uzgadniające w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych projekt decyzji dla przedmiotowej inwestycji. Postanowienie zostało wydane z zachowaniem wyznaczonego terminu. W jego preambule zawarto obowiązujące akty prawne. Sentencja postanowienia została sformułowana prawidłowo. Postanowienie posiada stosowne uzasadnienie i prawidłowe pouczenie. Postanowienie zostało wysłane do strony, którą był organ wnioskujący. Postępowanie zostało przeprowadzone prawidłowo.

13) opinia sanitarna: ONS-ZNS.9022.1.36.2026 z dnia 17.04.2026 r. dot. uzgodnienia projektu planu ogólnego gminy [REDAKTOWANE] wraz z prognozą oddziaływania na środowisko, Opinia została wydana z zachowaniem wyznaczonego terminu 30 dni od otrzymania wniosku. W opinii prawidłowo zawarto zastrzeżenie, iż odległość cmentarza od zabudowań mieszkalnych, od zakładów produkujących artykuły żywności, zakładów żywienia zbiorowego bądź zakładów przechowujących artykuły żywności oraz studni, źródeł i strumieni, służących do czerpania wody do picia i potrzeb gospodarczych, powinna wynosić co najmniej 150 m; odległość ta może być zmniejszona do 50 m pod warunkiem, że teren w granicach od 50 do 150 m odległości od cmentarza posiada sieć wodociągową i wszystkie budynki korzystające z wody są do tej sieci podłączone oraz wyznaczenia strefy 500 m od cmentarza (SC strefa cmentarza), w której należy ustalić zakaz lokalizowania ujęć wody o charakterze zbiorników wodnych, służących jako źródło zaopatrzenia sieci wodociągowej w wodę do picia i potrzeb gospodarczych. W opinii zawarto obowiązujące akty prawne. Sentencja opinii została sformułowana prawidłowo. W uzasadnieniu w wyczerpujący sposób opisano istotne zagadnienia dotyczące spraw higieniczno-sanitarnych. Postępowanie zostało przeprowadzone prawidłowo.

14) opinia sanitarna: ONS-ZNS.9022.3.198.2025 z dnia 30.05.2025 r. pozytywna, w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych, dot. przedsięwzięcia pn. „[REDAKTOWANE]

[REDAKTOWANE] oraz określenie warunków przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach,

PPIS w Bielsku-Białej po zapoznaniu się z raportem oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko wystosował wezwanie w dniu 12.05.2025 r. w celu uzupełnienia dokumentacji o informacje konieczne do zajęcia stanowiska w przedmiotowej sprawie. W dniu 21.05.2025 r. przedłożono stosowne wyjaśnienia i uzupełnienia. PPIS w Bielsku-Białej w dniu 30.05.2025 r. wydał opinię sanitarną. W opinii prawidłowo zawarto warunki przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach na etapie realizacji przedsięwzięcia oraz na etapie eksploatacji przedsięwzięcia. Po analizie danych uznano, że realizacja i eksploatacja nie spowodują przekroczenia norm dopuszczalnych przepisami szczegółowymi w dziedzinie ochrony środowiska. PPIS w Bielsku-Białej w opinii zawarł, iż realizacja zaleceń zawartych w sentencji opinii ograniczy ujemne oddziaływanie planowanego przedsięwzięcia na stan środowiska i zdrowie ludzi. W opinii przytoczono obowiązujące akty prawne. Sentencja opinii została sformułowana prawidłowo. W uzasadnieniu w wyczerpujący sposób opisano istotne zagadnienia dotyczące spraw

higienicznosanitarnych. Postępowanie zostało przeprowadzone prawidłowo z zachowaniem terminów.

15) opinia sanitarna: ONS-ZNS.9022.3.363.2025 z dnia 21.08.2025 r. pozytywna, w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych, dot. przedsięwzięcia polegającego na reorganizacji istniejącego Zakładu w celu zastosowania nowych rozwiązań technologicznych, położonego przy [REDAKTOWANE]

[REDAKTOWANE] oraz określenie warunków przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach.

PPIS w Bielsku-Białej zapoznał się z uzupełnionym raportem oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko. Pozostała dokumentacja w przedmiotowej sprawie została przekazana wraz z pismem nr OSE-UZ.6220.46.2024.AS z dnia 05.11.2024 r. Dla powyższego przedsięwzięcia została już wydana opinia sanitarna nr ONS-ZNS.9084.3.48.2024 z dnia 13.01.2025 r. Z uwagi na zmiany w zakresie sposobu gospodarowania wodami opadowymi, ściekami przemysłowymi i bytowymi, raport uzupełniono i złożono pismo z prośbą o ponowną ocenę inwestycji. W ramach przedsięwzięcia nastąpi również zwiększenie mocy przerobowych procesu przetwarzania odpadów w wyniku podniesienia potencjału urządzeń technologicznych ze szczególnym uwzględnieniem prasożyc. PPIS w Bielsku-Białej w dniu 21.08.2025 r. wydał opinię sanitarną. W opinii zawarto warunki przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach na etapie eksploatacji przedsięwzięcia. PPIS w Bielsku-Białej w opinii stwierdził, iż realizacja zaleceń zawartych w sentencji opinii ograniczy ujemne oddziaływanie planowanego przedsięwzięcia na stan środowiska i zdrowie ludzi. W opinii przytoczono obowiązujące akty prawne. Po analizie dokumentów zwrócono kontrolowanym uwagę, iż z uwagi na bezpośrednie sąsiedztwo zabudowy mieszkaniowej z terenem inwestycji, a także wobec planowanego 10 - krotnego zwiększenia wydajności zakładu i prac wykonywanych na terenie otwartym, zasadne byłoby przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego celem ochrony zabudowy chronionej.

W wyniku oględzin wyżej wymienionych dokumentów ustalono, co następuje:

- dokumenty wydane przez PPIS w Bielsku-Białej są kompletne, czytelne, zarchiwizowane zgodnie z rzeczowym wykazem akt,
- protokoły są wypełniane zgodnie z procedurą systemu jakości. Niezwłocznie po zakończeniu kontroli, protokoły są zatwierdzane przez kierownika technicznego komórki organizacyjnej. Na ich podstawie wydawane są prawidłowe stanowiska PPIS,
- postępowanie jest prowadzone zgodnie z przepisami. Skontrolowane stanowiska posiadają właściwe podstawy prawne, odpowiednie sentencje i uzasadnienia,
- uzasadnienia pisane są w sposób poprawny pod względem merytorycznym i w oparciu o właściwe podstawy prawne,
- klauzule stosowane są poprawnie,
- skontrolowane sprawy załatwione są terminowo,
- wdrożono jednolite procedury w związku z zajmowanymi stanowiskami w kontekście zapewnienia wymagań sanitarno-higienicznych w obszarach dot.: postępowania w sprawie strategicznej oceny oddziaływania na środowisko przy uzgadnianiu projektów miejscowych planów zagospodarowania terenu oraz studium uwarunkowań - wdrożono przekazane przez GIS, opracowane przez Zespół ds. ocen oddziaływania na środowisko schematy postępowania organów PIS na etapie strategicznej oceny oddziaływania na środowisko,
- wdrożono przekazane przez GIS zalecane do stosowania wzory formularzy, dotyczące udziału organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w dopuszczeniu do użytkowania obiektów budowlanych w trybie art. 56 ustawy z 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U. z 2026 r. poz. 524 z późn.zm.),

