P r o t o k ó ł nr OK.1611.2.2.2018

z k o n t r o l i

przeprowadzonej w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sosnowcu kierowanej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego lek. med. Zbigniewa Cebo.

Kontrolę przeprowadzili przedstawiciele Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego:

1. Renata Cieślik-Tarkota – kierownik Oddziału Epidemiologii działająca na podstawie upoważnienia nr 88, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sosnowcu pod nr 11.
2. Józef Lipa – kierownik Oddziału Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku działający na podstawie upoważnienia nr 91, który dokonał wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Sosnowcu pod nr 1.
3. Wiktoria Szczygieł – starszy asystent w Oddziale Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku działająca na podstawie upoważnienia nr 92, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sosnowcu pod nr 12.
4. Anna Tatar – kierownik Oddziału Higieny Komunalnej i Środowiska działająca na podstawie upoważnienia nr 90, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sosnowcu pod nr 3.
5. Bogdan Czapla – kierownik Oddziału Bezpieczeństwa Wody działający na podstawie upoważnienia nr 87, który dokonał wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sosnowcu pod nr 8.
6. Izabela Piątek – kierownik Oddziału Higieny Pracy i Nadzoru nad Środkami Zastępczymi działająca na podstawie upoważnienia nr 93, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Sosnowcu pod nr 3.
7. Monika Karczmarek – kierownik Oddziału Higieny Dzieci i Młodzieży działająca na podstawie upoważnienia nr 89, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sosnowcu pod nr 9.
8. Anna Gogola – kierownik Oddziału Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego działająca na podstawie upoważnienia nr 83, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sosnowcu pod nr 5.
9. Michał Drozdzowski – starszy asystent w Oddziale Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego działający na podstawie upoważnienia nr 84, który dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sosnowcu pod nr 6.

10. Beata Kempa – kierownik Oddziału Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej działająca na podstawie upoważnienia nr 86, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sosnowcu pod nr 10.
11. Anna Gwiazdowska – Główny Specjalista do spraw Systemu Jakości działająca na podstawie upoważnienia nr 85, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sosnowcu pod nr 7.

Data rozpoczęcia i zakończenia kontroli: 24.04 – 26.04.2018 r.

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

Nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej lub samodzielnego stanowiska pracy:

1) Oddział Nadzoru Sanitarnego:
   a) Sekcja Epidemiologii,
   b) Sekcja Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku,
   c) Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska,
   d) Sekcja Higieny Pracy,
   e) Stanowisko Pracy ds. Higieny Dzieci i Młodzieży,
   f) Stanowiska Pracy ds. Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego,
   g) Samodzielne Stanowiska Pracy ds. Oświaty Zdrowotnej;
2) Kierownik ds. Jakości.

Okres objęty kontrolą: 01.04.2013 r. – 31.03.2018 r.

Przedmiot kontroli:

1) **w zakresie epidemiologii:**
   a) dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych,
   b) realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach,
   c) prowadzone postępowanie administracyjne i egzekucyjne w administracji oraz nałożone mandaty i grzywny w celu przymuszenia,
   d) sposób i terminowość załatwiania interwencji,
   e) realizacja nadzoru nad placówkami leczniczymi w aspekcie higieny lecznictwa i szczepień,
   f) realizacja nadzoru nad zgłaszalnością chorób zakaźnych;

2) **w zakresie higieny żywności, żywienia i przedmiotów użytku** – sprawowanie nadzoru bieżącego przez Sekcję Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku;
3) **w zakresie higieny komunalnej i środowiska:**
   a) sposób rozpatrywania skarg, wniosków i interwencji,
   b) prawidłowość prowadzenia nadzoru nad obiektami (z uwzględnieniem planowania i trybu ich zlecenia, przygotowania pracowników, poprawności i rzetelności prowadzenia dokumentacji pokontrolnej, monitorowania wykonania zaleceń pokontrolnych);
4) **w zakresie bezpieczeństwa wody** – bezpieczeństwo wody;
5) **w zakresie higieny pracy** – nadzór bieżący nad zakładami pracy oraz postępowanie w przypadkach chorób zawodowych prowadzone przez Sekcję Higieny Pracy;
6) **w zakresie higieny dzieci i młodzieży** – ocena nadzoru sprawowanego nad placówkami oświatowo-wychowawczymi, kontrola prowadzonej dokumentacji oraz celowości podejmowanych działań;
7) **w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego** – działalność komórki Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego w zakresie postępowania administracyjnego oraz opiniowania i uzgadniania dokumentacji, a także dokonywanych odbiorów obiektów zrealizowanych;
8) **w zakresie oświaty zdrowotnej:**
   a) ocena zgodności dokumentowania działań w zakresie działalności oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia zgodnie ze standardami postępowania podczas realizacji interwencji,
   b) ocena realizacji działań oświatowo-zdrowotnych i promocji zdrowia na podstawie: doboru metod i form, zgodności realizowanych działań z harmonogramem, zgodności oddziaływań w stosunku do potrzeb wynikających z sytuacji epidemiologicznej, społecznej i demograficznej,
   c) współpraca z instytucjami, jednostkami administracyjnymi, organizacyjnymi pozarządowymi itp. na obszarze działania PPIS w Sosnowcu;
9) **w zakresie systemu jakości** – sprawdzenie prawidłowości funkcjonowania systemu zarzadzania jakością w działaniach inspekcyjnych dotyczących: nadzoru nad dokumentami i zapisami, personelu (w tym monitorowania pracy), auditów wewnętrznych, działań korygujących i zapobiegawczych oraz przeglądów zarządzania.

Ustalenia kontroli stanowią załączniki nr 1– 9 do niniejszego protokołu.

Przed podpisaniem protokołu poinformowano Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Sosnowcu o prawie zgłaszania zastrzeżeń i składania wyjaśnień do protokołu oraz

o możliwości odmowy podpisania protokołu. Fakt odmowy podpisania protokołu nie wstrzymuje biegu wykonania zaleceń.

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

Protokół sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach i po odczytaniu podpisano.
Niniejszy protokół zawiera 4 ponumerowane strony oraz 9 załączników.

Sosnowiec, dnia 16.05.2018 r.

Państwowy
Powiatowy Inspektor Sanitarny
w Sosnowcu
lek. med. Zbigniew Cebo

.....

pieczątka i podpis
Państwowego Powiatowego
Inspektora Sanitarnego w Sosnowcu

Śląski Państwowy Wojewódzki
Inspektor Sanitarny
lek. med. Urszula Mendera-Bożek

.....

pieczątka i podpis
Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego
Inspektora Sanitarnego

Protokół otrzymali:

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

Załącznik nr 1..*
do protokołu nr OK.161.2.2.2018* kontroli.

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

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna ***w Sosnowcu, ul. Pogotowia 1***
(adres)

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

III. Data kontroli ***26.04.2018 r.***

IV. Okres działalności podlegający kontroli 01.01.2013 r. – 25.04.2018 r.

Ostatnia kontrola kompleksowa odbyła się w dniu 23.04.2013r. wydano następujące zalecenie pokontrolne: ***Kontrole sprawdzające wykonanie obowiązków nałożonych decyzjami administracyjnymi należy przeprowadzać zgodnie z określonymi w nich terminami.***

PPIS w Sosnowcu pismem z dnia 27.06.2013 poinformował o wykonaniu zalecenia pokontrolnego. Przeprowadzono szkolenie dla pracowników w dniu 27.05.2013 r. Na podstawie przedstawionej dokumentacji ustalono, iż przeprowadzane są kontrole sprawdzające wykonanie obowiązków nałożonych decyzjami administracyjnymi. Ustalono to na podstawie poniższej dokumentacji:
- decyzja zarządzająca z dnia 31.10.2014, nr NS-EP/1719/14 znak sprawy 432/476/1216/NS-EP/2014, kontrola sprawdzająca w dniu 22.12.2014 r., protokół znak 432/587/1216/NS-EP/2014
- decyzja zarządzająca z dnia 05.02.2016, nr NS-EP/96/16 znak sprawy 432/13/1216/NS-EP/2016, kontrola sprawdzająca w dniu 29.03.2016 r., protokół znak 432/89/1216/NS-EP/2016

Wobec powyższego stwierdzam, iż zalecenie pokontrolne zostało zrealizowane.

Informacje szczegółowe dotyczące nadzorowanego przez PPIS w Sosnowcu terenu:

PPIS w Sosnowcu obejmuje swoim nadzorem ludność w liczbie 191 795 osób; w tym dzieci i młodzież objęta PSO – 31543 osób (stan na 31.12.2017r.). PPIS w Sosnowcu sekcja epidemiologii nadzoruje 240 (+1 zakład DDD) = 241 placówki świadczące usługi medyczne (w tym 5 Szpitali, zlokalizowanych w 6 obiektach), poza tym działa **155** filii innych podmiotów.

Zatrudnienie.

W Sekcji Epidemiologii zatrudnionych jest 7 osób, stanowiska i wykształcenie zgodnie z załączoną poniżej tabelą.

L.p.	Imię i Nazwisko Stanowisko służbowe	Poziom i profil wykształcenia
1.	[redacted]	wyższe mgr analityki medycznej I stopień analityka kliniczna Podyplomowe Organizacja i Zarządzanie w ochronie zdrowia
2.	[redacted]	wyższe mgr biologii Podyplomowe Zdrowie publiczne
3.	[redacted] *(zwolnienie lekarskie 30.10.2015-25.07.20216 + urlop macierzyński 26.07.2016 - 26.07.2017)*	wyższe mgr biologii Podyplomowe Środowiskowe czynniki ryzyka zdrowotnego
4.	[redacted] *(zatrudniona od 15.09.2016 wstępnie jako stażystka. Od 01.01.2018 – na stanowisku Młodszego asystenta)*	wyższe mgr ochrony środowiska
5.	[redacted]	średnie
6.	[redacted]	średnie techniczne
7.	[redacted] *(zatrudniona w NS-EP od 15.01.2018)*	wyższe mgr inż. technologii chemicznej

V. Kontrola dokumentów

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

- Ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z dnia 14 marca 1985 r. z późn. zm. (Dz. U. z 2017 r., poz. 1261 z późn. zm).
- Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r., poz. 151)

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. 2018 r., poz. 753)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2014 r. w sprawie biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, wzorów formularzy zgłoszeń dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz okoliczności dokonywania zgłoszeń (Dz.U. 2014 r., poz. 459).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej (Dz.U. 2013 r., poz. 848).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 160)
- Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U z 2017 r., poz. 1257 z późn. zm.).

Akty prawne dostępne są w wersji elektronicznej, sekcja korzysta z bazy RCL. Rejestr aktów prawnych jest dostępny w wersji elektronicznej. Rejestr aktów prawnych zawiera 44 wpisy.

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku do dnia kontroli oraz rok 2017.

Ilość obiektów w ewidencji	**Ilość kontroli**		
	planowanych	**wykonanych wg planu**	**ponadplanowych**
2018 r. 396 obiektów (241-obiekty+155-podobiekty)	396 do 25.04.2018	94	27
2017 r. 400 obiektów (247-obiekty+153-podobiekty)	118	117	112

Przyczyny niewykonania kontroli zaplanowanych w 2018 roku:

- z powodu likwidacji obiektów - (Lp. 82 - w związku ze śmiercią właściciela – zwrot zawiadomienia Nr NS-EP-472-1-94/2018 z adnotacją „adresat nie żyje";
Lp.89 - w związku ze zmianą lokalizacji – adnotacja służbowa z 29.03.2018;
Lp. 90 - pismo właścicielki gabinetu z dnia 13.04.2018 w odpowiedzi na zawiadomienie;
Lp.263 - informacja o likwidacji obiektu z powodu zmiany właściciela - pismo z 23.02.2018. Kontrola zaplanowana na lipiec 2018;
Lp.297 – na podstawie informacji o likwidacji obiektu - dane z GUS z dnia 12.01.2018);
- z powodu zawieszenia działalności - (Lp. 81 – adnotacja z rozmowy telefonicznej przeprowadzonej z właścicielką praktyki z dnia 08.03.2018.
Lp. 209 - na podstawie danych z GUS z dnia 27.03.2018r.).

Przyczyny niewykonania kontroli w 2017 roku:

- z powodu likwidacji obiektu - (Lp. 23 – podobiekt wyrejestrowany z CRON w dniu 25.01.2017).

VII. Kontrola prowadzonego postępowania administracyjnego i egzekucyjnego w administracji oraz nałożonych mandatów i grzywien w celu przymuszenia w okresie od 01.01.2012 r. do dnia kontroli.