- wdrożono przekazane przez ŚPWIS opracowane przez Zespół ds. ocen oddziaływania na środowisko formularze wzorów opinii sanitarnych dot. postępowania w sprawie oceny oddziaływania na środowisko przy uzgadnianiu planowanych inwestycji mogących znacząco oddziaływać na środowisko inwestycji, przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach,
- wdrożono działania edukacyjno-informacyjne na etapie odbioru obiektów budowlanych oraz uzgadniania dokumentacji projektowych. Działania edukacyjne prowadzone są w formie rozmowy, udzielania informacji, odpowiedzi na zadawane pytania. Podstawą do prowadzenia działań są materiały udostępnione przez GIS i ŚPWIS. Informacje o przeprowadzeniu działań są odnotowywane w protokołach kontroli,
- zgodnie z wyjaśnieniami Sekcja NS-NZ na bieżąco prowadzi współpracę z komórkami bieżącego nadzoru w zakresie wymiany informacji dotyczących nowych obiektów oraz dostosowania istniejących obiektów/lokali do wymagań higieniczno-sanitarnych. Prowadzone są na bieżąco wspólne konsultacje i kontrole w terenie szczególnie z NS-BŻ. Prowadzona jest również współpraca z PINB w Bielsku-Białej w zakresie wymiany informacji dot. nowych obiektów i ich zgodności z przedstawionymi projektami budowlanymi (forma telefoniczna i osobiste spotkanie w siedzibie). Prowadzona jest współpraca z Wydziałem Budownictwa i Architektury Urzędu Miasta i Starostwa Powiatowego w Bielsku-Białej (forma telefoniczna i osobiste spotkanie w siedzibie). Prowadzona jest współpraca na bieżąco z jednostkami samorządu terytorialnego (forma pisemna i telefoniczna).

SEKCJA PROMOCJI ZDROWIA I KOMUNIKACJI SPOŁECZNEJ

Integralną część projektu wystąpienia pokontrolnego stanowi załącznik nr 1 z dnia 10.03.2026 roku do wydania 6 Instrukcji Roboczej nr IR/PZ/01 - Ustalenia z kontroli powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej w zakresie działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia.

SEKCJA BADAŃ CHOROÓB ZAKAŻNYCH I ZAKAŻEŃ,

SEKCJA BADAŃ SKUTECZNOŚCI STERYLIZACJI,

SEKCJA BADAŃ ŚRODOWISKOWYCH,

SEKCJA ANALIZ INSTRUMENTALNYCH

AKTUALNOŚĆ PRZEPISÓW PRAWNYCH, WYTYCZNYCH JEDNOSTEK NADRZĘDNYCH

W odniesieniu do działalności laboratoryjnej są stosowane aktualne przepisy prawne i wytyczne jednostek nadrzędnych. Dokumenty są nadzorowane i aktualizowane zgodnie z zapisami w Procedurze Ogólnej Systemu Zarządzania PO-01 „Nadzór nad dokumentami” aktualne wydanie 6 z dnia 30.12.2025 r. Za nadzór nad dokumentami, w tym aktualizację przepisów prawnych oraz wytycznych jednostek nadrzędnych oraz stosowanie aktualnych aktów prawnych przez pracowników odpowiedzialni są Kierownik OL oraz kierownicy techniczni.

Za aktualizację dokumentów pochodzących ze źródeł zewnętrznych odpowiedzialne są osoby zarządzające dokumentami. Aktualizację dokumentów związanych z systemem zarządzania pochodzących ze źródeł zewnętrznych prowadzi się w wykazie tych dokumentów. Natomiast przepisy prawne aktualizowane są na bieżąco, a zapisy prowadzone w wykazie dokumentów.

REALIZACJA PLANU PRACY

Oddział Laboratoryjny realizuje zadania statutowe wyznaczone przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bielsku-Białej.

Badania wody są realizowane na bieżąco dla PPIS w Bielsku Białej oraz państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych województwa śląskiego oraz dla klientów zewnętrznych.

Badania w zakresie chorób zakaźnych i zakażeń są realizowane w ramach bieżącego nadzoru sanitarno-epidemiologicznego dla PPIS w Bielsku-Białej, PPIS w Cieszynie oraz PPIS w Żywcu oraz na zlecenia od klientów zewnętrznych.

W 2025 roku wykonano w ramach działań statutowych: 4864 badania w zakresie higieny komunalnej oraz 16578 badań w zakresie epidemiologii.

W roku 2026 do końca maja wykonano: 1930 badań w zakresie higieny komunalnej oraz 6027 w zakresie epidemiologii.

Zadania są realizowane terminowo.

NADZÓR I AKTUALIZACJA METOD BADAWCZYCH

Sekcje Oddziału Laboratoryjnego Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej w prowadzonych badaniach wykorzystują polskie normy, własne procedury badawcze oraz procedury badawcze oparte na instrukcjach producenta testów wykorzystywanych do badań. Aktualizacja norm dokonywana jest na podstawie informacji dostępnych na stronach internetowych Polskiego Komitetu Normalizacji (www.pkn.pl) oraz informacji ze szkoleń.

Poszczególne sekcje OL posiadają aktualne wykazy posiadanych norm, procedur badawczych i instrukcji roboczych związanych z działalnością techniczną. Procedury badawcze są systematycznie, ale nie rzadziej niż raz w roku przeglądane, pod kątem zgodności z systemem zarządzania, ze zmieniającymi się przepisami prawa oraz wprowadzania niezbędnych uzupełnień wynikających z postępu wiedzy w danej dziedzinie i doskonalenia systemu zarządzania.

W badaniach stosowany jest właściwy tok badań zgodny z zapisami w normach i procedurach badawczych. Dokonywany jest właściwy dobór metod do wykonywanych badań. Zapisy dotyczące przebiegu badania prowadzone są wyraźnie, czytelnie i przejrzysto, z możliwością odtworzenia toku badania.

WALIDACJA/WERYFIKACJA METOD BADAWCZYCH I SZACOWANIE NIEPEWNOŚCI

Walidację/weryfikację metod przeprowadza się zgodnie z procedurami systemu zarządzania: Procedurą Ogólną Systemu Zarządzania PO-15 „Walidacja/weryfikacja metod badawczych” wydanie 6 z 01.09.2025 r. oraz Procedurą Ogólną Systemu Zarządzania PO-16 „Walidacja/weryfikacja metod mikrobiologicznych” wydanie 7 z 30.12.2025 r.

Stosowane w badaniach metody są poprawnie zweryfikowane/zwalidowane oraz odpowiednio udokumentowane. Na podstawie przeprowadzonego przeglądu wybranych kart walidacji/weryfikacji potwierdza się, że w kontrolowanym zakresie metody stosowane w badaniach laboratoryjnych były adekwatne do zamierzonego zastosowania.

NADZÓR NAD WYPOSAŻENIEM

Nadzór nad wyposażeniem jest prowadzony zgodnie z obowiązującą Procedurą Ogólną Systemu Zarządzania nr PO-04 „Nadzór nad wyposażeniem” aktualne wydanie 5 z dnia 13.04.2026 r. Stosowane w badaniach i pomiarach wyposażenie zapewnia wymaganą dokładność wykonywanych badań, niezbędną do uzyskiwania ważnych wyników oraz jest pod stałym nadzorem personelu.

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 zewnętrznie, tam, gdzie to jest wymagane oraz wewnętrznie, w laboratorium przez upoważnionych pracowników, 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. Wzorcowanie przyrządów pomiarowych i wzorców pomiarowych roboczych wykonywane jest zgodnie opracowanym dla

danego wyposażenia harmonogramem zewnętrznego wzorcowania i sprawdzania wyposażenia - załącznik nr 1 do Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04. Laboratorium prowadzi na bieżąco analizę świadectw wzorcowania oraz weryfikuje, czy wyposażenie spełnia wyspecyfikowane wymagania na podstawie ustalonego kryterium przyjęcia. Decyzję dotyczącą wyznaczania czasu między wzorcowaniami podejmują upoważnione osoby posiadające odpowiednie kompetencje techniczne, które odpowiedzialne są również za ich weryfikację przy zastosowaniu metody schodkowej biorąc pod uwagę również inne istotne czynniki. Termin następnego wzorcowania może być wydłużony lub skrócony na podstawie analizy wyników otrzymanych na świadectwie wzorcowania. Laboratorium realizuje właściwie politykę zachowania spójności pomiarowej zgodnie z wytycznymi dokumentu DA-06 „Polityka dotycząca spójności pomiarowej wyników pomiarów”.