L.p.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota /1					
		2013 r.	2014 r.	2015 r.	2016 r.	2017 r.	2018 r. do dnia kontroli
1)	Postanowienia	Ilość 0	Ilość 0	Ilość 0	Ilość 0	Ilość 0	Ilość 0
2)	Decyzje	Ilość merytorycznych + ilość prolongat **10** merytorycznych + **2** umarzające + **2** wygaszające + **5** decyzji prolongujących	Ilość merytorycznych + ilość prolongat **17** merytorycznych + **2** decyzje prolongujące	Ilość merytorycznych + ilość prolongat **20** merytorycznych + **1** nakazująca + **2** decyzje prolongujące	Ilość merytorycznych + ilość prolongat **10** merytorycznych + **2** umarzające + **1** wygaszająca + **4** decyzje prolongujące	Ilość merytorycznych + ilość prolongat **9** merytorycznych	Ilość merytorycznych + ilość prolongat **8** merytorycznych
3)	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	Ilość -	Ilość -	Ilość -	Ilość -	Ilość -	Ilość -
4)	Decyzje - rachunki	45 na łączną kwotę 4024,65 zł	44 na łączną kwotę 4104,89 zł	36 na łączną kwotę 3900,85 zł	25 na łączną kwotę 2603,00 zł	16 na łączną kwotę 1694,80 zł	10 na łączną kwotę 850,35 zł
5)	Opinie sanitarne/**	Ilość 21	Ilość 17	Ilość 15	Ilość 7	Ilość 0	Ilość 0
6)	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	Ilość -	Ilość -	Ilość -	Ilość -	Ilość -	Ilość -
7)	Mandaty	2 na łączną kwotę 300 zł	3 na łączną kwotę 400 zł	4 na łączną kwotę 900 zł	2 na łączną kwotę 400 zł	8 na łączną kwotę 1000 zł	2 na łączną kwotę 300 zł
8)	Kontrole w trakcie realizacji /2	Ilość -	Ilość -	Ilość -	Ilość -	Ilość -	Ilość -
9)	Uczestnictwo w odbiorach	Ilość 0	Ilość 0	Ilość 6	Ilość 3	Ilość 6	Ilość 0
10)	Upomnienia	Ilość 0	Ilość 0	Ilość 0	Ilość 0	Ilość 1	Ilość 0
11)	Tytuły wykonawcze	Ilość 1	Ilość 0	Ilość 0	Ilość 0	Ilość 0	Ilość 0
12)	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	Ilość 1	Ilość 0	Ilość 0	Ilość 0	Ilość 0	Ilość 0
13)	Wnioski do Sądu Grodzkiego	Ilość 0	Ilość 0	Ilość 0	Ilość 0	Ilość 0	Ilość 0

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

Wyrywkowo sprawdzono postępowanie w związku z nakładaniem mandatów karnych w 2018 roku:

- ukarano mandatem Kierownika Oddziału [redacted] w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami w oddziale szpitalnym podczas kontroli w dniu 27.02.2018 r.

W 2017 roku:

- ukarano mandatem karnym Ordynatora [redacted] w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami w oddziale szpitalnym podczas kontroli przeprowadzonej w dniu 17.05.2017
- ukarano mandatem karnym osobę odpowiedzialną za nieprawidłowości w [redacted] w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami w oddziale szpitalnym podczas kontroli przeprowadzonej w dniu 24.01.2017 r.

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów 4/4
(podać liczbę)
2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/

2.1 [redacted]

- Protokół z dnia 20.04.2018 r. protokół znak 432/113/1216/NS-EP/2018 kontrola w zakresie: Ocena stanu sanitarnego oraz ocena realizacji ustawy antytytoniowej- przestrzegania zakazu palenia w miejscach publicznych. Podczas kontroli stwierdzono nieprawidłowości z zakresu dekontaminacji. Protokół został zatwierdzony.
- wszczęcie postępowania administracyjnego w dniu 20.04.2018 r.- wszczęcia postępowania administracyjnego dokonano w dniu kontroli.
- projekt decyzji administracyjnej- zarządzającej, nr NS-EP/446/18 znak sprawy 432/113/1216/NS-EP/2018, zaakceptowany przez Radcę prawnego, przygotowany do podpisu przez PPIS.
- projekt decyzji administracyjnej- płatniczej, znak sprawy 432/113/1216/NS-EP/2018, zaakceptowany przez Radcę prawnego, przygotowany do podpisu przez PPIS.

Sprawa w toku.

2.2 [redacted]

- protokół kontroli z dnia 16.04.2018 znak 432/101/1216/NS/EP/2018, kontrola w zakresie: Ocena stanu sanitarnego oraz ocena realizacji ustawy antytytoniowej- przestrzegania zakazu palenia w

miejscach publicznych. Podczas kontroli stwierdzono nieprawidłowości z zakresu dekontaminacji. Protokół został zatwierdzony.

- wszczęcie postępowania administracyjnego w dniu 16.04.2018 r.- wszczęcia postępowania administracyjnego dokonano w dniu kontroli.

- decyzja administracyjna- zarządzająca z dnia 24.04.2018, nr NS-EP/429/18, znak sprawy 432/101/1216/NS/EP/2018.

- decyzja administracyjna- płatnicza z dnia 24.04.2018 nr 166/NS-EP/430/Op/18

Akta zawierają metrykę sprawy. Sprawa w toku.

2.3 Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej [redacted]

- protokół kontroli z dnia 2.02.2018, znak 432/17/1216/NS/EP/2018, kontrola w zakresie: Ocena stanu sanitarnego punktu szczepień, ocena wykonawstwa szczepień ochronnych realizowanych wg PSO oraz ocena realizacji ustawy antytytoniowej- przestrzegania zakazu palenia w miejscach publicznych.

Nieprawidłowości nie stwierdzono.

Protokół został zatwierdzony.

2.4 [redacted]

- protokół kontroli z dnia 19.042018 r., znak 432/110/1216/NS/EP/2018, kontrola sanitarna w zakresie: posiadania, wdrożenia i nadzoru nad procedurą prawidłowego przechowywania szczepionek, zachowania łańcucha chłodniczego w związku ze zgłoszeniem utylizacji szczepionek. Podczas kontroli stwierdzono nieprawidłowości. Protokół został zatwierdzony.

- wszczęcie postępowania administracyjnego w dniu 19.04.2018 r.- wszczęcia postępowania administracyjnego dokonano w dniu kontroli.

- projekt decyzji płatniczej nr /NS-EP/450/Op/18, znak sprawy 432/110/1216/NS/EP/2018

3. Ocena wydanych dokumentów

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

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

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

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

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

b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli)
2.1 zgodne
2.2 zgodne
2.3 zgodne
2.4 zgodne

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa
2.1 zgodne
2.2 zgodne
2.3 zgodne
2.4 zgodne

d) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach
2.1 poprawne
2.2 poprawne
2.3 nie dotyczy
2.4 poprawne

e) stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie
2.1 poprawnie
2.2 poprawnie
2.3 nie dotyczy
2.4 poprawnie

f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń
2.1 sprawa w toku
2.2 poprawnie
2.3 nie dotyczy
2.4 sprawa w toku

g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)
2.1 nie dotyczy
2.2 nie dotyczy
2.3 nie dotyczy
2.4 nie dotyczy

h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń
2.1 nie dotyczy
2.2 nie dotyczy
2.3 nie dotyczy
2.4 nie dotyczy

i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji
2.1 nie dotyczy
2.2 nie dotyczy
2.3 nie dotyczy
2.4 nie dotyczy

j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **

2.1 brak

2.2 brak

2.3 brak

2.4 brak

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

- podmioty lecznicze - współpraca w szerokim zakresie
- Powiatowe Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne województwa śląskiego - w zakresie bieżących działań dotyczących nadzoru nad zgłaszanymi zachorowaniami, chorymi, osobami z kontaktu z chorym, nadzoru związanego ze zgłoszeniami na komórkę alarmową, zatruć substancjami psychoaktywnymi
- Urząd Miejski w Sosnowcu – Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej, Powiatowe Centrum Zarządzania Kryzysowego, Wydział Ochrony Środowiska, Wydział Spraw Obywatelskich – Referat Ewidencji Ludności, Wydział Geodezji i Kartografii
- Straż Miejska
- Inspekcja Weterynaryjna w Będzinie
- placówki oświatowe
- Przedszkola
- Żłobki
- Policja
- Straż Pożarna
- Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
- Radio ESKA Śląsk, Kurier Miejski, Dziennik Zachodni - w zakresie aktualnych zagadnień związanych z bieżąca sytuacją epidemiologiczną oraz opracowywaniem powiatowych procedur i instrukcji

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

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

- Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska - wspólne kontrole tematyczne i interwencyjne, działania dotyczące np. realizacji Programu HCV/2013- 2016/ - współpraca ciągła
- Sekcja Higieny Żywienia, Żywności i Przedmiotów Użytkowych - wspólne kontrole tematyczne i interwencyjne, działania akcyjne - współpraca ciągła
- Sekcja Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego - wspólne kontrole, uzgadnianie projektów dotyczących podmiotów leczniczych, współudział w wizjach lokalnych obiektów - współpraca ciągła

- Sekcja Higieny Pracy – wspólne kontrole planowane oraz współpraca w zakresie wymiany informacji dotyczących: wspólnie nadzorowanych obiektów, działań związanych np. z „dopalaczami" poprzez systematyczne raportowanie i przesyłanie raportów - zgodnie z ustalonym w WSSE w Katowicach harmonogramem sprawozdawczym – współpraca ciągła
- Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży - w zakresie zlecanych zastępstw dotyczących działań nadzorowych nad ogniskami, interwencjami w placówkach opiekuńczych (przedszkola, żłobki)/ - współpraca doraźna
- Sekcja Oświaty Zdrowotnej – wymiana informacji w zakresie sytuacji epidemiologicznej związanej z chorobami zakaźnymi, prowadzonych działań profilaktycznych (np. w/z szczepień i organizowanych kampanii) oraz przestrzeganiem zakazu palenia wyrobów tytoniowych - współpraca ciągła
- Informatyk PSSE w Sosnowcu - przygotowywanie istotnych informacji skierowanych do ogółu społeczeństwa - do umieszczenie na stronie internetowej PSSE w Sosnowcu
- Dział Ekonomiczno-Administracyjny - systematyczny przekaz informacji w zakresie prowadzonych postępowań administracyjnych, różnorodnej sprawozdawczości /zależnie od potrzeb/, prowadzonej gospodarki preparatami szczepionkowymi - współpraca ciągła

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

XI. Inne zagadnienia

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

Nie dotyczy.

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Zgodnie z zapisami w protokole.

XIII. Dodatkowe informacje:

- Sposób i terminowość rozpatrywania interwencji przez Sekcję Epidemiologii

Ilość interwencji w latach 2013- 2018*

- ilość interwencji w roku 2013 - 36 w tym zasadnych 9
- ilość interwencji w roku 2014 - 36 w tym zasadnych 12
- ilość interwencji w roku 2015 - 38 w tym zasadnych 10
- ilość interwencji w roku 2016 - 44 w tym zasadnych 14
- ilość interwencji w roku 2017 - 69 w tym zasadnych 15
- ilość interwencji w roku 2018 - 17 w tym zasadnych 6

Wyrywkowo sprawdzono postępowanie w przypadku 3 interwencji:

- Wniosek z dnia 28.09.2015 r., prośba o interwencję w bloku mieszkalnym w związku z bytowaniem bezdomnych kotów i insektów.

Kontrola w dniu 02.10.2015 r. protokół znak 432/420/1216/NS-EP/2015 w zakresie: Ocena stanu sanitarnego w związku z wniesioną interwencją. Stwierdzono nieprawidłowości- interwencja zasadna.

Wszczęcie postępowania administracyjnego w dniu 02.10.2015 r.

Wydano decyzję administracyjną merytoryczną i płatniczą.

Odpowiedź stronie w dniu 15.10.2015 r.

Kontrola sprawdzająca w dniu 28.12.2015 r. nr protokołu 432/563/1216/NS-EP/2015

- Wniosek Rzecznika Praw Pacjenta z dnia 16.02.2016 przekazany przez ŚPWS pismem z dnia 01.03.2016 r. (znak NS-EP.9011.1.25.2016). dotyczący nieprawidłowości w [redacted]

Jednocześnie osoba, która pismo skierowała do rzecznika praw pacjenta, w dniu 17.01.2016 zwróciła się o interwencje do PPIS w Sosnowcu drogą e-mail. Sprawa dotyczyła nieprawidłowości na bloku operacyjnym oraz oddziale chirurgicznym.

Kontrola w dniu 21.01.2016 r. protokół znak 432/4/1216/NS-EP/2016 w zakresie: Ocena stanu sanitarnego oraz przestrzegania procedur profilaktyki zakażeń i chorób zakaźnych w związku z wniesioną interwencją. Wszczęcie postępowania administracyjnego 21.01.2016 r. Wydano decyzję administracyjną merytoryczną i płatniczą. Odpowiedź osobie wnoszącej w dniu 29.01.2016 r. Odpowiedzi do ŚPWIS i Rzecznika Praw Pacjenta również zostały przesłane. Interwencja zasadna.

- Wniosek z dnia 27.11.2017 r. dotyczący nieprawidłowości w bloku mieszkalnym dotyczący zanieczyszczania odchodami gołębimi parapetu. Kontrola przeprowadzona w dniu 08.12.2017 r. protokół nr 432/221/1216/NS-EP/2017 w zakresie: Ocena stanu sanitarnego budynku w związku z wniesioną interwencją. Zostały stwierdzone nieprawidłowości. Wszczęto postępowanie administracyjne w dniu 08.12.2017 r. Wydano decyzję merytoryczną i płatniczą. Odpowiedź stronie w dniu 18.12.2017 r. Interwencja zasadna.

Działania podejmowane w związku z nadzorem nad chorobami zakaźnymi w latach 2017-2018

- przyjmowanie i rejestrowanie zgłoszeń zakażeń i chorób zakaźnych oraz dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych
- przeprowadzanie dochodzeń epidemiologicznych w związku z otrzymanymi zgłoszeniami zakażeń i chorób zakaźnych
- przeprowadzanie dochodzeń epidemiologicznych w ogniskach chorób zakaźnych

- opracowywanie ognisk zakażeń szpitalnych
- opracowywanie ognisk przenoszonych drogą pokarmową (w tym w ROE)
- prowadzenie nadzoru nad osobami chorymi oraz osobami z kontaktu z chorym
- przeprowadzanie kontroli sanitarnych wraz z dochodzeniami epidemiologicznymi w związku ze zgłaszanymi interwencjami w placówkach medycznych, dotyczącymi podejrzenia choroby zakaźnej/zakażenia
- prowadzenie nadzoru poprzez stały przekaz do podległych podmiotów leczniczych istotnych i bieżących informacji w zakresie sytuacji epidemiologicznej, pism przypominających o obowiązku zgłaszania zakażeń i zachorowań (w tym podejrzeń zachorowań) na choroby zakaźne
- przygotowywanie i przekazywanie analiz, różnych opracowań i zestawień liczbowych kierowanych do ŚPWIS – zgodnie z zaplanowanymi przedsięwzięciami oraz zależnie od bieżących potrzeb i sytuacji epidemiologicznej
- przygotowywanie i przekazywanie opracowań, analiz i zestawień liczbowych oraz uzgadnianie treści komunikatów, ulotek itp. z poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Urzędu Miejskiego w Sosnowcu – zależnie od bieżących potrzeb
- opracowywanie i przygotowywanie do umieszczenie na stronie internetowej aktualnych, istotnych informacji skierowanych do ogółu społeczeństwa
- sporządzenie zbiorczych danych zachorowań oraz przekazywanie kwartalnych raportów do WSSE w Katowicach wraz z kserokopiami zgłoszeń zachorowań na gruźlicę
- sporządzanie oraz przekazywanie do WSSE w Katowicach analiz z prowadzonego aktywnego nadzoru nad ostrymi porażeniami wiotkimi
- weryfikowanie (w systemie kwartalnym), w ramach współpracy, zgłoszeń kierowanych do PPIS w Sosnowcu oraz NFZ poprzez przeprowadzanie analiz, przygotowywanie pism wyjaśniających do podmiotów leczniczych podległych nadzorowi oraz przekaz do ŚPWIS wniosków.

- Kontrola terminowości przeprowadzania kontroli po odebraniu przez stronę zawiadomienia:

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

W komórce założono Rejestr zawiadomień o zamiarze wszczęcia kontroli.

- wyrywkowo sprawdzono 3 zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli:

1. Obiekt kontrolowany [redacted] Data zawiadomienia: 15.03.2018 r., data odebrania zawiadomienia: 26.03.2018 data przeprowadzenia kontroli 10.04.2018 r.,

2. Obiekt kontrolowany [redacted] Data zawiadomienia: 27.03.2018 r., data odebrania zawiadomienia: 12.04.2018 data przeprowadzenia kontroli 24.04.2018 r.,

3. Obiekt kontrolowany [redacted] Data zawiadomienia: 15.03.2018 r., data odebrania zawiadomienia: 23.03.2018 data przeprowadzenia kontroli 11.04.2018 r.,

Kontrole przeprowadzane terminowo.

W związku z powyższymi ustaleniami nie wydaje się zaleceń pokontrolnych.

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:
- nie dotyczy

[redacted]

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

Dział Nadzoru Sanitarnego
Kierownik Oddziału Epidemiologii
mgr Renata Cieślik-Tarkota

.....
pieczątka i podpis osoby kontrolującej/
pieczątki i podpisy osób kontrolujących **

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Załącznik nr 2..*
do protokołu nr OK.1611.2.2.2018*
kontroli .....

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

I. **Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w** Sosnowcu
41-200 Sosnowiec, ul. Pogotowia 1
(adres)

II. **Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli** Sekcja Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku
(pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym psse)

III. **Data kontroli** 24.04.2017 – 26.04.2017r.

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** 2013r. – 2018r.

V. **Kontrola dokumentów**

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

L.p.	Rodzaj rejestrów/ewidencji/wykazu/ bazy danych **	+jest, - nie ma	nieprawidłowości
1.	Rejestr obiektów nadzorowanych	+	Patrz VIII. 3.j)
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych	+	
3.	Zapisy ze szkoleń wewnętrznych	+	
4.	Rejestry szkoleń pracowników (indywidualne)	+	
5.	Rejestry wydanych decyzji	+	
6.	Rejestry postanowień	+	
7.	Rejestry: interwencji/ skarg, wniosków**	+	Patrz XIII.1
8.	Rejestr nałożonych mandatów	+	
9.	Rejestr protokołów kontroli	+	
10.	Rejestr dotyczący importu. Rejestr zgłoszeń i świadectw jakości zdrowotnej środka spożywczego/składnika żywności/substancji pomagającej w przetwarzaniu/materiału i wyrobu przeznaczonego do kontaktu z żywnością przekraczającego granicę.	+	
11.	j.w dot. exportu	+	
12.	Rejestr upomnień	+	
13.	Rejestr tytułów wykonawczych	+	
14.	Rejestr decyzji płatniczych	+	
15.	Rejestr protokołów poboru próbek	+	
16.	Rejestr pobranych próbek żywności, substancji pomagających w przetwarzaniu, dozwolonych substancji dodatkowych, innych składników żywności, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, próbek sanitarnych oraz kosmetyków	+	

(*) Rejestry wymienione w punkcie 1, 5, 8, 9, 10,11,14 prowadzone są w wersji elektronicznej.

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

Pracownicy korzystają z przepisów dostępnych w każdym czasie w wersji elektronicznej na komputerach stacjonarnych. W komputerze kierownika sekcji znajduje się stanowisko z dostępem do Systemu Informacji Prawnej LEGALIS. Za rejestrację i aktualizację przepisów odpowiada kierownik sekcji. Przepisy aktualizowane są na bieżąco przez wyznaczoną osobę.

Informacje dotyczące wytycznych jednostek nadrzędnych przekazywane są pracownikom podczas narad wewnętrznych podczas których kierownik przekazuje i omawia informacje zawarte w pismach. Jest to potwierdzane protokołem z narady oraz listą obecności pracowników.

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w 2017 roku

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli	
	planowanych	wykonanych wg planu
1646	724	566

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

L.p.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota /1					
		2013 rok	2014 rok	2015 rok	2016 rok	2017 rok	2018 rok do dnia 31.03
1.	Postanowienia	14	15	11	15	28	4
2.	Decyzje	767	724	790	644	636	159
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	-	-	-	-	-	-
4.	Decyzje - rachunki	461/35541	612/ 47696zł	646/ 51293zł	716/ 70697zł	373/ 30914zł	94/ 8270zł
5.	Opinie sanitarne/pisma**	-	-	-	-	-	-
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	-	-	-	-	-	-
7.	Mandaty	132/ 19800zł	124/ 17550zł	122/ 21050zł	92/ 15750zł	71/ 12300zł	17/ 3550zł
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	-	-	-	-	-	-
9.	Uczestnictwo w odbiorach	82	99	80	66	64	0
10.	Upomnienia	46	35	32	31	37	6
11.	Tytuły wykonawcze	8	9	4	3	3	2

1 2.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	13/ 6100zł	15/ 7400zł	11/ 6100zł	6/ 1700zł	6/ 2500zł	2/ 600zł
1 3.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	-	-	-	-	-	-

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

VIII. Kontrola dokumentacji

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

2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/

2.1 [redacted] – protokół kontroli sanitarnej Nr 432/242/1216/NS-HŻŻ/2017; protokół kontroli sanitarnej Nr 432/65/1216/NS-HŻŻ/2018; protokół kontroli sprawdzającej Nr 432/97/1216/NS-HŻŻ/2018, decyzja nakazująca NS-HŻŻ/107/18, decyzja płatnicza 39/NS-HŻŻ/105/Op/18; wniosek o prolongatę terminu, decyzja zmieniająca termin NS-HŻŻ/330/13

2.2 [redacted] - protokół kontroli sanitarnej Nr 432/690/1216/NS-HŻŻ/2016; wniosek o ukaranie do WSSE (pismo NS-HŻŻ/0613/61/2016, protokół kontroli sprawdzającej Nr 432/809/1216/NS-HŻŻ/2016; decyzja nakazująca NS-HŻŻ/980/16, decyzja płatnicza 447/NS-HŻŻ/981/Op/16; protokół kontroli sprawdzającej Nr 432/1172/1216/NS-HŻŻ/2016, decyzja płatnicza 579/NS-HŻŻ/1189/Op/16, upomnienie NS-HŻŻ/436/20/16; protokół kontroli sprawdzającej Nr 432/1832/1216/NS-HŻŻ/2016, decyzja płatnicza 35/NS-HŻŻ/79/Op/17, tytuł wykonawczy NS-HŻŻ/436/1/17, postanowienie o nałożeniu grzywny I NS-HŻŻ/436/2/17; protokół kontroli sprawdzającej Nr 432/419/1216/NS-HŻŻ/2017; wniosek o zatwierdzenie i wpis do rejestru, protokół kontroli sanitarnej Nr 432/484/1216/NS-HŻŻ/2017, decyzja zatwierdzająca NS-HŻŻ/613/17

2.3 [redacted] protokół kontroli sanitarnej Nr 432/1143/1216/NS-HŻŻ/2017, decyzja nakazująca NS-HŻŻ/1145/17, decyzja płatnicza 469/NS-HŻŻ/1146/Op/17, wniosek o prolongatę terminu, protokół z przesłuchania, decyzja zmieniająca termin NS-HŻŻ/176/18

2.4 [redacted] – decyzja NS-HŻŻ/634/16 odmawiająca zatwierdzenia, decyzja NS-HŻŻ/834/16 zatwierdzająca warunkowo, decyzja NS-HŻŻ/1416/16 przedłużająca termin zatwierdzenia warunkowego, wniosek o wykreślenie

2.5 [redacted] – wniosek o zatwierdzenie i wpis do rejestru, protokół kontroli sanitarnej Nr 432/354/1216/NS-HŻŻ/2018, decyzja zatwierdzająca NS-HŻŻ/361/18

2.6 [redacted] - wniosek o zatwierdzenie i wpis do rejestru, protokół kontroli sanitarnej Nr 432/1250/1216/NS-HŻŻ/2017, decyzja NS-HŻŻ/1223/17 zatwierdzająca warunkowo

2.15 Czteroletnie programy obserwacji kontroli na lata 2013-2016 i 2017-2020, roczny program obserwacji kontroli na rok 2016, sprawozdanie z obserwacji pracy pracownika przeprowadzającego kontrolę, karta oceny pracownika przeprowadzającego kontrolę, załącznik do sprawozdania z obserwacji pracy pracownika przeprowadzającego kontrolę, dot. kontroli w sklepie mięso – wędliny Kabanos, pracownik Ilona Tambor (2016)

3. Ocena wydanych dokumentów

a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem
Nie stwierdzono nieprawidłowości.
Zwrócono uwagę kierownika sekcji na konieczność wymagania od pracowników (w momencie zatwierdzania) aby sporządzali dokumentację pokontrolną w formie czytelnej.

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

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa
Stwierdzono w decyzjach zatwierdzających zapisy potwierdzające wpis do rejestru zakładów podlegających kontroli ppis. Zapisy powyższe wskazywały na datę wcześniejszą niż data wydania decyzji o zatwierdzeniu co stanowi naruszenie zasady określonejw art.65.1. ustawy z dn. 25.08.2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz.U. z 2017 r. poz. 149 z późn. zm.) tj. dokonywanie wpisu na podstawie decyzji.
poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach
Nie stwierdzono nieprawidłowości
Zwrócono uwagę aby uzasadnienia w decyzjach administracyjnych były jasne, precyzyjne i stanowiły wyjaśnienie m.in.: toku „rozumowania" organu w szczególności w kwestii wysokości nakładanych opłat.

d) stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie
Nie stwierdzono nieprawidłowości

e) kontrola doręczeń
Nie stwierdzono nieprawidłowości
Zalecono aby w przypadku formy doręczenia – tzw. odbiór osobisty – zapewnić że przekazywany dokument jest odbierany przez stronę lub jej umocowanego przedstawiciela.

g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)
nie kontrolowano

f) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń
Nie stwierdzono nieprawidłowości

g) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji
Nie stwierdzono nieprawidłowości

j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **
Wskazano na konieczność weryfikacji wniosków stron pod kątem informacji o załącznikach (brak wymaganych załączników powoduje niekompletność wniosku i obowiązek wezwania strony do jego uzupełnienia) Zwrócono uwagę kierownika sekcji że w określonych sytuacjach istnieje potrzeba weryfikacji w trakcie zatwierdzania dokumentacji – czytelności, logiczności zapisów (użycie termometru – brak treści wskazującej na pomiary temp.), wykaz załączników i ich odpowiednie oznaczenie itp.

Zwrócono uwagę kierownikowi sekcji na konieczność dokonania analizy kwalifikacji zakładów do poszczególnych grup (rodzajów) zakładów. Dotychczasowy sposób kwalifikacji np. zakładów produkcyjnych do grupy „inne" może powodować błędy w statystyce.