OBSŁUGA KLIENTA (REJESTR ZLECEŃ, PRZEGLĄDY ZLECEŃ, SPRAWOZDANIA Z BADAŃ)

Współpraca z klientem odbywa się zgodnie z założeniami zawartymi w Procedurze Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-02 „Obsługa klienta” aktualne wydanie 5 z dnia 30.12.2025 r. Poszczególne sekcje realizują zlecenia dla klientów wewnętrznych (którymi są: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Bielsku-Białej oraz inni państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni) oraz dla klientów zewnętrznych. W celu pełnej identyfikacji potrzeb klienta i realizacji jego oczekiwań w Oddziale Laboratoryjnym przeprowadza się przegląd zleceń.

W przeglądzie zawarte są wszystkie niezbędne ustalenia dotyczące między innymi: zakresu badań i terminu realizacji zlecenia, metod badawczych, oceny adekwatności zasobów do wykonania badania i pomiarów, przedstawiania niepewności wyników badań i pomiarów, 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. Zapisy są nadzorowane i zawierają informacje pozwalające prześledzić przebieg badań. Sprawozdania z wykonanych badań spełniają wymogi normy PN-ISO/IEC 17025.

WARUNKI LOKALOWE I ŚRODOWISKOWE

Oddział Laboratoryjny posiada personel, pomieszczenia laboratoryjne, wyposażenie, a także systemy i usługi wsparcia niezbędne do zarządzania i prowadzenia działalności laboratoryjnej. Pomieszczenia Oddziału Laboratoryjnego są zabezpieczone przed dostępem osób postronnych. Wyposażone są w sprzęt i wyposażenie niezbędne do wykonywania badań. Tam, gdzie jest to wymagane ze względu na wpływ na ważność wyników badań i pomiarów, warunki środowiskowe są monitorowane, kontrolowane i rejestrowane zgodnie z odpowiednimi specyfikacjami lub metodykami badawczymi. Kontrola warunków środowiska polega np. na pomiarze temperatury, wilgotności, sprawdzaniu mikrobiologicznej czystości powietrza i powierzchni. Wymagania dotyczące pomieszczeń i warunków środowiskowych są udokumentowane w odpowiednich dokumentach działalności technicznej a zapisy wyników kontroli dokonywane są na odpowiednich formularzach.

SKARGI (REJESTR SKARG, POSTĘPOWANIE ZE SKARGAMI)

1) Rejestr skarg:

Rejestr skarg prowadzony jest przez Kierownika Oddziału Laboratoryjnego. Kierownik Oddziału Laboratoryjnego prowadzi Rejestr skarg dotyczących OL w systemie EZD - załącznik nr 1 do Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-06 „Postępowanie ze skargami” aktualne wydanie 5 z dnia 10.04.2026 r. W okresie od 08.10.2022 r. do chwili obecnej (18.06.2026 r.)

wpłynęła 1 skarga na działalność laboratoryjną. W dniu 14.11.2022 r. wpłynęła skarga (L.dz. 10160.2022), która została rozpatrzona zgodnie z procedurą. Skarga dotyczyła według skarżącego niewłaściwego zachowania pracownika w punkcie przyjmowania próbek. Skarga nie została uznana, do skarżącego skierowano pismo znak OL.701.67.2022 (L.dz. 10160.2022).

- 2) Sposób załatwiania skarg – zgodnie z Procedurą Ogólną Systemu Zarządzania nr PO-06 „Postępowanie ze skargami” 5 z dnia 10.04.2026 r.

UDZIAŁ W BADANIACH BIEGŁOŚCI ORAZ UZYSKANE WYNIKI

Kontrolowane sekcje Oddziału Laboratoryjnego regularnie uczestniczyły w badaniach biegłości i porównaniach międzylaboratoryjnych zgodnie z opracowanymi planami uczestnictwa w badaniach biegłości i/lub porównaniach międzylaboratoryjnych. Wyniki badań biegłości i porównań międzylaboratoryjnych uzyskane w kontrolowanym okresie potwierdzają kompetencje techniczne poszczególnych sekcji Oddziału Laboratoryjnego w zakresie prowadzonych badań.

KORZYSTANIE Z USŁUG ZEWNĘTRZNYCH DOSTAWCÓW

W przypadku braku możliwości wykonania badań Oddział Laboratoryjny korzysta z usług kompetentnych dostawców usług zewnętrznych. Na dostawców usług zewnętrznych w zakresie badań laboratoryjnych wybiera się laboratoria akredytowane w zakresie zlecanego parametru. Informacja o korzystaniu z usług dostawcy zewnętrznego w zakresie badań jest zawarta w przeglądzie zlecenia.

Sposób postępowania jest opisany w Procedurze Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-07 „Wyroby i usługi dostarczane z zewnątrz” aktualne wydanie 6 z dnia 30.12.2025 r.

W kontrolowanym okresie Oddział Laboratoryjny korzystał z usług zewnętrznych dostawców badań w zakresie potwierdzania tożsamości szczepów bakteryjnych (Laboratorium WSSE w Katowicach).

INNE ZAGADNIENIA

Pracownicy Oddziału Laboratoryjnego PSSE w Bielsku-Białej posiadają aktualne zakresy obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień. Zapisy sprawdzono na przykładzie „Zakresu obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień Pani [REDAKTOWANE] - asystenta w Sekcji Analiz Instrumentalnych, który został zatwierdzony przez Dyrektora PSSE w Bielsku-Białej w dniu 2 stycznia 2025 r. a następnie podpisany przez pracownika, który przyjął zakres do wiadomości i stosowania.

Każdemu z pracowników przyznane są stosowne upoważnienia. Podczas kontroli sprawdzono upoważnienia: upoważnienie do wykonywania analiz oraz obsługi wyposażenia niezbędnego do wykonania badań, upoważnienie do autoryzacji sprawozdań z badań, upoważnienie do opracowywania, modyfikacji metod badawczych, do wyznaczania czasookresów między wzorcowaniami oraz do przedstawiania stwierdzeń zgodności dla Pani [REDAKTOWANE] - asystenta w Sekcji Analiz Instrumentalnych.

OCENA PRAWIDŁOWOŚCI POSTĘPOWANIA KIEROWNIKA DS. JAKOŚCI

W Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku - Białej obowiązuje system zarządzania zgodny z wymaganiami normy PN-EN ISO/IEC 17020:2012, oparty na Procedurach Ogólnych Systemu Zarządzania i Instrukcjach Roboczych opracowanych w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Katowicach (WSSE w Katowicach) oraz w Głównym Inspektoracie Sanitarnym (GIS). Został on opisany w Księdze Jakości Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku - Białej (wydanie 9 z dnia 04.11.2024 r.). Księga Jakości obowiązuje w Oddziale Nadzoru Sanitarnego (ONS) i Sekcji Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej (PZ).

Zgodnie z decyzją Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bielsku - Białej (PPIS w Bielsku - Białej) / Dyrektora PSSE w Bielsku - Białej za system zarządzania odpowiada starszy asystent ONS-BŻ, któremu powierzono wykonywanie obowiązków kierownika do spraw jakości. W czasie nieobecności jej obowiązki w tym zakresie przejmuje zastępca PPIS/ kierownik ONS.

Obowiązki, odpowiedzialności i uprawnienia dla każdego stanowiska i funkcji zostały ww. osobom przekazane w „Zakresach obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień” odpowiednio z dnia: 25.11.2024 r. i 02.01.2023 r.

Dodatkowo w rozdziale 5 Księgi Jakości „Wymagania dotyczące struktury”, podano personalia kierownika Oddziału Nadzoru Sanitarnego (ONS), kierowników komórek organizacyjnych, kierowników technicznych i osób zastępujących oraz ogólne zadania kierowników komórek organizacyjnych i kierowników technicznych.