Zasygnalizowano potrzebę dokumentowania (parafki) udziału każdego z uczestników procesu obiegu dokumentów zarówno wchodzących (dekretacja kierownika) jak i wychodzących (parafka referenta)

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

Wg. oświadczenia kierownika technicznego sekcji współpraca z Inspekcją Weterynaryjną jest stała i wynika z podpisanego Porozumienia ramowego. Współpraca z Inspekcją Weterynaryjną polega na przekazywaniu pism i informacji dotyczących aktualizacji podmiotów objętych wspólnym nadzorem IW i PIS, oceny porozumienia ramowego oraz przekazywaniu interwencji.
W miesiącu lipcu 2017r. uczestniczono w naradzie zorganizowanej przez Inspekcję Weterynaryjną w Będzinie w sprawie wzmożonego nadzoru nad mięsem i wyrobami mięsnymi w związku z ASF
W ramach współpracy z Inspekcją Farmaceutyczną przekazywane są informacje w związku z zawartym porozumieniem ramowym;
Współpraca doraźna:
– z terenowo właściwymi inspektorami sanitarnymi w zakresie przekazywania informacji o stwierdzanych nieprawidłowościach lub interwencjach,
– z Policją i Strażą Miejską polegała na przeprowadzaniu wspólnych kontroli na prośbę.
– z Organami Administracji Państwowej (Urząd Miasta) dotyczyła wymiany informacji, podejmowania wspólnych ustaleń i uzgodnień,
– z Urzędem Skarbowym dotyczyła wymiany informacji
– z Państwową Inspekcją Pracy dotyczyła wymiany informacji
– z Inspekcją Handlową w zakresie przekazywania informacji o stwierdzanych nieprawidłowościach lub interwencjach,

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

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Zgodnie z informacją kierownika technicznego sekcji współpraca z Nadzorem Zapobiegawczym ma charakter stały i polegała do 2017r. na dokonywaniu wspólnych odbiorów nowopowstałych lub modernizowanych obiektów, od 2018r. polega na konsultacji oraz informowaniu o dokonanych odbiorach oraz przekazywaniu wydawanych opinii sanitarnych.
Współpraca z Higieną Dzieci i Młodzieży prowadzona jest w zakresie nadzoru w placówkach wypoczynku zimowego i letniego dzieci i młodzieży oraz nadzoru nad obiektami żywienia zbiorowego w placówkach oświatowo-wychowawczych.
Z Higieną Komunalną i Epidemiologią polega na kontrolowaniu wspólnych obiektów oraz działań związanych z podejrzeniem wystąpienia zatrucia (ostatnie luty 2018r) lub interwencjami
Z Oświatą Zdrowotną w zakresie prowadzenia akcji „Żywienie na wagę zdrowia"; w ramach programu ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu i przestrzegania zakazu palenia – sprawozdania miesięczne o ilości kontroli w tym zakresie (współpraca ciągła);
Z Higieną Pracy – w zakresie wymiany informacji oraz wspólnych interwencji (współpraca doraźna);

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

XI. Inne zagadnienia

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

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

.....

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Nie kontrolowano

XIII. Dodatkowe informacje

1. Skargi/ wnioski/interwencje

W PSSE w Sosnowcu skargi i wnioski załatwiane są w oparciu o Regulamin postępowania ze skargami i wnioskami wprowadzony Poleceniem służbowym nr 3/2012 PPIS w Sosnowcu z dnia 11.12.2012 r. Centralny rejestr skarg i wniosków prowadzony jest przez pracownika Sekretariatu. W kontrolowanym okresie nie odnotowano skarg na pracowników Sekcji HŻŻ.

Zadekretowany przez PPIS wniosek podlega zarejestrowaniu przez pracownika Sekretariatu i zostaje przekazany wraz z „drukiem interwencji" (załącznik nr 2 do regulaminu) do właściwej komórki celem załatwienia. Kierownik wskazuje pracownika odpowiedzialnego za załatwienie sprawy.

W Sekcji HŻŻ powadzone są rejestry:

- interwencji zewnętrznych (przekazanych przez organy PIS oraz inne urzędy - 0912)
- interwencji wewnętrznych (wniesionych przez klientów - 0911).

Zestawienie ilości załatwianych spraw (interwencji)

Rok	2013	2014	2015	2016	2017	2018 do 31.03.2018r.
Ogółem:	82	91	101	102	104	24
Uznane za zasadne (w tym):	35	27	32	20	16	7
Na jakość środka spożywczego	11	11	17	6	3	2
Na zły stan sanitarny	12	8	9	6	6	6
Pobrane próbki/ kwest. (kontrola celowana)	3/1	7/3	4/0	7/1	5/0	5/0
Mandaty liczba/kwota/zł	34/6100	20/2950	27/4850	11/1700	12/2250	4/1000
Decyzje administracyjne	6	5	6	3	8	3

Sprawy załatwiane są przez upoważnionych pracowników w ustawowym terminie i bez zbędnej zwłoki. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości podejmowano przewidziane

prawem działania administracyjne. W uzasadnionych przypadkach pobierano próbki do badań laboratoryjnych, bądź jadłospisy do oceny teoretycznej. W odpowiedziach kierowanych do Stron szczegółowo ustosunkowywano się do zarzutów podniesionych w interwencjach i informowano o podjętych działaniach. W przypadku załatwiania spraw przekazywanych przez WSSE w sposób wyczerpujący udzielano odpowiedzi o sposobie załatwienia sprawy i podejmowanych działaniach. Podejmowano współpracę z innymi komórkami np. HP, HKiŚ oraz z innymi PPIS a także z innymi organami: Policją, Inspekcją Weterynaryjną.
Dokumentacja dotycząca załatwionych interwencji przechowywana jest w Sekcji HŻŻ, natomiast „druk interwencji" wraz z kopią odpowiedzi przesłanej do Strony przekazywany jest do Sekretariatu.

Wykaz skontrolowanych spraw wg rejestrów interwencji:

1/ NS-HŻŻ/0911/42/2014 z dn. 01.08.2014 r. - warunki sanitarne w sklepie
2/ NS-HŻŻ/142 /115/2015 z dn. 08.10.2015 r. - sprawa przekazana przez WSSE K-ce
3/ NS-HŻŻ/ 0911/59/2016 z dnia 09.09.2016 r. – nieświeże mięso
4/ NS-HŻŻ/0911/11/2017 z dn. 27.02.2017 r. – produkcja ciast w domu -współpraca z Policją
5/ NS-HŻŻ/0911/31/2017 z dn. 26.07.2017 r. żywienie w przedszkolu
6/ NS-HŻŻ/0911/90/2017 z dn. 21.12.2017 r. – sprzedaż ryb-współpraca z PIW w Rybniku
7/ NS-HŻŻ/0911/69/2017 z dn. 26.10.2017 r. – współpraca z HP
8/ NS-HŻŻ/0911/54/2017 z dn. 23.11.2017 r. gryzonie, wentylacja -współpraca z HKiŚ
9/ NS-HŻŻ/0912/1/2018 z dn. 26.02.2018 r.- pobór próbek masła-NKW
10/ NS-HŻŻ/0911/5/2018 z dn. 17.01.2018 r.- żywienie w szpitalu – catering/pobór próbek

2. Sposób przeprowadzania kontroli w obiektach.

- Przedszkole [redacted]
(przygotowanie do kontroli, sprzęt i wyposażenie, kontrola na miejscu, dokumentacja – protokół nr 432/484/1216/NS-HŻŻ/2018)

Nie stwierdzono nieprawidłowości

3. Szkolenia i podnoszenie kwalifikacji
Zestawienie tematów szkoleń za lata 2017/2018 przedstawiono w poniższej tabeli

Temat szkolenia	**Zewn. / wewn.**	**Osoba uczestnicząca**									
		I.T.	**N.O.**	**A.L.**	**K.W.**	**K.C.**	**E.C**	**M.M.**	**J.Z.**	**R.R.**	**I.D.**
2017											
Plan poboru prób na 2017 rok.	Z	-	-	X	X	-	-	-	-	-	-

Nadzór nad bezpieczeństwem żywności.	Z	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-
Nadzór nad substancjami dodatkowymi.	Z	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-
Omówienie spraw organizacyjnych oraz zasad przeprowadzania kontroli na 2017 r. Przedstawienie najczęstszych nieprawidłowości w nadzorze i postępowaniu administracyjnym wskazanych przez G.I.S. Procedury kontroli.	W	-	X	X	X	-	X	X	X	-	-
Znakowanie wartością odżywczą – rozporządzenie 1169/2011. Zwolnienie ze znakowania wartością odżywczą – pismo GIS-BŻ-UE-U232-72/IF/16/6	W	-	X	X	X	-	X	X	X	-	-
Zasady wprowadzania danych do programu WIKT	W	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-
Omówienie spraw organizacyjnych oraz zasad prowadzenia działań w NSHŻŻ na 2017r. Rejestry NSHŻŻ. Zakresy obowiązków.	W	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Rolniczy handel detaliczny.	W	-	X	X	X	-	X	X	X	-	-
Przepisy i metodologia pobierania próbek w kierunku zanieczyszczeń mikrobiologicznych i napromieniowania żywności.	W	-	X	-	X	-	X	X	X	-	-
Omówienie zasad działania w Sekcji NSHŻŻ, przepisów prawa, procedury kontroli, procedur S.J.	W	–	-	-	-	X	-	-	-	-	-
Przekazanie wiadomości ze szkolenia w WSSE w dn. 09.03.2017 r. w zakresie: plan poboru prób na 2017 r.; Rolniczy Handel Detaliczny	W	X	X	-	-	X	X	X	X	-	-
Aktualizacja dokumentacji technicznej – zarządzenie G.I.S. Nr 104/17 z 08.05.2017 r. Przypomnienie zasad przeprowadzania kontroli z uwzględnieniem kontroli dokumentacji.	W	-	X	X	X	X	X	X	X	-	X
DDD w przemyśle spożywczym – przypomnienie przepisów i zasad kontroli.	W	-	X	X	X	X	X	X	X	-	X
Nowelizacja kodeksu postępowania administracyjnego – przekazanie wiadomości.	W	-	-	X	-	X	X	X	X	-	X
Wymagania sanitarne dotyczące obiektów ruchomych i tymczasowych oraz transportu żywności – przypomnienie przepisów prawnych.	W	-	-	X	-	X	X	X	X	-	X
Aktualizacja procedury pobierania próbek – zarządzenie GIS nr 146/17	W	-	X	X	-	X	X	X	X	-	X
Przepisy i metodologia pobierania próbek w kierunku zanieczyszczeń fizykochemicznych.	W	-	X	-	-	X	X	X	X	-	X
Funkcjonowanie Systemu Wczesnego Ostrzegania RASFF – powtórzenie wiadomości.	W	-	-	X	-	X	-	X	X	-	X
System śledzenia środków spożywczych pochodzenia zwierzęcego (Traceability).	W	-	X	X	-	X	X	-	X	-	-
Nadzór nad bezpieczeństwem żywności – szkolenie kaskadowe fipronil, WWA, RASFF – ćwiczenia. Audit kontroli urzędowej zafałszowania żywności. Rozporządzenie 2017/625. Nieprawidłowości działania PPIS w zakresie bezpieczeństwa.	W	-	-	-	-	X	X	-	X	-	-
2018											
Stosowanie substancji dodatkowych – przekazanie informacji ze szkolenia w WSSE z dn. 19.12.2018r.	W	X	X	-	-	-	X	X	X	X	-
Omówienie spraw organizacyjnych i zasad przeprowadzania kontroli na 2018 r. Przypomnienie	W	-	X	X	-	X	-	X	X	X	X

procedur kontroli. Przedstawienie najczęstszych nieprawidłowości w nadzorze i postępowaniu administracyjnym wskazane przez G.I.S.											
Przekazanie informacji ze szkolenia G.I.S. Dotyczącego pobierania próbek / materiały z WSSE.	W	-	X	X	-	-	X	X	X	-	X
Żywienie zbiorowe – przekazanie informacji ze szkolenia w WSSE z dn. 25.01.2018r.	W	X	X	-	-	X	X	X	-	X	X
Stosowanie dodatków do żywności – przypomnienie przepisów i zasad kontroli.	W	-	X	X	-	X	X	X	X	-	X
Omówienie planu poboru prób na 2018 r. w pełnym zakresie kierunków.	W	X	-	-	-	-	X	X	-	-	X
Przypomnienie przepisów dotyczących produkcji pierwotnej.	W	-	X	X	-	-	X	X	-	-	X
Produkty kosmetyczne – zmiany legislacyjne, aktualne zalecenia dotyczące bezpieczeństwa.	W	X	-	X	-	-	X	X	-	-	X
Omówienie zasad pobierania próbek żywności na 2018 r. Przepisy i metodologia pobierania próbek w kierunku GMO.	W	X	X	-	-	-	X	X	X	-	X

[redacted]

Analiza powyższej tabeli wykazuje na dużą ilość szkoleń wewnętrznych przy braku wystarczającej liczby szkoleń zewnętrznych. Tematyka szkoleń wg informacji kierownika sekcji wynika z bieżących potrzeb. Z informacji przekazywanych na corocznych przeglądach zarządzania wynika że sytuacja taka jest spowodowana głównie brakiem środków finansowych.
Zwrócono uwagę kierownikowi sekcji że należy w pierwszej kolejności przeanalizować potrzeby szkoleniowe dla każdego z pracowników indywidualnie (dostosować do zakresu wykonywanych obowiązków). Tak przygotowane „zapotrzebowanie" należy przedstawiać do zatwierdzenia z odpowiednim wyprzedzeniem (poszukiwanie i analiza ofert) aby umożliwić zabezpieczenie środków finansowych na ich realizację.

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:
Nie załaczono

[redacted]

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

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

.....
pieczątka i podpis osoby kontrolującej/
pieczątki i podpisy osób kontrolujących **

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Załącznik nr 3..*
do protokołu nr.OK.1611.2.2.2018.*
kontroli .....

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

I. **Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Sosnowcu** zlokalizowana jest przy ul. Pogotowia 1.

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

III. **Data kontroli** 24.04.2018 r. - 25.04.2018 r.

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** od 26.04.2013 do 23.04.2018 r.

V. **Kontrola dokumentów**

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

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

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych.
Radca Prawny dostępny jest raz albo dwa razy w tygodniu. Ponadto pracownicy Sekcji mają dostęp do 6 komputerów stacjonarnych, komputery mają dostęp do internetu i tym sposobem korzystają z serwisów prawnych. Stacja posiada również dostęp do serwisu LEGALIS.

VI. **Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 23.04.2018 r.)**

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
911	250	105	51

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

L.p.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota /1				Uwagi:
		Rok 2015	Rok 2016	Rok 2017	Rok 2018 do dnia kontroli	
1.	Postanowienia	21	0	28	0	
2.	Decyzje	90	57	83	3	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	0	0	0	0	
4.	Decyzje - rachunki	105/7420,35	89/4323,70	36/1409,25	4/400,44	
5.	Opinie sanitarne/pisma**	21	34	17	3	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	0	0	0	0	
7.	Mandaty	5/800	4/600	5/800	0	
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	0	0	0	0	
9.	Uczestnictwo w odbiorach	34	7	33	5	
10.	Upomnienia	1	0	0	0	
11.	Tytuły wykonawcze	0	0	0	0	
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	0	0	
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	

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

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów - 10
(podać liczbę)
2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/
   2.1 Salon Fryzjerski [redacted]
   2.2 Salon Fryzjersko-kosmetyczny [redacted]

2.3 [redacted]
2.4 Studio Urody [redacted]
2.5 Dom Pomocy [redacted]
2.6 [redacted]
2.7 Interwencja [redacted] złożona e-mailem w dniu 23.11.2017 r. dotycząca obecności pluskiew w lokalu mieszkalnym w [redacted]
2.8 Interwencja mieszkańców budynku przy [redacted] (data wpływu do psse 18.11.2015 r) dotycząca niesprawnej kanalizacji,
2.9 Interwencja mieszkańca [redacted] z 23.04.2017 r. dotycząca złego stanu sanitarnego w obiekcie.
2.10 Interwencja [redacted] z dnia 14.03.2018 r. dotycząca złych warunków sanitarnych w lokalu [redacted]

Ocena wydanych dokumentów

a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem akt.
Dokumenty które są wydawane w sekcji, są czytelne, kompletne i poprawne pod względem stosowanego w nich nazewnictwa.

b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli).
Stosowane w Sekcji protokoły kontroli sanitarnej są zgodne z Systemem Jakości obowiązującym w Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Niezwłocznie po zakończeniu kontroli, protokoły są zatwierdzane, poprzez umieszczenie w prawej dolnej części protokołu: pieczęci, podpisu, daty i słowa zatwierdzono. Kierownikiem technicznym w komórce jest [redacted], którą w razie nieobecności zastępuje [redacted]

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa.
W wydawanych przez Sekcję HKiŚ dokumentach, cytowane są aktualne i obowiązujące przepisy prawa.

d) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach. Każda decyzja administracyjna jest uzgadniana i akceptowana przez kierownika Sekcji oraz Radcę Prawnego. Decyzje i postanowienia wysyłane są stronom za zwrotnym potwierdzeniem odbioru.

e) stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji. Stosowane są poprawne klauzule dotyczące możliwości wniesienia odwołania od decyzji.

f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń.
sprawy prowadzone w Sekcji HKiŚ załatwiane są w terminie określonym w Kodeksie postępowania administracyjnego. Wydawane decyzje administracyjne wysyłane są stronom za zwrotnym potwierdzeniem odbioru. Również zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli, dostarczane są stronom pocztą, za potwierdzeniem odbioru. Kontrole sanitarne przeprowadzane są zgodnie z zatwierdzonym harmonogramem kontroli.

g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli).
Rekontrole wykonania obowiązków nałożonych decyzjami administracyjnymi przeprowadzane są w krótkich odstępach czasu po upływie terminu lub terminów określonych w tychże decyzjach.

h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń.
Nie poddano kontroli.

) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji.
Nie poddano kontroli.

j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **
Brak.

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

Urząd Miasta, Straż Miejska, Państwową Inspekcją Weterynaryjną, Powiatowym Inspektorem Nadzoru Budowlanego.

współpracy: doraźna, ciągła, podstawę prawną współpracy)

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Epidemiologią, Higieną Pracy, Nadzorem Zapobiegawczym, Higieną Żywienia, Żywności i Przedmiotów Użytku, Oświata Zdrowotna.

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

XI. Inne zagadnienia

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

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Nie poddano kontroli.

XIII. Dodatkowe informacje

Nie pobrano.

[redacted]

.....

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

Dz[illegible] Nadzoru Sanitarnego
Kierownik Oddziału Higieny
Komunalnej i Środowiska

mgr inż. Anna Tatar
.....

pieczątka i podpis osoby kontrolującej/
pieczątki i podpisy osób kontrolujących

**

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Załącznik nr 4..*
do protokołu nr. OK.IEW.2.2.2018*
kontroli .....

Ustalenia w zakresie bezpieczeństwa wody:

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Sosnowcu, ul. Pogotowia 1

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska

III. Data kontroli 24.04.2018 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli 03.04.2013 r. - 30.03.2018 r.

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

L.p.	Stanowisko służbowe	Poziom i profil wykształcenia	Szkolenie /narada (ilość)				
			Wewnętrzne	Zewnętrzne			
				WSSE	GIS	inne	
						Organizator	przedmiot
1	[redacted]	Mgr Inż. Ochrony Środowiska Studia podyplomowe Zdrowie publiczne	37	3	-	1 Centrum Kształcenia Kadr NIZP-PZH Warszawa	Bezpieczeństwo zdrowotne wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi
2	[redacted]	Technik technologii wody i ścieków	28	1	-	-	-
3	[redacted]	Mgr. chemii	2	-	-	-	BHP

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych
W sekcji prowadzony jest rejestr przepisów prawnych zgodnie z Procedurą Ogólną Systemu Zarzadzania PO-01, pracownicy posiadają swoje wersje robocze przepisów dotyczących wody do spożycia wody w pływalniach i wody w kąpieliskach , sekcja posiada procedury robocze dotyczące pobierania wody, instrukcje: postępowanie z powiadomieniem o wynikach badania wody, postępowanie z powiadomieniem o wynikach badania wody w kierunku *Legionella* sp., postępowanie z powiadomieniem o wynikach badania wody na pływalniach, w kierunku *Legionella* sp., pobieranie próbek do badań, itd

VI. Kontrola dokumentów

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

L.p.	Rodzaj rejestrów/ewidencji/wykazu/ bazy danych **	+jest, - nie ma	nieprawidłowości
1.	Rejestr obiektów nadzorowanych	+	
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych	+	

B.G.

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

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

VII. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 24.04.2018r.)

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
12	31	7	8

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

IX.

L.p.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota /1						
		rok 2013	rok 2014	rok 2015	rok 2016	rok 2017	rok 2018 do dnia kontroli	Uwagi
1.	Postanowienia	-	-	-	-	-	-	
2.	Decyzje	15	23	22	16	31	9	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	-	-	-	-	-	-	
4.	Decyzje - rachunki	14/3088,75	23/4038,50	24/6137,45	18/5612,75	26/8763,25	5/1918,75	
5.	Opinie sanitarne/pisma**	1	1	1	1	1	1	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	-	-	-	-	-	-	
7.	Mandaty	-	-	-	-	-	-	
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	-	-	-	-	-	-	
9.	Uczestnictwo w odbiorach	-	-	-	1	-	1	

B.GK

10.	Upomnienia	1	1	2	2	5	1	
11.	Tytuły wykonawcze	-	-	2	-	5	1	
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	-	-	2/700	-	5/1100	2/400	
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	-	-	-	-	-	-	

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

X. Kontrola dokumentacji

Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów 19

1. Identyfikacja sprawy:

1. Interwencja dot. złej jakości wody do spożycia przez ludzi z dnia 04.01.2018 r., złożona przez [redacted]
2. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr 432/W/NS-HK-18/18 z dnia 10.01.2018 r., [redacted]
3. Odpowiedź na interwencję dot. złej jakości wody do spożycia przez ludzi dla [redacted] nr NS-HK/0911/2/1/2018 z dnia 22.01.2018 r. wraz z orzeczeniem o jakości wody, [redacted]
4. Zawiadomienie [redacted] o wszczęciu postępowania administracyjnego na wniosek strony w sprawie wydania oceny higienicznej na preparaty mające kontakt z wodą do spożycia przez ludzi nr NS-HK/4569/1/2018 z dnia 12.03.2018 r.
5. Decyzja PPIS w Sosnowcu nr NS-HK/339/18 z dnia 26.03. 2018 r., dot. zastosowania chlorku sodu – tabletek solnych w procesach uzdatniania wody do spożycia, [redacted]
6. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr 432/W/NS-HK-44/18 z dnia 20.02.2018 r., [redacted]
7. Orzeczenie o jakości wody do spożycia nr NS-HK/4563/1/5/2018 z dnia 08.03.2018 r., [redacted]
8. Protokół kontroli nr 432/8/1216/NS-HK/2018 z dnia 10.01.2018 r., [redacted]
9. Protokół pobrania próbki wody ciepłej nr NS-HK/4562/31/2017 z dnia 20.09.2017 r., [redacted]
10. Ocena jakości wody ciepłej nr NS-HK/4562/31/2017 z dnia 09.10.2017 r., [redacted]

B. Gr

11. Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego nr NS-HK/4562/31/20 17 z dnia 05.10.2017 r. w sprawie stwierdzonego przekroczenia pałeczek *Legionella* sp. w próbce wody ciepłej pobranej w dniu 20.09.2017 r. w obiekcie: [redacted]
12. Decyzja PPIS w Sosnowcu nr NS-HK/1245/2017 z dnia 26.10.2017 r. dot. nieprawidłowej jakości wody ciepłej w obiekcie: [redacted]
13. Orzeczenie o jakości wody nr NS-HK/4563/1/12/2017 z dnia 22.06.2017 r., Przedszkole [redacted]
14. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr 432/W/NS-HK-15/17 z dnia 18.01.2017 r., [redacted]
15. Protokół pobrania próbki wody z kąpieliska nr 432/NS-HK-120/17 z dnia 06.06.2017 r., [redacted]
16. Protokół wizualnej oceny wody w kąpielisku nr 432/W/NS-HK-120/17 z dnia 06.06.2017 r., [redacted]
17. Orzeczenie o przydatności wody da kąpieli nr NS-HK/4581/1/2/2017 z dnia 14.06.2017 r., [redacted]
18. Protokół pobrania próbki wody z pływalni nr 432/W/NS-HK-219/17 z dnia 15.11.2017 r., [redacted]
19. Decyzja PPIS w Sosnowcu – zbiorcza roczna ocena wody na pływalni nr NS-HK/1029/17 z dnia 08.08.2017 r., Zespół Szkół Ogólnokształcących [redacted]

2. Ocena wydanych dokumentów

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

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

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa
brak uwag

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

e) stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie klauzula jest stosowana prawidłowo

f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń
brak uwag

g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)
zgodnie z art. § 20 ust 3 pkt 6rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11.12.2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz.U. poz. 2294), organy PIS wykonują kontrolne badania wody po zakończeniu działań naprawczych, mające na celu sprawdzenie czy woda spełnia wymagania określone w § 3.

h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń

brak uwag

i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji
brak uwag

j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **
brak uwag

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

Brak uwag

XII. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Brak uwag

XIII. Inne zagadnienia

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

Nie dotyczy

XIV. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Brak uwag

XV. Dodatkowe informacje

Integralną część załącznika stanowią kopie elektroniczne dokumentów:

1. Interwencja dot. złej jakości wody do spożycia przez ludzi z dnia 04.01.2018 r., złożona przez [redacted]
2. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr 432/W/NS-HK-18/18 z dnia 10.01.2018 r., [redacted]
3. Odpowiedź na interwencję dot. złej jakości wody do spożycia przez ludzi dla [redacted] nr NS-HK/0911/2/1/2018 z dnia 22.01.2018 r. wraz z orzeczeniem o jakości wody, [redacted]
4. Zawiadomienie [redacted] o wszczęciu postępowania administracyjnego na wniosek strony w sprawie wydania oceny higienicznej na preparaty mające kontakt z wodą do spożycia przez ludzi nr NS-HK/4569/1/2018 z dnia 12.03.2018 r.
5. Decyzja PPIS w Sosnowcu nr NS-HK/339/18 z dnia 26.03. 2018 r., dot. zastosowania chlorku sodu – tabletek solnych w procesach uzdatniania wody do spożycia, [redacted]
6. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr 432/W/NS-HK-44/18 z dnia 20.02.2018 r., [redacted]
7. Orzeczenie o jakości wody do spożycia nr NS-HK/4563/1/5/2018 z dnia 08.03.2018 r., [redacted]
8. Protokół kontroli nr 432/8/1216/NS-HK/2018 z dnia 10.01.2018 r., [redacted]
9. Protokół pobrania próbki wody ciepłej nr NS-HK/4562/31/2017 z dnia 20.09.2017 r., [redacted]
10. Ocena jakości wody ciepłej nr NS-HK/4562/31/2017 z dnia 09.10.2017 r., [redacted]

11. Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego nr NS-HK/4562/31/20 17 z dnia 05.10.2017 r. w sprawie stwierdzonego przekroczenia pałeczek *Legionella* sp. w próbce wody ciepłej pobranej w dniu 20.09.2017 r. w obiekcie: [redacted]
12. Decyzja PPIS w Sosnowcu nr NS-HK/1245/2017 z dnia 26.10.2017 r. dot. nieprawidłowej jakości wody ciepłej w obiekcie: [redacted]
13. Orzeczenie o jakości wody nr NS-HK/4563/1/12/2017 z dnia 22.06.2017 r., Przedszkole [redacted]
14. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr 432/W/NS-HK-15/17 z dnia 18.01.2017 r., [redacted]
15. Protokół pobrania próbki wody z kąpieliska nr 432/NS-HK-120/17 z dnia 06.06.2017 r., [redacted]
16. Protokół wizualnej oceny wody w kąpielisku nr 432/W/NS-HK-120/17 z dnia 06.06.2017 [redacted]
17. Orzeczenie o przydatności wody da kąpieli nr NS-HK/4581/1/2/2017 z dnia 14.06.2017 r., [redacted]
18. Protokół pobrania próbki wody z pływalni nr 432/W/NS-HK-219/17 z dnia 15.11.2017 r., [redacted]
19. Decyzja PPIS w Sosnowcu – zbiorcza roczna ocena wody na pływalni nr NS-HK/1029/17 z dnia 08.08.2017 r., Zespół Szkół Ogólnokształcących [redacted]

[redacted]

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

Dział Nadzoru Sanitarnego
KIEROWNIK
Oddział Bezpieczeństwa Wody
Ewa Bondarczyk

.....
pieczątka i podpis osoby kontrolującej/
pieczątki i podpisy osób kontrolujących **

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji
** niepotrzebne skreślić
*** *dotyczy* zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Załącznik nr 5..*
do protokołu nr OK.1611.2.2.2018*
kontroli .....

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

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Sosnowcu 41-200 Sosnowiec ul. Pogotowia 1
(adres)

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

III. Data kontroli 24 i 25.04.2018 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli 01.01.2014 r. do 31.03.2018 r.

V. Kontrola dokumentów

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

L.p.	Rodzaj rejestrów/ewidencji/wykazu/ bazy danych **	+jest, - nie ma	nieprawidłowości
1.	Rejestr obiektów nadzorowanych *	+	
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych	+	
3.	Zapisy ze szkoleń wewnętrznych	+	
4.	Rejestry szkoleń pracowników (indywidualne)	+	
5.	Rejestry wydanych decyzji merytorycznych*	+	
6	Rejestr wydanych decyzji płatniczych*	+	
7.	Rejestry postanowień	+	
8.	Rejestry: interwencji~~/ skarg, wniosków**~~	+	
9.	Rejestr nałożonych mandatów	+	
10.	Rejestr upoważnień do przeprowadzenia kontroli *	+	
11.	Rejestr protokół kontroli *	+	
12.	Rejestr tytułów wykonawczych	+	
13.	Rejestr odwołań	+	
14.	Rejestr upomnień	+	
15.	Ewidencja zakładów w których występują szkodliwe czynniki biologiczne w wersji elektronicznej	+	
16.	Ewidencja zgłoszeń zamierzonego użycia szkodliwego czynnika biologicznego/forma elektroniczna	+	
17.	Ewidencja zakładów pracy w których występują substancje ich mieszaniny, czynniki lub procesy technologiczne o działaniu rakotwórczym lub mutagennym/forma papierowa i elektroniczna	+	
19.	Rejestr zakładów stosujących i wprowadzających do obrotu substancje i mieszaniny chemiczne	+	
20.	Rejestr przepisów prawnych forma elektroniczna	+	
21.	Rejestr alfabetyczny osób, u których stwierdzono chorobę zawodową forma elektroniczna	+	
22.	Rejestr alfabetyczny osób, u których nie stwierdzono	+	

	choroby zawodowej		
23.	Rejestr decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej	+	
24.	Rejestr decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej – forma elektroniczna	+	
25.	Rejestr odwołań od decyzji	+	
26.	Rejestr zakładów, w których stwierdzono chorób zawodowych,	+	
27.	Rejestr zgłoszeń podejrzeń i skutków chorób zawodowych – forma elektroniczna	+	

- prowadzone w CRONSOR i papierowo

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

Tak. Bez zastrzeżeń. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 31.03.2018 r.)

Ilość obiektów w ewidencji	**Ilość kontroli**		
	planowanych	**wykonanych wg planu**	**ponadplanowych**
324	37	32	11

Na rok 2018 zaplanowano 115 kontroli.

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

L.p.	**Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny**	**Liczba/kwota** /1				
		2014 rok	**2015 rok**	**2016 rok**	**2017 rok**	**2018 do 31.03. 2018 r.**
1.	Postanowienia	0	0	0	0	0
2.	Decyzje	87	53	35	39	10
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	52	39	69	46	10
4.	Decyzje - rachunki	84/15756	54/8454	34/6763	24/2499	8/1083
5.	Opinie sanitarne/pisma**	0	0	2	0	0
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	0	0	0	0	0
7.	Mandaty	1/50	0	0	0	0
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	0	0	0	0	0
9.	Uczestnictwo w odbiorach	4	3	2	6	2
10.	Upomnienia	8	3	2	4	0
11.	Tytuły wykonawcze	0	2	0	0	0
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	1	0	0	0
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	0

/1 - dotyczy kwot dla l.p. nr 4, 7, 12
/2 - dotyczy działalności w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

/3 - dotyczy działalności w zakresie nadzoru higieny pracy

VI 2. Kontrola prowadzonego postępowania w sprawach chorób zawodowych

Lp.	Postępowanie administracyjne w sprawie chorób zawodowych	2014 rok	2015 rok	2016 rok	2017 rok	2018 do 31.03. 2018 r.	Uwagi
1	Liczba zgłoszonych podejrzeń chorób zawodowych	34	60	45	41	9	
2	Liczba decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej	17	18	24	9	1	
3	Liczba decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej	34	21	35	35	9	
4	Liczba prowadzonych postępowań wyjaśniających w sprawie choroby zawodowej	124	128	142	117	33	
5	Liczba postanowień	111	127	153	109	36	
6	Liczba wystawionych kart stwierdzeń	16	14	21	15	1	
7	Liczba decyzji o umorzeniu postępowania	1	0	9	2	0	w 2016r . 1 dec. dot. odmowy wszczęcia postępowania

VII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji:
obiektów: 8 (zakłady pracy)
spraw: 10 (choroby zawodowe)

2. A. Identyfikacja obiektów:

2.1 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach 16,17 i 18.04. 2018 r.
Protokół kontroli nr 432/49/NS.HP/2018 z dnia 18.04.2018 r.

2.2. [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 17.04.2018 r.
Protokół kontroli nr 432/48/1216/NS.HP/2018 z dnia 17.04.2018 r.

2.3 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach 21 i 23.02.2018 r.
Protokół kontroli nr 432/19/1216/NS-HP/2018 z dnia 23.02.2018 r.
Decyzja z dnia 06.03.2018 r. nr 432-19/1216/NS-.HP/2018

2.4 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach 08,09 i 12.02.2018r.
Protokół kontroli nr 432/12/1216//NS.HP/2018 z dnia 12.02.2018 r.
Decyzja z dnia 28.02.2018 r. nr 432-12/1216/NS-HP/2018

2.5 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 16.02.2018 r.
Protokół kontroli nr 432/15/1216/NS-HP/2018 z dnia 16.02.2018 r.
Decyzja z dnia 27.02.2018 r. nr 432-15/1216/NS-HP/2018

2.6 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 10.05.2017 r.
Protokół kontroli nr 432/1216/NS-HP/2018 z dnia 10.05.2017 r.
Decyzja z dnia 1.06.2017 r. nr 432-40/1216/NS-HP/2017
Protokół kontroli nr 432/68/1216/NS-HP/2018 z dnia 31.07.2017 r

2.7. [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach 11 i 12.04.2017 r.
Protokół kontroli nr 432/33/1216/NS-HP/2017 z dnia 12.04.2017 r.
Decyzja z dnia 26.04.2017 r. nr 432/33/1216/NS-HP/2017
Protokół kontroli nr 435/85/1216/NS-HP/2017 z dnia 22.09.2017 r.

2.8. [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach 26 i 28.04.2017 r.
Protokół kontroli nr 432/21/1216/NS-HP/2018 z dnia 28.02.2018 r.

2.9. Pismo ŚPWIS z dnia 19.12.2017r. nr NS-HP.2330.44.2017 przekazujące skargę [redacted] z dnia 17.12.2017 r.
Protokół przejęcia skargi w PSSE w Sosnowcu NR EA-A-0911-209/2017
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach 11.01.2018 r.

Protokół kontroli nr 432/2/1216/NS-HP/2018 z dnia 11.01.2018 r.
Pismo PPIS w Sosnowcu z dnia 12.01.2018 r. nr NS-HP/0911-720/2017/28/2018
Zarzuty zawarte w interwencji się nie potwierdziły

B. Identyfikacja spraw (choroby zawodowe):

2.1 NS.HP/4431-10/2018 [redacted] choroba zawodowa poz. 21
2.2 NS.HP/4431-38/2017 [redacted] choroba zawodowa poz. 3/2
2.3 NS.HP/4431-28/2017 [redacted] choroba zawodowa poz. 15
2.4 NS.HP/4431-26/2017 [redacted] choroba zawodowa poz. 3/2
2.5 NS.HP/4431-37/2017 [redacted] choroba zawodowa poz. 15.3
2.6 NS.HP/4431-12/2017 [redacted] choroba zawodowa poz.19.5
2.7 NS.HP/4431-13/2016 [redacted] choroba zawodowa poz. 19.1.
2.8 NS.HP/4431-60/2015 [redacted] choroba zawodowa poz. 26
2.9 NS.HP/4431-34/2015 [redacted] choroba zawodowa poz.18.1
2.10 NS.HP/4431-40/2013 [redacted] choroba zawodowa poz.15

3. Ocena wydanych dokumentów

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

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

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

b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli)
Do dokumentacji zakładów pracy opisanych w pkt. 2 nie wnosi się zastrzeżeń.

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa

Bez zastrzeżeń

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

Bez zastrzeżeń

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

Bez zastrzeżeń

f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń

Bez zastrzeżeń

g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)

Bez zastrzeżeń

h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń

Bez zastrzeżeń

i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji

Bez zastrzeżeń

j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **

Brak uwag

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

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

- Wojewódzkim Ośrodkiem Medycyny Pracy w Sosnowcu w zakresie chorób zawodowych (rozporządzenie),
- Instytutem Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu w zakresie chorób zawodowych (rozporządzenie),
- Państwową Inspekcją Pracy w zakresie chorób zawodowych oraz spraw dot. prowadzenia nadzoru bieżącego nad zakładami pracy (porozumienie),
- Komendą Policji w zakresie środków zastępczych (porozumienie),
- Inspekcja handlowa
- Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w Katowicach (interwencje)

IX. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Współpraca zależności od potrzeb z:

- Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska – wspólne kontrole,
- Sekcja Epidemiologii – wspólne kontrole,
- Stanowisko ds. Higieny Dzieci i Młodzieży - wspólne kontrole,
- Sekcja Higieny Żywienia, Żywności i Przedmiotów Użytków- wspólne kontrole,
- Stanowisko ds. Oświaty Zdrowotnej – działania promocyjne zdrowy tryb życia i działania oświatowe w zakresie środków zastępczych oraz palenia
- Stanowisko ds. nadzoru zapobiegawczego nadzoru zapobiegawczego – wspólne odbiory obiektów

- Radca prawny – opiniowanie prowadzonego postępowania administracyjnego

X. Inne zagadnienia

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

Nie dotyczy

XI. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Nie dotyczy

XII. Dodatkowe informacje

Dane dotyczące nadzoru nad środkami zastępczymi

Rok	Ilość nadzorowanych obiektów	Ilość kontroli	Ilość pobranych próbek	Ilość przebadanych próbek
2014	1	9	12	12
2015	1	8 81 wizytacji	13	9
2016	0	7 wizytacji	0	0
2017	0	22 wizytacje	0	0
2018	0	0	0	7

Rok	Ilość decyzji Art. 27 ust. 1 ustawy o PIS	Ilość decyzji Art. 27 ust. 6 ustawy o PIS	Ilość decyzji art. 44c ust.1	Ilość decyzji art.44c ust. 6	Ilość wydanych kar pieniężnych	Kwota wydanych kar pieniężnych	Liczba spraw przekazanych przez Policję i Prokuraturę
2014	3	5	0	0	3	60.000	2
2015	2	0	4	0	2	70.000	0
2016	0	0	1	0	5	100.000	7
2017	0	0	0	0	0	0	56
2018	0	0	0	0	2	40.000	3

Na terenie przez PPIS w Sosnowcu aktualnie wszystkie punkty sprzedaży środków zastępczych są zamknięte od roku 2015. W PSSE prowadzi postępowanie administracyjne w stosunku do osób fizycznych posiadających czy też wprowadzających do obrotu środki zastępcze oraz w stosunku do firm działających na terenie Sosnowca (wg KRS). Są to sprawy przekazane przez inne organy administracji.