WYMAGANIA DOTYCZĄCE SYSTEMU ZARZĄDZANIA

Nadzór nad dokumentami

Sprawdzono prawidłowość postępowania kierownika do spraw jakości przy nadzorowaniu dokumentów systemu zarządzania i działalności technicznej. Dokumenty objęte nadzorem opracowane są w WSSE w Katowicach, w Głównym Inspektoracie Sanitarnym (GIS) lub w PSSE w Bielsku - Białej.

Potwierdzono aktualność przykładowych dokumentów systemu zarządzania i działalności technicznej opracowanych w WSSE w Katowicach i przykładowych dokumentów systemu zarządzania opracowanych przez GIS.

Kierownik do spraw jakości nadzoruje również dokumenty wewnętrzne opracowane w PSSE w Bielsku - Białej takie jak np. Księga Jakości. Prawidłowość postępowania w zakresie wprowadzania zmian do dokumentów oceniono na przykładzie wniosku o zmianę nr Kdj/2/2026. Zgodnie z tym wnioskiem wdrożono ostatnią zmianę do 9 wydania Księgi Jakości, która została zatwierdzona przez PPIS w Bielsku - Białej w dniu 01.04.2026 r. Wprowadzona zmiana w rozdziale 7 była związana z wdrożeniem do stosowania dokumentu zewnętrznego opracowanego przez GIS pod tytułem „Procedura operacyjna z dnia 01.04.2026 r. - Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie nadzoru nad szpitalnymi ogniskami epidemicznymi” (pismo GIS nr EP.HL.752.10.2026 z dnia 01.04.2026 r.) oraz uchycieniem Instrukcji roboczej nr IR/NS-EP/01 „Postępowanie w ognisku zakażenia szpitalnego”.

Aktualne dokumenty wewnętrzne i zewnętrzne dotyczące systemu zarządzania są dostępne dla pracowników ONS i PZ poprzez wewnętrzną sieć obiegu informacji – INTRANET (<http://10.0.0.210/sjn/>). Panel główny INTRANETU podzielony jest na zakładki dedykowane poszczególnym komórkom organizacyjnym (w zakładkach tych znajdują się informacje niezbędne dla pracowników danej komórki). Ponadto znajdują się zakładki skierowane dla auditorów, zakładka dotycząca procedur i instrukcji systemu zarządzania, zakładka dotycząca obserwacji personelu, przeglądu zarządzania itd.

O wszelkich zmianach w dokumentacji systemowej personel informowany jest na bieżąco po wprowadzeniu zmiany za pośrednictwem wewnętrznej sieci informatycznej (np. poczty e-mail, a od 2026 r. w systemie EZD-RP) i/ lub podczas szkoleń wewnętrznych/narad.

Przykładowe wiadomości:

- e-mail z dnia 28.06.2024 r. 12:43 informujący kierowników, kierowników technicznych poszczególnych komórek organizacyjnych o zmianie załącznika nr 3 do wydania 7 procedury Nr PO-07,
- e-mail z dnia 21.08.2024 r. 11:34 informujący kierownika technicznego sekcji ONS-BŻ o nowym wydaniu procedury oraz instrukcji (Procedury Planowania Audytów Wewnętrznych w oparciu o analizę ryzyka, wydanie 4 z 02.08.2024 r. oraz Instrukcji

przeprowadzania audytu wewnętrznego dotyczącej stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2017/625 z dnia 15 marca 2017 r.),

- e-mail z dnia 17.12.2024 r. 13:05 informujący kierowników, kierowników technicznych poszczególnych komórek organizacyjnych, auditorów, kandydatów na auditorów o planowanym szkoleniu („Księga Jakości. Nadzór nad dokumentami – wybrane aspekty”).

Kierownik do spraw jakości, kierownicy/kierownicy techniczni lub wyznaczeni pracownicy sporządzają i aktualizują w poszczególnych komórkach organizacyjnych wykazy (Wykaz dokumentów nadzorowanych, załącznik nr 1 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 7 procedury nr PO-01). Elektroniczny wykaz prowadzony przez kierownika do spraw jakości jest dostępny dla pracowników ONS i PZ w INTRANECIE. Jest on podzielony na 6 zakładerek, tj. Księga Jakości, Instrukcje WSSE, Procedury GIS, Dokumenty Systemu zarządzania, Instrukcje PSSE, Normy/Piśmiennictwo.

Personel PSSE w Bielsku - Białej na bieżąco korzysta z aktualnych przepisów prawnych dostępnych na stronach internetowych: www.rcl.gov.pl, www.sejm.gov.pl, eur-lex.europa.eu i w licencjonowanym programie informacji prawnej LEX. W systemie LEX utworzono wykazy dokumentów nadzorowanych - przepisów prawnych, które są przydatne w realizacji zadań w poszczególnych komórkach organizacyjnych. Kierownicy techniczni, w celu monitorowania aktualności zapisów uruchomili w ramach swoich dostępów do systemu LEX, tzw. „alerty” na akty prawne, które stosowane są w ich komórkach organizacyjnych.

Poprawność postępowania w tym zakresie oceniono na podstawie przykładowych zapisów odnotowanych w Protokole oględzin z dnia 08.06.2026 r.

Kierownik do spraw jakości nadzoruje dokumenty systemu zarządzania w sposób zgodny z wymaganiami procedury nr PO-01 „Nadzór nad dokumentami i zapisami”.

Nadzór nad zapisami

Zgodnie z wymaganiami procedury nr PO-01 nadzór nad zapisami obejmuje m.in. ich sprawdzanie, przeglądanie, zatwierdzanie, właściwe przechowywanie i archiwizowanie. Jednym z prowadzonych zapisów są protokoły z kontroli. Kierownicy/kierownicy techniczni przed zatwierdzeniem protokołów z kontroli sprawdzają ich prawidłowość, szczególnie przywoływane w protokołach akty prawne oraz ich publikatory. Nadzór nad prawidłowością postępowania w tym zakresie oceniono na przykładzie przykładowych protokołów kontroli odnotowanych w Protokole oględzin z dnia 08.06.2026 r. W tych protokołach zastosowano obowiązujące w chwili stosowania teksty ustaw: ustawy o PIS, ustawy Kodeks Postępowania Administracyjnego (w tym obowiązujący Publikator).

Pozostałe zapisy, w tym rejestry szkoleń, wykazy dokumentów nadzorowanych, listy obecności, plany itd. również są nadzorowane, sporządzane i przechowywane w sposób zapewniający ich bezpieczeństwo. Zapisy gromadzone są w formie elektronicznej lub papierowej. Zapisy tworzone w formie elektronicznej są zabezpieczone poprzez tworzenie kopii zapasowych na serwerze.

Poprawność postępowania w tym zakresie oceniono na podstawie przykładowych zapisów odnotowanych w Protokole oględzin z dnia 08.06.2026 r.

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

Audity wewnętrzne

Poprawność postępowania w zakresie planowania i przeprowadzania auditów wewnętrznych potwierdzono na podstawie przedstawionej dokumentacji auditowej. Kierownik do spraw jakości zarządza auditami wewnętrznymi i dokumentuje proces auditowania.

Kierownik do spraw jakości do procesu planowania wykorzystuje opracowany przez siebie arkusz „Harmonogram auditów” pozwalający na zaplanowanie wszystkich elementów systemu zarządzania wynikających z normy PN-EN ISO/IEC 17020 w skali stacji w ciągu danego roku.

Ww. harmonogram stanowi narzędzie pozwalające na wykazanie skuteczności systemu zarządzania oraz udowodnienie jego stabilności w poszczególnych komórkach organizacyjnych, a co za tym idzie wskazanie zakresu auditu w tych komórkach.

Kierownik do spraw jakości dokumentuje ocenę skuteczności systemu zarządzania i jego stabilności, która opiera się o wyniki auditów, skargi klientów, zasadność skarg, odwołania, zasadność odwołań, analizę dzienników niezgodności, analizę realizacji planów pracy oraz analizę dotyczącą personelu – wykorzystując do tego odpowiednie nadrzędzie przygotowane w programie Excel.

Od 2023 r. planując audyty wskazuje zakres auditu w poszczególnych komórkach organizacyjnych biorąc pod uwagę m.in. historię poprzednich planów, specyfikę funkcjonowania komórek organizacyjnych, rodzaj prowadzonych działań, liczbę personelu oraz stopień wykorzystania wyposażenia. Co roku w okresie planowania działalności na rok następny, kierownik do spraw jakości przeprowadza analizę ryzyka operacyjnego i korupcyjnego (w ramach funkcjonującej w PSSE w Bielsku-Białej kontroli zarządczej) dla poszczególnych zadań, w tym m.in. dla procesu auditowania prowadzonego w PSSE w Bielsku-Białej.

W celu sprawnego przeprowadzania danego cyklu auditów wewnętrznych, auditorzy, kandydaci na auditorów, kierownik do spraw jakości oraz kierownik ONS przygotowują wspólnie pytania dotyczące wszystkich punktów normy PN-EN ISO/IEC 17020:2012. Pytania te stanowią narzędzie pozwalające i zapewniające, że audit przeprowadzony będzie dokładnie, szczegółowo, a wnioski będą spójnie interpretowane (przykładowe pytania - dokument Excel).

Auditor wiodący do każdego auditu sporządza Plan auditu wewnętrznego (minimum 7 dni przed datą planowanego auditu). Po przeprowadzeniu auditu auditor wiodący przy udziale członka zespołu auditującego, w terminie nie dłuższym niż 15 dni roboczych sporządza Raport z auditu wewnętrznego, który zawiera dowody zgodności (próbki audytowe) pozwalające prześledzić przebieg auditu, wnioski oraz wszystkie inne wymagane informacje. Kierownicy auditowanych komórek i kierownik do spraw jakości dokonują oceny auditorów. Do końca danego roku kierownik do spraw jakości podejmuje decyzję o pozostawieniu auditorów wewnętrznych w rejestrze auditorów i na tej podstawie sporządza projekt rejestru auditorów na kolejny rok. Rejestr ten jest jednym z elementów omawianych na przeglądzie zarządzania i stanowi załącznik do jego protokołu np.:

- Rejestr auditorów wewnętrznych na 2023 rok został sporządzony w dniu 12.01.2023 r. (zawierał 8 nazwisk auditorów wewnętrznych),
- Rejestr auditorów wewnętrznych na 2025 rok został sporządzony w dniu 12.01.2025 r. (zawierał 11 nazwisk auditorów wewnętrznych).

Co roku po zakończeniu cyklu auditów oraz po dokonaniu oceny auditorów, kierownik do spraw jakości w ramach działań doskonalących sporządza sprawozdanie z wykonania programu auditów wewnętrznych, które jest omawiane na naradach / szkoleniach wewnętrznych oraz wraz z listą auditorów wewnętrznych na przeglądach zarządzania np.:

- sprawozdanie z auditów za 2023 rok (sporządzono 27.12.2023 r.) – szkolenie wewnętrzne 14.02.2024 r. temat: Audyty i ich dokumentowanie – w szkoleniu uczestniczyło 11 osób,
- sprawozdanie z auditów za 2025 rok (sporządzono 30.12.2025 r.) – szkolenie wewnętrzne 16.02.2026 r. temat: Podsumowanie auditów – w szkoleniu uczestniczyło 10 osób.

Zgodnie z wymaganiami normy PN-EN ISO/IEC 17020:2012 (pkt. 8.6.5 e) konieczne jest identyfikowanie wszelkich możliwości doskonalenia procesu auditowania poprzez ciągłe szkolenie

auditorów wewnętrznych i zarządzającego auditami. Powyższe wymaganie jest realizowane poprzez szkolenia auditorów wewnętrznych organizowane we własnym zakresie przez kierownika do spraw jakości oraz uczestnictwo w szkoleniach organizowanych przez Głównego Specjalistę do spraw Systemu Jakości WSSE w Katowicach (np. w szkoleniu doskonalącym dla auditorów wewnętrznych systemu zarządzania w jednostce przeprowadzającej inspekcję wg normy PN-EN ISO/IEC 17020:2012 „Ocena zgodności – wymagania dotyczące działania różnych rodzajów jednostek przeprowadzających inspekcję”, w dniu 12.05.2026 r. uczestniczyło 5 auditorów wewnętrznych PSSE w Bielsku - Białej).

Poprawność postępowania w tym zakresie oceniono na podstawie przykładowych zapisów odnotowanych w Protokole oględzin z dnia 08.06.2026 r.

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

Odstępstwa, działania: korygujące, zapobiegawcze/doskonalące

W okresie objętym kontrolą w PSSE w Bielsku - Białej nie zapisano odstępstw (brak zapisów w załączniku nr 7 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 7 procedury nr PO-01 „Rejestr odstępstw”).

Zgodnie z procedurą nr PO-03 „Działania korygujące” w PSSE w Bielsku - Białej identyfikuje się i analizuje problemy mogące mieć wpływ na prawidłowość prowadzonych czynności. Według informacji otrzymanej od kierownika do spraw jakości w latach 2022-2026 r. auditorzy przeprowadzający audyty wewnętrzne nie zapisali niezgodności.

Kierownicy komórek organizacyjnych ONS i PZ w momencie zidentyfikowania problemu również oceniają ryzyko i podejmują odpowiednie działania: dokonują wpisu do Dziennika Niezgodności komórki organizacyjnej i sporządzają Karty niezgodności. Odpowiednie zapisy znajdują się w prowadzonym przez kierownika do spraw jakości „Rejestrze niezgodności” (załącznik nr 3 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 5 procedury nr PO-03).

W okresie objętym kontrolą prowadzono działania zapobiegawcze i doskonalące, które kierownik do spraw jakości wpisuje do elektronicznego Rejestru działań zapobiegawczych/ doskonalących w PSSE w Bielsku – Białej.

Poprawność postępowania w tym zakresie oceniono na podstawie przykładowych zapisów odnotowanych w Protokole oględzin z dnia 08.06.2026 r.

Tryb postępowania w zakresie korekcji, działań korygujących, działań zapobiegawczych i doskonalących jest zgodny z wymaganiami procedur nr: PO-02 „Audit wewnętrzny”, PO-03 „Działania korygujące” i PO-08 „Działania zapobiegawcze/doskonalące”.

Przeglądy zarządzania

Przeglądy zarządzania przeprowadzane są raz w roku. Termin przeglądu zarządzania jest ustalany przez PPIS/dyrektora PSSE w Bielsku – Białej wspólnie z kierownikami technicznymi podczas narady. Po ustaleniu terminu kierownik do spraw jakości informuje wszystkich uczestników (od 2026 r. robi to za pośrednictwem EZD RP) o tematyce materiałów, które należy przedstawić, a następnie przekazuje im program przeglądu zarządzania.

Program przeglądu zarządzania określa dane wejściowe do przeglądu zarządzania w tym między innymi: ocenę przydatności polityk, procedur i realizacji celów, sprawozdanie personelu kierowniczego w tym: wyniki monitorowania pracowników przeprowadzających kontrolę, merytoryczną ocenę personelu, informację o wykonaniu planu pracy w tym kontroli, ocenę wyposażenia, potrzeby szkoleniowe, propozycje zmian w systemie zarządzania; wyniki auditów wewnętrznych, ocenę auditorów wewnętrznych, itd.