Skontrolowano dokumentację dot. firmy [redacted].

W dniu PPSE w Łodzi przekaz informację, ze w/w firma wprowadza do obrotu środki zastępcze – przesyłki zatrzymane przez Służby Celne w Łodzi. PPIS w Sosnowcu w dniu 04.07.2017 r. wszczął postępowanie administracyjne w niniejszej sprawie. W dniu 02.08.2017 r. PPIS w Sosnowcu wydał decyzję nr NS-HP/891/17 zakazującą wprowadzania do obrotu środków zastępczych, wycofującą przedmiotowe produkty oraz orzekającą o zniszczeniu. PPIS w Sosnowcu przekazał zatrzymane próbki produktów do badań. Z otrzymanych badań wynika że nie zostały wykonane przez laboratorium wymienione w rozporządzeniu, w związku z powyższym PPIS w Sosnowcu zlecił przeprowadzenie badań do „TOXLAB" w Katowicach Z opinii toksykologicznej z dnia 29.03.2018 r. nr TOX-472/17 wynika, że wszystkie zabezpieczone podczas produkty są środkami zastępczymi. PPIS w Sosnowcu w dniu 29.03.2018r. wymierzył firmie [redacted] karę pieniężną w wysokości 20000zł za wprowadzanie do obrotu środków zastępczych.

Skontrolowano dokumentację dot. sprawy [redacted]

W dniu 23.02.2017 r. Komendant Miejskiej Policji w Sosnowcu przekazał do PPSE informację iż w/w posiadał środki zastępcze. PPIS w Sosnowcu pismem z dnia 06.03.2018r. zwrócił się do Komendy o uzupełnienie przesłanego materiału dowodowego. PPIS w Sosnowcu w dniu 22.03.2017 r. wszczął postępowanie administracyjne w niniejszej sprawie. W dniu 5.04.2017 r. przesłuchano stronę. Z uwagi na brak znamion wprowadzania do obrotu środków zastępczych w dniu 12.05.2017 r. PPIS w Sosnowcu wydał decyzję nr NS-HP/556/17 umarzającą postępowanie administracyjne i orzekającą zniszczenie.

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:

Nie dotyczy

[redacted]

.....

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

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

.....

pieczątka i podpis osoby kontrolującej/
pieczątki i podpisy osób kontrolujących **

- numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji
- ** niepotrzebne skreślić
- ***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Załącznik nr 3 do Regulaminu nadzoru nad działalnością Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych województwa śląskiego

Załącznik nr 6.*
do protokołu nr. OK.NZ.2.2.2018*
kontroli .....

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

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Sosnowcu ul. Pogotowia 1 41-200
(adres)

II. Nazwa komórki organizacyjnej podległej kontroli
Stanowiska Pracy d.s Higieny Dzieci i Młodzieży
(pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym psse)

III. Data kontroli 25.04-26.04.2018 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli 26.04.2013 r. -25.04.2018 r.

V. Kontrola dokumentów

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

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

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych- brak uwag

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 25.04.2018 r.)

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
144	72	18	15

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

L.p.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota /1				Uwagi:
		2015 rok	2016 rok	2017 rok	2018 rok do dnia kontroli	
1.	Postanowienia	0	0	0	0	
2.	Decyzje	19	11	13	3	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	0	0	0	0	
4.	Decyzje - rachunki	9	8	9	1	
5.	Opinie sanitarne/pisma**0	0	0	0	0	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	0	0	0	0	
7.	Mandaty	0	0	0	0	
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	0	0	0	0	
9.	Uczestnictwo w odbiorach	1	3	2	0	
10.	Upomnienia	0	0	0	0	
11.	Tytuły wykonawcze	0	0	0	0	
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	0	0	
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	

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

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów : 7
   (podać liczbę)
2. Identyfikator sprawy/obiektu **

2.1 Zespół Szkół [redacted]

- Zawiadomienie o zamiarze przeprowadzenia kontroli z dnia 03.06.2013 r
- Potwierdzenie odbioru zawiadomienia 06.06.2013 r.
- Protokół kontroli 1-85/432/NS-HDM/13 z dnia 18.06.2013 r. wraz formularzem F/HDM/05
- Zawiadomienie o zamiarze przeprowadzenia kontroli z dnia 28.05.2014 r. wraz potwierdzeniem odbioru z dnia 06.06.2014 r.
- Zawiadomienie o zamiarze przeprowadzenia kontroli z dnia 27.08.2014 r. wraz potwierdzeniem odbioru z dnia 02.09.2014 r.
- Protokół kontroli 432/151/1216/NS-HDM/2014 z dnia 12.09.2014 r. wraz formularzem F/HDM/04, F/HDM/06
- Zawiadomienie o zamiarze przeprowadzenia kontroli z dnia 25.03.2015 r. wraz potwierdzeniem odbioru z dnia 03.04.2015 r.
- Protokół kontroli 432/61/1216/NS-HDM/2015 z dnia 28.04.2015 r. wraz formularzem F/HDM/04, F/HDM/06
- Zawiadomienie o zamiarze przeprowadzenia kontroli z dnia 22.03.2016 r. wraz potwierdzeniem odbioru z dnia 29.03.2016 r.

- Protokół kontroli 432/64/1216/NS-HDM/2016 z dnia 15.04.2016 r. wraz formularzem F/HDM/04, F/HDM/06
- Zawiadomienie o zamiarze przeprowadzenia kontroli z dnia 27.03.2018 r. wraz potwierdzeniem odbioru z dnia 30.03.2018 r.
- Protokół kontroli 432/31/1216/NS-HDM/2016 z dnia 12.04.2018 r. wraz formularzem F/HDM/02, F/HDM/04, F/HDM/06

2.2 Szkoła Szkoła Podstawowa [redacted]

- Protokół kontroli 432/91/1216/NS-HDM/2017 z dnia 05.09.2017 r. wraz formularzem F/HDM/02, F/HDM/04, F/HDM/06
- Zawiadomienie o wszczęciu postępowania 432/1216/NS-HDM/2017z dnia 19.09.2017. wraz potwierdzeniem odbioru z dnia 21.09.2017 r.
- Decyzja NS-HDM/1093/17 z dnia28.09.2017 r. wraz z potwierdzeniem odbioru z 03.10.2017 r.
- Protokół kontroli 432/116/1216/NS-HDM/2017 z dnia 02.11.2017 r
- Protokół kontroli 432/117/1216/NS-HDM/2017 z dnia 02.11.2017 r. wraz formularzem F/HDM/04, F/HDM/06

2.3 [redacted]

- Protokół kontroli 1-154/432/NS-HDM/13 z dnia 03.10.2013 r. wraz formularzem F/HDM/12
- Zawiadomienie o wszczęciu postępowania 1-154/432/NS-HDM/2013 z dnia 03.10.2013r.
- Decyzja – Rachunek 1370/NS-HDM/13 z dnia 14.10.2013r.
- Decyzja NS-HDM/432/D-7/875/13 z dnia 14.10.2013 r. dot. punkt 1 - „Odnowić malowanie ścian i sufitu w sali gimnastycznej do 31.12.2014r". oraz punkt 2 - „Zapewnić jednolitą, równą, łatwą do utrzymania w czystości podłogę w korytarzu segmentu sportowego.
- Protokół kontroli 432/178/1213/NS-HDM/2014 z dnia 28.10.2014 r. wraz formularzem F/HDM/12
- Pismo strony BHP.081.2014.b.139 z dnia 26.11.2014 r. o zmianę terminu wykonania zarządzeń decyzji NS-HDM/432/D-7/875/13 z dnia 14.10.2013r.
- Decyzja NS-HDM/2025/14 z dnia 11.12.2014 r. zmieniająca termin wykonania zarządzeń decyzji w puntach 1 i 2
- Protokół kontroli 432/174/1216/NS-HDM/2015 z dnia 13.10.2015 r. wraz formularzem F/HDM/12
- Pismo strony BHP.081.2015.b.94 z dnia 13.11.2015 r. o zmianę terminu wykonania zarządzeń decyzji NS-HDM/432/D-7/875/13 z dnia 14.10.2013 r. w punkcie 1
- Decyzja NS-HDM/1775/15 z dnia 18.11.2015 r. zmieniająca termin wykonania zarządzeń decyzji w puncie1
- Pismo strony BHP.081.2016.b.73 z dnia 21.09.2016 r. o wykonaniu zarządzeń decyzji nr NS-HDM/432/D-7/875/13 w punkcie 1
- Protokół kontroli 432/8/1216/NS-HDM/2016 z dnia 29.01.2016 r. wykonanie punktu 2 decyzji NS-HDM/432/D-7/875/13
- Pismo strony BHP.081.2016.b.73 z dnia 21.09.2016 r. o wykonaniu zarządzeń decyzji nr NS-HDM/432/D-7/875/13 w punkcie 1
- Protokół kontroli 432/9/1216/NS-HDM/2017 z dnia 15.02.2017 r. wykonanie punktu 1 decyzji NS-HDM/432/D-7/875/13
- Protokół kontroli 432/10/1216/NS-HDM/2017 z dnia 15.02.2017 r. wraz formularzem F/HDM/12, F/HDM/11

2.4 Szkoła Podstawowa [redacted]

- Protokół kontroli 1-52/432/NS-HDM/13 z dnia 18.04.2013 r. wraz formularzem F/HDM/04

- Zawiadomienie o wszczęciu postępowania 1-52/432/NS-HDM/13 z dnia 18.04.2013 r.
- Decyzja NS-HDM/432/D-4/4121/13 z dnia 10 .05.2013 r. nakazująca usunięcie zawilgoceń ścian i sufitów z terminem realizacji do 16.09.2013 r. wraz z potwierdzeniem odbioru.
- Decyzja – Rachunek 614/NS-HDM/13 z dnia 10.05.2013 r.
- Protokół kontroli 3-131/432/NS-HDM/13 z dnia 27.08.2013 r.
- Protokół kontroli 432/56/1216/NS-HDM/2014 z dnia 11.04.2014 r. wraz formularze F/HDM/04,
- Zawiadomienie o wszczęciu postępowania 432/56//1216/NS-HDM/2014 z dnia 10.04.2014 r.
- Decyzja – Rachunek 386/NS-HDM/757/Op/14 z dnia 24.04.2014 r.
- Decyzja NS-HDM/756/14 z dnia 24.04.2014 r. nakazująca „ zapewnić łatwą do utrzymania w czystości powierzchnię podłogi.
- Pismo strony nr SP25.070.1.2014 z dnia 13.05.2014r. z prośbą o zmianę terminu wykonania zarządzeń decyzji.
- Decyzja NS-HDM/432/910/14 z dnia 23.05.2014 r. zmieniająca termin wykonania decyzji NS-HDM/756/14 wraz z potwierdzeniem odbioru.
- Protokół kontroli 432/34/1216/NS-HDM/2015 z dnia 13.03.2015 r.wraz formularzem F/HDM/04,
- Pismo strony SP25.070.1.2015 z 18.09.2015 r. z prośbą o zmianę terminu wykonania zarządzeń decyzji.
- Protokół kontroli 432/169/1216/NS-HDM/2015 z dnia 30.09.2015 r.
- Decyzja NS-HDM/1526/15 z dnia 05.10.2015 r. zmieniająca termin wykonania decyzji NS-HDM/756/14 wraz z potwierdzeniem odbioru.
- Pismo strony SP25.070.16.2016 z 06.06.2016 r. z prośbą o zmianę terminu wykonania zarządzeń decyzji
- Decyzja NS-HDM/836/16 z dnia 23.06.2016 r. zmieniająca termin wykonania decyzji NS-HDM/756/14 wraz z potwierdzeniem odbioru.
- Protokół kontroli 432/155/1216/NS-HDM/2016 z dnia 28.09.2016 r. sprawdzenie częściowe wykonanie zarządzeń decyzji NS-HDM/756/14
- Protokół kontroli 432/156/1216/NS-HDM/2016 z dnia 28.09.2016 r. wraz z formularze F/HDM/04
- Pismo strony z 11.09.2017 r. z prośbą o zmianę terminu wykonania zarządzeń decyzji.
- Protokół kontroli 432/96/1216/NS-HDM/2017 z dnia 18.09.2017 r.
- Protokół kontroli 432/97/1216/NS-HDM/2017 z dnia 18.09.2017 r. wraz formularzem F/HDM/04

2.5 Przedszkole [redacted]

- Protokół kontroli 1-177/432/NS-HDM/13 z dnia 18.11.2013r. wraz z formularzem F/HDM/02;
- pismo strony z dnia 21.11.2013r. informujące o przekazaniu jednostce nadrzędnej (Urząd Miasta Sosnowca) informacji o konieczności modernizacji oświetlenia w placówce i wskazanie terminu jej przeprowadzenia;
- pismo PPIS w Sosnowcu z dnia 28.11.2013r. wskazujące konieczność przesłania wyników pomiarów natężenia oświetlenia sztucznego wraz z potwierdzeniem odbioru pisma;
- pomiary natężenia światła sztucznego przesłane przez stronę pismem z dnia 31.01.2014r.;
- Protokół kontroli 432/109/1216/NS-HDM/2014 z dnia 10.07.2014r.;
- Protokół kontroli nr 432/187/1216/NS-HDM/2014 z dnia 06.11.2014r. wraz z formularzem F/HDM/02;
- Protokół kontroli 432/211/1216/NS-HDM/2015 z dnia 04.12.2015r. wraz z formularzem F/HDM/02;
- Protokół kontroli 432/37/1216/NS-HDM/2017 z dnia 18.04.2017r. Wraz z formularzem F/HDM/02.