Uczestnikami przeglądów zarządzania organizowanych przez PPIS w Bielsku – Białej poza kierownikiem do spraw jakości są: zastępca PPIS / Kierownik Oddziału Nadzoru Sanitarnego,

kierownicy/kierownicy techniczni poszczególnych komórek organizacyjnych ONS i PZ, kierownik Oddziału Administracji, kierownik sekcji do spraw pracowniczych oraz Główna Księgowa. Podczas przeglądów zarządzania PPIS w Bielsku - Białej formułuje tzw. dane wyjściowe, określa między innymi cele operacyjne i podejmuje decyzje o sformułowaniu ustaleń.

Po przeprowadzonym przeglądzie kierownik do spraw jakości sporządza protokół z przeglądu zarządzania.

Poprawność postępowania w zakresie planowania, przeprowadzania i dokumentowania przeglądu zarządzania oceniono na podstawie przykładowych zapisów odnotowanych w Protokole oględzin z dnia 08.06.2026 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 dla personelu przeprowadzającego inspekcję (kontrolę)

Zgodnie z zapisami rozdziału 6 „Wymagania dotyczące zasobów” obowiązującej w PSSE w Bielsku - Białej Księgi Jakości kwalifikacje i doświadczenie personelu kierowniczego oraz technicznego spełniają wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególnych stanowiskach pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej. W celu spełnienia zapisów tych zapisów, w ramach działań doskonalących i funkcjonującej w PSSE w Bielsku-Białej kontroli zarządczej ustanowiono Kodeks Dobrych Praktyk w rekrutacji, zgodnie z którym w przypadku zatrudniania nowych pracowników w ofertach pracy zamieszcza się wymagania dotyczące m.in. wykształcenia i innych umiejętności. Kierownik ds. pracowniczych w przypadku awansu pracownika sprawdza jego staż pracy oraz wykształcenie w zależności od proponowanego stanowiska w odniesieniu do zapisów ww. rozporządzenia. W rozdziale 2 ww. Księgi Jakości zapisano deklarację kierownictwa dotyczącą polityki jakości, w której określono cele strategiczne oraz zasady ich realizacji. W deklaracji dotyczącej bezstronności zidentyfikowano ryzyka zagrażające bezstronności. Zasady realizacji bezstronności i niezależności opisano w rozdziale 4 Księgi Jakości. W rozdziale 1 obowiązującej Księgi Jakości zapisano deklarację PPIS w Bielsku-Białej, zgodnie z którą zadania realizowane są przez wykwalifikowany personel w sposób rzetelny, niezależny, bezstronny przy zachowaniu zasad poufności. W związku z powyższym pracownicy zostali zobowiązani do podnoszenia kwalifikacji, zachowania bezstronności i poufności m.in. podpisując zakresy obowiązków.

PPIS w Bielsku-Białej co roku zabezpiecza środki finansowe na realizację szkoleń personelu. Poszczególne komórki organizacyjne co roku sporządzają plany szkoleń wewnętrznych z podziałem na półroczna, a od roku 2023 kierownik techniczny lub kierownik sekcji prowadzi na bieżąco wykaz szkoleń zewnętrznych dla danej komórki organizacyjnej. 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 planów zamierzeń działalności na dany rok oraz wynikają z bieżących potrzeb. Wdrożono możliwość korzystania ze szkoleń on-line oraz prowadzonych przez GIS webinarów, co powoduje możliwość korzystania z oferty szkoleniowej większej ilości osób.

Planowanie i realizacja szkoleń odbywa się zgodnie z wymaganiami procedury nr PO-04 „Personel przeprowadzający kontrolę i inne czynności inspekcyjne”.

Ze szkoleń zewnętrznych uczestnicy sporządzają notatki (stanowią one jedno 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 komórki organizacyjnej.

Szkolenie pracowników przyjmowanych do pracy odbywa się zgodnie z wymaganiami ustalonymi w pkt. 3.2.1 procedury nr PO-04 „Personel przeprowadzający kontrolę i inne czynności inspekcyjne”, a zapisy prowadzone są w Kartach szkolenia wstępnego (załącznik nr 1 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 5 procedury nr PO-04). Zakres szkolenia wstępnego obejmuje, poza zakresem wymienionym w procedurze:

- zadania merytoryczne, w tym dokumentowanie pracy,
- znajomość przepisów prawa wraz z systemem informacji prawnej LEX,
- system zarządzania,
- zasady kontroli zarządczej,
- znajomość struktury organizacyjnej,
- znajomość przepływu informacji,
- szkolenia w poszczególnych komórkach organizacyjnych,
- obsługa wprowadzanych systemów teleinformatycznych, w tym SEPIS, EZD RP.

Ostatnim elementem szkolenia pracownika jest monitorowanie jego pracy w terenie. Na podstawie oceny z monitorowania dopuszcza się pracownika do samodzielnego wykonywania zadań.

Poprawność postępowania oceniono na podstawie przykładowych zapisów odnotowanych w Protokole oględzin z dnia 08.06.2026 r.

W PSSE w Bielsku - Białej zgodnie z zapisami procedury nr PO-07 przeprowadza się monitorowanie pracy wszystkich pracowników. W celu nadzoru nad częstotliwością obserwacji pracowników w poszczególnych komórkach organizacyjnych kierownicy komórek organizacyjnych z kierownikami techniczni opracowują „harmonogram obserwacji”. Harmonogram ten obejmuje wykaz wszystkich pracowników z zaznaczeniem roku, w którym poddany był obserwacji. Ułatwia to prawidłowe przygotowywanie programu obserwacji w sposób spełniający wymogi procedury ogólnej PO-07. Programy sporządza się tak, aby każdy pracownik monitorowany był minimum raz na cztery lata z każdej dziedziny „kontrolnej”. Kierownik ONS co roku sporządza listę osób, które będą przeprowadzać monitorowanie pracowników. Prawidłowość postępowania oceniono na podstawie przykładowych zapisów odnotowanych w Protokole oględzin z dnia 08.06.2026 r.

Tryb postępowania w powyższym zakresie jest zgodny z wymaganiami zawartymi w procedurach nr: PO-04 „Personel przeprowadzający kontrolę i inne czynności inspekcyjne” i nr PO-07 „Monitorowanie przeprowadzania kontroli i innych czynności inspekcyjnych”.

Wymagania dotyczące środków technicznych i wyposażenia

Wyposażenie wykorzystywane do realizacji działalności inspekcyjnej/kontrolnej jest nadzorowane zgodnie z wymaganiami procedury nr PO-05 „Wyposażenie”. Nadzór nad posiadanym wyposażeniem obejmuje: klasyfikację, oznakowanie, wzorcowanie, sprawdzanie, konserwację, modernizację i naprawę. Wyposażenie jest używane wyłącznie przez uprawniony personel (odpowiednie zapisy zawarto w Zakresach obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień). Kierownik techniczny sekcji lub wyznaczony pracownik na bieżąco sporządzają wykazy wyposażenia stosowanego w komórce organizacyjnej. Wyposażenie mające znaczący wpływ na wyniki inspekcji/kontroli jest wzorcowane przed włączeniem do użytkowania, a w kolejnych latach zgodnie z ustalonym harmonogramem. Dla wyposażenia zakładane są karty instalacji. W zależności od wyposażenia (czy jest to przyrząd pomiarowy, sprzęt pomocniczy, sprzęt komputerowy) sprawowany jest nad nim nadzór polegający na sprawdzaniu (bieżącym, okresowym), jeśli konieczne wzorcowaniu, w przypadku awarii na wycofaniu z użycia, prawidłowym oznakowaniu wadliwego sprzętu i ewentualnie naprawie i konserwacji. Sprzęt komputerowy jest sprawdzany co najmniej raz na rok przez informatyka co jest potwierdzone odpowiednimi zapisami. Sprzęt

komputerowy zabezpieczony jest przed utratą zabezpieczonych danych m.in. poprzez przechowywanie w sposób zabezpieczający przed dostępem do osób niepowołanych, stosowanie UPS, stosowanie hasła, tworzenie kopii zapasowych, korzystanie tylko z programów licencjonowanych, antywirusowych. Ponadto każdy sprzęt komputerowy przypisany jest do konkretnego pracownika. Powyższe obowiązki dotyczące zabezpieczenia m.in. sprzętu znajdują odzwierciedlenie w zakresach obowiązków. W ramach działań doskonalących po zmaterializowaniu się ryzyka dotyczącego możliwej utraty danych wskutek wygaszenia licencji użytkownika w związku z dłuższą nieobecnością pracownika przygotowano rekomendacje dotyczące postępowania z danymi i kontami użytkowników w przypadku odejścia pracownika lub długotrwałej nieobecności oraz określono ścieżkę postępowania w zakresie archiwizowania lub przenoszenia danych. Sprzęt i wyposażenie przechowywany jest w zależności od rodzaju albo w pokoju prób albo w wyznaczonych miejscach albo przechowują wyznaczeni pracownicy. Natomiast przechowywany jest zawsze w taki sposób, aby zapewnić jego gotowość do zamierzonego zastosowania. W każdej komórce organizacyjnej znajduje się tzw. czerwona etykieta, która w przypadku, gdy wyposażenie lub sprzęt nie może być użyty (sprzęt wadliwy, którego wzorcowanie straciło ważność) jest naklejana na to wyposażenie.

Konserwacja wyposażenia przeprowadzana jest zgodnie z wymogami odpowiednich instrukcji obsługi. Poprawność postępowania w zakresie nadzoru nad wyposażeniem oceniono na podstawie przykładowych zapisów odnotowanych w Protokole oględzin z dnia 08.06.2026 r.

Tryb postępowania z wyposażeniem jest zgodny z wymaganiami obowiązującej procedury nr PO-05 „Wyposażenie”.

Zgodnie z Regulaminem nadzoru nad działalnością Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych województwa śląskiego z urzędu dokonano następujących zmian w wystąpieniu pokontrolnym w stosunku do zapisów w projekcie wystąpienia pokontrolnego:

- na stronie 3 w **PROWADZONE EWIDENCJE I REJESTRY** zdanie w brzmieniu:
W Sekcji Epidemiologii prowadzi się rejestry, ewidencje oraz wykazy głównie w formie elektronicznej, wyjątki stanowią rejestry temperatury w chłodniach w magazynie szczepionek, ewidencja wyjść i ewidencja pobranych biletów autobusowych.
zamieniono na
W Sekcji Epidemiologii prowadzi się rejestry, ewidencje oraz wykazy głównie w formie elektronicznej, wyjątki stanowią: rejestr temperatury w chłodniach w magazynie szczepionek z odczytami temperatury z termometrów manualnych min.-max. dokonywanymi jako dodatkowa kontrola dwa razy dziennie przez pracowników merytorycznych ds. szczepień (na obowiązujących drukach - zgodnie z systemem jakości) – główne rejestry temperatury w chłodniach z całodobowego monitoringu są prowadzone w wersji elektronicznej; ewidencja wyjść i ewidencja pobranych biletów autobusowych.
- na stronie 3 w pkt 2. **W zakresie sprawowanego bieżącego nadzoru nad podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą (na podstawie wybranej dokumentacji- próba)**
zdania w brzmieniu:
W 2025 roku pod nadzorem Sekcji Epidemiologii znajdowały się 134 obiekty, w tym 22 punkty szczepień, 5 szpitali (w tym jeden zamiejscowy, jeden jednodniowy) 46 przychodni, 0 laboratoriów, 51 gabinetów lekarskich, 1 praktyka pielęgniarek i położnych, 13 innych zakładów prowadzących działalność medyczną.
W 2025 roku wydano: 13 decyzji administracyjnych nakazujących usunięcie stwierdzanych nieprawidłowości, 14 decyzji płatniczych, 0 tytułów wykonawczych, 0 upomnień oraz 3 mandaty karne na kwotę 400 zł. Nie wydano natomiast żadnego postanowienia oraz decyzji opiniującej.
zamieniono na

W 2025 roku pod nadzorem Sekcji Epidemiologii znajdowało się 647 obiektów, w tym 104 punkty szczepień, 21 szpitali w tym 8 szpitali jednodniowych, 1 stacja dializ, 0 zakładów opiekuńczo-leczniczych, 0 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, 1 hospicjum, 282 przychodnie, 4 laboratoria, 295 gabinetów lekarskich, 4 praktyki pielęgniarek i położnych, 39 innych zakładów prowadzących działalność medyczną.

W 2025 roku wydano: 15 decyzji administracyjnych nakazujących usunięcie stwierdzanych nieprawidłowości (w tym 1 umarzającą), 3 decyzje płaćnicze, 0 tytułów wykonawczych, 0 upomnień oraz 0 mandatów karnych, 0 postanowień oraz 0 decyzji opiniujących.

8.Stwierdzone nieprawidłowości, w tym: zakres, przyczyny i skutki stwierdzonych nieprawidłowości oraz osoby odpowiedzialne:

Nieprawidłowości nie stwierdzono.

9. Zalecenia /wnioski, dotyczące usunięcia nieprawidłowości lub poprawy funkcjonowania jednostki kontrolowanej.

Biorąc pod uwagę powyższe ustalenia nie wydaje się zaleceń pokontrolnych.

10.Termin złożenia informacji o wykonaniu zaleceń lub wykorzystaniu wniosków, a także o podjętych działaniach lub przyczynach ich niepodjęcia. – nie dotyczy

Od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.

W razie konieczności wystąpienie należy uzupełnić o ocenę, zgodne z art. 46 ust. 3 pkt 2 ustawy o kontroli w administracji rządowej.

Zatwierdził

dr n. med. Grzegorz Hudzik
Śląski Państwowy Wojewódzki Inspektor
Sanitarny
/dokument podpisany elektronicznie/
07-07-2026

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

1. Struktura zatrudnienia:

a) obsada kadrowa w pionie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia: 3 osoby

b) wykształcenie pracowników

wyższe:

1. lekarz medycyny, zdrowie publiczne
2. magister - biotechnologia środowiska

Studia podyplomowe - Higiena i epidemiologia w profilaktyce i promocji zdrowia

Średnie:

1. położna

specjalizacje, kursy: brak

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

1. 34 lata
2. 6 lat
3. 43 lata

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

Warunki lokalowe dobre z pełnym oprzyrządowaniem biurowym. Pracownicy sekcji Promocji Zdrowia i Komunikacji dysponują zapleczem dydaktycznym, które pozwala na prowadzenie działań profilaktycznych i edukacyjnych. Ponadto pracownicy mają możliwość korzystania z sali szkoleniowej wyposażonej 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 - 329 956

liczba gmin - 11

liczba zakładów opieki zdrowotnej - 123

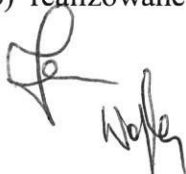
przedszkola - 98

szkoły podstawowe - 87

szkoły ponadpodstawowe - 34

liczba innych jednostek - 219

b) realizowane interwencje programowe:



ogólnopolskie:

- Program „Trzymaj Formę!”
- Program #Młodzi Świadomi
- Program „Senior w roli głównej”
- Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS

wojewódzkie:

- Program edukacji antytytoniowej „Bieg po zdrowie”
- Projekt edukacyjny „Zdrowie i emocje – skrzynka z narzędziami”
- Ekologiczny program dla przedszkoli „Skąd się biorą produkty ekologiczne”
- Program przedszkolnej edukacji antytytoniowej „Czyste powietrze wokół nas”
- Program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość?”
- Program „Podstępne WZW”
- Program „Znamie! Znam je?”
- Program „Wybierz życie – Pierwszy krok”

własne: brak

c) realizowane interwencje nieprogramowe:

ogólnopolskie:

- Światowy Dzień Zdrowia/Dzień Otwarty PIS
- Światowy Dzień bez Tytoniu
- Światowy Dzień Rzucania Palenia
- Kampania informacyjna #EUChooseSafeFood „Wybieraj bezpieczną żywność”
- Kampania medialna EFSA PlantHealt4Life
- Europejski Tydzień Szczepień
- Jesień bez infekcji
- Konkurs „Zroluj zdrowie-siłą wyborów”

wojewódzkie:

- Akcja Nowe #Narkotyki – Nowe #Zagrożenia
- Kampania informacyjno-edukacyjna „Nie bądź atrakcyjny dla kleszczy”
- Akcja „Wirusochrona”
- Akcja Bezpieczne grzybobranie
- Zaszczep w sobie chęć szczepienia
- Projekt Klub Zdrowego Przedszkolaka
- Akcja „#Wybierz zdrowie”
- Akcja „Łap słońce z głową”
- Akcja „Bezpieczna Wakacje”
- Akcja „Bezpieczne Ferie”
- Akcja „Lekki tornister”
- Europejski/ Światowy Dzień Wiedzy o Antybiotykach
- Światowy Dzień AIDS

własne: brak

4. Realizacja zaleceń pokontrolnych z dnia 06.10.2022 - brak zaleceń pokontrolnych.



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

Powiat bielski oraz miasto Bielsko-Biała zajmują powierzchnię 584 km², leżą w południowej części województwa śląskiego. Na w/w terenie zamieszkuje ok. 329 956 tyś. ludności.

Sytuacja sanitarno-epidemiologiczna na terenie Bielska-Białej i powiatu bielskiego jest stabilna. PSSE w Bielsku-Białej prowadzi bieżący nadzór nad zachorowaniami na choroby zakaźne i reaguje w przypadku pojawiających się zagrożeń. Prowadzone są działania informacyjno - edukacyjne w zakresie profilaktyki chorób zakaźnych ze szczególnym uwzględnieniem szczepień ochronnych oraz innych zagrożeń zdrowia publicznego.

Analizując sytuację epidemiologiczną zakażeń i chorób zakaźnych na terenie objętym nadzorem PSSE w Bielsku-Białej w 2025 roku stwierdzono wzrost zachorowań na:

- grypę - 8190 przypadków potwierdzonych wynikiem testu antygenowego, dla porównania w 2024 roku było 4760 zachorowań;
- RSV - zgłoszono 1325 zachorowań w 2025 roku, a w poprzednim odnotowano 551 przypadków;
- boreliozę, zarejestrowano 920 przypadków, natomiast w 2024 roku odnotowano 594 zachorowania.

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?):

Urzędy Miast i Gmin powiatu – ekspozycja materiałów edukacyjnych i zamieszczanie informacji na stronach internetowych; Placówki szkolno-wychowawcze - realizacja interwencji programowych i nieprogramowych;



Kuratorium Oświaty Delegatura w Bielsku-Białej realizacja interwencji programowych i nieprogramowych, organizacja szkoleń dla dyrektorów placówek oświatowo-wychowawczych. Starostwo Powiatowe w Bielsku-Białej w zakresie interwencji programowych i nieprogramowych. Komenda Miejska Policji w Bielsku-Białej w zakresie interwencji programowych i nieprogramowych. Narodowy Fundusz Zdrowia Delegatura w Bielsku-Białej współpraca przy organizacji eventów profilaktycznych, stoisk promocji zdrowia.

Lokalne media – upowszechnianie wiedzy wśród społeczności . Uniwersytet III Wieku, Kluby Seniora współpraca przy organizacji imprez plenerowych. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Delegatura w Bielsku -Białej wspólna organizacja eventów. Uniwersytet Bielsko-Bialski współpraca w zakresie organizacji imprez plenerowych, realizacji interwencji programowych.

9. 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 9/1201/OZ/2022 z dnia 31.10.2022 r.

Nr 17/OZ/2023 z dnia 23.10.2023 r.

Nr 39/PZ/2024 z dnia 17.12.2024 r.

Nr 17/PZ/2025 z dnia 22.05.2025 r.

Nr 2/PZ/2026 z dnia 13.02.2026 r.

Ilość zaplanowanych i wykonanych wizytacji w latach 2022 – 2026 (od 07.10.2022 r. do 16.06.2026 r.)

Rok	Ilość wizytacji zaplanowanych	Ilość wizytacji wykonanych
2022	22	10
2023	13	25
2024	40	40
2025	32	20
2026	18	8

W roku 2022 oraz 2025 r. zaplanowane wizytacje nie zostały wykonane z powodu długiej absencji chorobowej oraz urlopu macierzyńskiego pracownika.




Prawidłowość wypełniania ujednoliconych formularzy protokołów z wizytacji monitorowanych jednostek: a) prawidłowo b) nieprawidłowo*

10. Ocena prawidłowości zapisów realizowanych interwencji programowych i nieprogramowych: a) prawidłowo b) nieprawidłowo*

Prawidłowość prowadzonej dokumentacji szkoleń:

a) prawidłowo b) nieprawidłowo*

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

Zagadnienia będące przedmiotem kontroli w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej: Ocena zgodności dokumentowania działań w zakresie promocji zdrowia zgodnie ze standardami postępowania w zakresie realizacji interwencji programowych i nieprogramowych zgodnie z Procedurą Techniczną - Standardy Postępowania Podczas Realizacji Interwencji w zakresie Profilaktyki Chorób i Promocji Zdrowia PT/PZ/01.

Ocena wdrażania i realizacji działań w zakresie promocji zdrowia i komunikacji społecznej w tym interwencji programowych i nieprogramowych zleczanych do realizacji przez Głównego Inspektora Sanitarnego oraz Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego na podstawie: doboru metod i form, zgodności realizowanych działań z planem zasadniczych zadań oraz otrzymanym harmonogramem wdrażania i sprawozdawczości poszczególnych zadań, zgodności oddziaływań w stosunku do potrzeb wynikających z sytuacji epidemiologicznej, społecznej i demograficznej na nadzorowanym terenie. Kształtowanie pozytywnego wizerunku Państwowej Inspekcji Sanitarnej wśród społeczeństwa. Organizacja konferencji, eventów, szkoleń, wystaw itp. Komunikacja poprzez stronę internetową oraz media społecznościowe. Współpraca z instytucjami, jednostkami administracyjnymi, organizacyjnymi pozarządowymi itp. w okresie od 07.10.2022 r. do 16.06.2026 r.

W Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej, realizowane są ogólnopolskie programy zdrowotne oraz wojewódzkie programy edukacyjne i interwencje nieprogramowe organizowane przez Główny Inspektorat Sanitarny oraz Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego. Zapoznano się z dokumentacją realizowanych programów edukacyjnych: „Trzymaj Formę”, „Senior w roli głównej”, „#MłodziŚwiadomi”, „Zdrowie i emocje-skrzynka z narzędziami” oraz interwencji nieprogramowej „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 Bielsku-Białej w okresie od 07.10.2022 r. do 16.06.2026 r. – Protokoły z kontroli: PZ.1611.7.2023 z dnia 28.04.2023 r., PZ.1611.9.2024 z dnia 07.06.2024 r., PZ.1611.11.2025 z dnia 13.06.2025 r.

Zadania realizowane w ramach działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia oraz komunikacji społecznej w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej, wynikają z planów zasadniczych zadań oraz bieżącej sytuacji epidemiologicznej i potrzeb środowiska lokalnego. Zakres współpracy PSSE w Bielsku-Białej z instytucjami oraz innymi partnerami obejmuje wymianę doświadczeń i informacji z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia, współorganizacji m.in. wydarzeń organizowanych w terenie, konferencji, szkoleń, eventów, akcji, 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 block]

(podpis (-y) pracownika (-ów) PSSE)

*właściwe podkreślić

Kierownik Oddziału Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej

(podpis (-y)* osoby (-ób)* kontrolującej(-ych)*)
mgr Beata Kempa