2.6 [redacted]

- Protokół kontroli 1-215/432/NS-HDM/12 z dnia 10.12.2012r. wraz z formularzem F/HDM/04,
- Protokół kontroli 432/199/1216/NS-HDM/2014 z dnia 01.12.2014r. wraz z formularzem F/HDM/04,
- Protokół kontroli 432/88/1216/NS-HDM/2015 z dnia 16.06.2015r. wraz z formularzem F/HDM/04,
- pismo strony z dnia 24.08.2015r. o likwidacji internatu placówki,
- Protokół kontroli 432/21/1216/NS-HDM/2017 z dnia 15.03.2017r. wraz z formularzem F/HDM/04.

2.7 [redacted]

- Zawiadomienie o zamiarze przeprowadzenia kontroli z dnia 24.04.2014 r
- Potwierdzenie odbioru zawiadomienia 08.05.2014 r.
- Protokół kontroli 432/76/1216/NS-HDM/2014 z dnia 19.05.2014 r. wraz formularzem F/HDM/01,
- opinia sanitarna NS-NZ/526/35/15 z dnia 09.03.2015r.
- Zawiadomienie o zamiarze przeprowadzenia kontroli z dnia 19.08.2015 r. wraz potwierdzeniem odbioru z dnia 25.08.2015 r.
- Protokół kontroli 432/147/1216/NS-HDM/2015 z dnai 15.09.2015r wraz z formularzem F/HDM/01,
- Zawiadomienie o zamiarze przeprowadzenia kontroli z dnia 30.05.2016 r. wraz potwierdzeniem odbioru z dnia 03.06.2016 r.,
- Protokół kontroli 432/107/1216/NS-HDM/2016 z dnia 17.06.2016r. wraz z formularzem
- F/HDM/01
- Zawiadomienie o zamiarze przeprowadzenia kontroli z dnia 25.09.2017 r. wraz potwierdzeniem odbioru z dnia 29.09.2017 r.
- Protokół kontroli 432/108/1216/NS-HDM/2017 z dnia 10.10.2017r. wraz z formularzem F/HDM/01,
- wniosek strony z dnia 05.03.2018r. w związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej ws wymagań lokalowych i sanitarnych jakie musi spełnić lokal, w którym ma być prowadzony żłobek lub klub dziecięcy (Dz.U z 2017 poz.2379)
- upoważnienie do przeprowadzenia kontroli nr 1216-0131-431/18 z dnia 15.03.2018r.
- Protokół kontroli 432/20/1216/NS-HDM/2018 z dnia 15.03.2018r.
- zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego na wniosek strony NS-HDM/511/13/2018 z dnia 26.03.2018r.
- Decyzja nr NS-HDM/373/2018 z dnia 03.04.2018r. stwierdzająca spełnienie wymagań sanitarno-lokalowych przez placówkę

3. Ocena wydanych dokumentów

a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem akt: brak uwag
b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli) brak uwag
c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa - podstawy prawne przytaczane są w pełnym brzmieniu z zastosowaniem odpowiednich artykułów i paragrafów także publikacji z jakich pochodzą. Przepisy prawne stosowane są poprawnie.
d) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach: skontrolowano 7 teczek z dokumentacją obiektów nadzorowanych, uzasadnienia zapisane w skontrolowanej dokumentacji są sformułowane

czytelnie i poprawnie. Opisane w protokołach nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli znajdują odzwierciedlenie w obowiązujących przepisach prawnych. Wobec powyższego nie wnosi się uwag.

e) stosowanie klauzuli dotyczące możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie : klauzula dotyczącej możliwości wniesienia odwołania stosowana jest poprawnie.
f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń - sprawy załatwiane są z zachowaniem ustawowo przewidzianych terminów, doręczenia dokumentów stronie odbywa się za potwierdzeniem odbioru przesyłką listową z nadanym numerem sprawy.
g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)- rekontrole przeprowadza się w terminie do 2 tygodni od terminu wskazanego w decyzji.
h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń – nie dotyczy
i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji - nie dotyczy
j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi ** nie dotyczy

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

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

- Urząd Miasta Sosnowiec współpraca dotyczy:
- organizacji wypoczynku dzieci młodzież w miejscu zamieszkania,
- poprawy warunków nauczania i wychowania,
- informowania o problemach wynikających z bieżącego nadzoru.

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

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

Współpraca z innymi komórkami odbywa się na bieżąco w zależności od potrzeb.

XI. Inne zagadnienia

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

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Nie dotyczy

XIII. Dodatkowe informacje

Nie dotyczy

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów: nie dotyczy

[redacted]

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

Dział Nadzoru Sanitarnego
Kierownik
Oddziału Higieny Dzieci i Młodzieży
mgr Monika Karczmarek
.....
pieczątka i podpis osoby kontrolującej/
pieczątki i podpisy osób kontrolujących **

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Załącznik nr .7..*
do protokołu nr.OK.1611.2.2.2018*
kontroli .....

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

I. **Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Sosnowcu**
41-200 Sosnowiec, ul. Pogotowia 1

II. **Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli:** Stanowiska pracy ds. Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego

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

III. **Data kontroli: 24 kwietnia 2018 r.**

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** od kwietnia 2013 r. do dnia kontroli.

V. **Kontrola dokumentów**

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

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

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych
Przepisy i wytyczne są dostępne i na bieżąco aktualizowane. Aktualność aktów prawnych sprawdzana w Systemie Informacji Prawnej LEGALIS www.legalis.pl , w Internetowym Systemie Aktów Prawnych isap.sejm. gov.pl lub na stronie Rządowego Centrum Legislacji www.rcl.gov.pl.

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

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych

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

L.p.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota /1						Uwagi:
		rok 2013 od dnia kontroli	rok 2014	rok 2015	rok 2016	rok 2017	rok 2018 do dnia kontroli	
1.	Postanowienia	3	-	7	-	1	-	-
2.	Decyzje	1	-	-	-	-	-	-
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3							Nie dotyczy
4.	Decyzje - rachunki	112	168	158	144	143	40	-
5.	Opinie sanitarne/pisma**	123/39	252/47	260/37	256/75	226/67	74/24	-
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	-	-	-	-	-	-	-
7.	Mandaty							Nie dotyczy
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	-	-	-	-	-	-	-
9.	Uczestnictwo w odbiorach	140	196	190	166	179	46	-
10.	Upomnienia							Nie dotyczy
11.	Tytuły wykonawcze							Nie dotyczy
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia							Nie dotyczy
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego							Nie dotyczy

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

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów – 15
(podać liczbę)

2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/
2.1 opinia sanitarna z dnia 06.02.2018 r. Nr NS-NZ/522/6/18 opiniująca projekt miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego miasta Sosnowca dla terenu położonego w gminie Sosnowiec [redacted] wraz z prognozą oddziaływania na środowisko.

2.2 opinia sanitarna z dnia 11.01.2018 r. Nr NS-NZ/522/2/18 opiniująca odstąpienie od konieczności przeprowadzenia strategicznej oceny oddziaływania na środowisko projektu zmiany studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego miasta Sosnowiec zatwierdzonego Uchwałą Rady Miejskiej nr 369/XXXI/2016 z dnia 19.05.2016 r. w zakresie kierunków rozwoju dotyczących infrastruktury komunikacyjnej.

2.3 opinia sanitarna z dnia 14.02.2018 r. Nr NS-NZ/523/7/18 opiniująca brak konieczności przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko dla przedsięwzięcia pn. Rozbudowa instalacji do druku cyfrowego na tekstyliach (koszulkach) [redacted]

2.4 opinia sanitarna z dnia 13.02.2018 r. Nr NS-NZ/523/6/18 opiniująca brak konieczności przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko dla przedsięwzięcia pn. Rozszerzenie prowadzonej działalności o nowy proces tj. enkapsulacji i primerowania na terenie [redacted]

2.5 opinia sanitarna z dnia 21.02.2018 r. Nr NS-NZ/523/8/18 opiniująca brak konieczności przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko dla przedsięwzięcia pn. „Modernizacja Walcowni Walcówki (WRM) na terenie [redacted]

2.6 opinia sanitarna z dnia 20.12.2017 r. Nr NS-NZ/523/29/17 stwierdzająca potrzebę przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko dla przedsięwzięcia pn. „Budowa Centrum Magazynowo-Produkcyjnego z zapleczem biurowo-socjalnym i infrastrukturą towarzyszącą [redacted]

2.7 opinia sanitarna z dnia 22.03.2018 r. Nr NS-NZ/524/6/18 opiniująca pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych środowiskowe uwarunkowania dla przedsięwzięcia pn. „Drogowa [redacted]

2.8 opinia sanitarna z dnia 12.12.2017 r. Nr NS-NZ/524/37/17 opiniująca pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych środowiskowe uwarunkowania dla przedsięwzięcia pn. „Adaptacja punktu zbierania pojazdów wycofanych z eksploatacji do funkcji stacji demontażu pojazdów wycofanych z eksploatacji, zlokalizowanego przy ul. [redacted]

2.9 opinia sanitarna z dnia 19.01.2018 r. Nr NS-NZ/525/12/17 uzgadniająca pozytywnie w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych projekt zmian projektu pn. „Rozbudowa i nadbudowa oraz zmiana sposobu użytkowania budynku mieszkalnego na budynek usługowo-mieszkalny oraz zmiana sposobu użytkowania pomieszczeń mieszkalnych znajdujących się na piętrze dwukondygnacyjnego budynku na funkcję usługową [redacted]

2.10 opinia sanitarna z dnia 09.02.2018 r. Nr NS-NZ/525/1/18 uzgadniająca pozytywnie w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych projekt adaptacji lokalu użytkowego na salon stylizacji paznokci – zlokalizowany [redacted]

2.11 opinia sanitarna z dnia 27.10.2017 r. Nr NS-NZ/526/149/17 dopuszczająca do użytkowania obiekt: Żłobek [redacted]

2.12 opinia sanitarna z dnia 15.12.2017 r. Nr NS-NZ/526/172/17 stwierdzająca zgodność wykonania obiektu z projektem budowlanym budynku usługowego fitness wraz z usługami towarzyszącymi w [redacted]

2.13 opinia sanitarna z dnia 13.02.2018 r. Nr NS-NZ/526/11/18 dopuszczająca do użytkowania lokal gastronomiczny [redacted]

2.14 opinia sanitarna z dnia 05.12.2017 r. Nr NS-NZ/526/11/18 stwierdzająca zgodność wykonania obiektu zgodnie z projektem budowlanym „Rozbudowa budynku [redacted]

[redacted] o pomieszczenia zabiegowe [redacted]

2.15 opinia sanitarna z dnia 02.11.2017 r. Nr NS-NZ/526/151/17 stwierdzająca zgodność wykonania obiektu z projektem budowlanym [redacted]

3. Ocena wydanych dokumentów

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

b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli)
Protokoły są wypełniane zgodnie z procedurą systemu jakości. Zgodnie z udzielonymi wyjaśnieniami niezwłocznie po zakończeniu kontroli, protokoły są zatwierdzane przez kierownika technicznego komórki organizacyjnej. W skontrolowanych sprawach protokoły posiadały pieczęć kierownika technicznego zatwierdzającego protokół. Na ich podstawie wydawane są prawidłowe stanowiska PPIS.

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa
Wskazuje się na konieczność przywoływania w opiniach uaktualnionych przepisów prawnych. Od dnia 16.02.2018 r. w ustawie o Państwowej Inspekcji Sanitarnej wprowadzone są zmiany. Ponadto w ustawie Prawo budowlane z dniem 11.09.2017 r. również wprowadzono zmiany. Zatem w stanowiskach, w których zamieszczone są te przepisy należy po identyfikacji dziennika ustaw wpisywać „z późniejszymi zmianami".

d) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach
Uzasadnienia pisane są w sposób poprawny pod względem merytorycznym i w oparciu o właściwe podstawy prawne.

e) stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie
Klauzule stosowane są poprawnie.

f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń
Skontrolowane sprawy załatwiane są terminowo.

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

h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń
Nie dotyczy.

i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji
Nie dotyczy.

j) dodatkowe zagadnienia/ ~~uwagi~~ **
W sentencjach opinii dot. miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego zaleca się wpisywać czy opinia jest pozytywna czy negatywna. W opiniach dotyczących środowiskowych uwarunkowań dla przedsięwzięć drogowych przebiegających w pobliżu zabudowy mieszkaniowej należy uwzględniać warunek dotyczący konieczności wykonania

pomiarów hałasu z doprecyzowaniem w jakich miejscach i po jakim czasie od uruchomienia inwestycji należy je wykonać.

Wskazuje się żeby w opiniach sanitarnych. dot. projektów budowlanych nie zamieszczać warunków, które nie wskazują jednoznacznie na właściwy sposób jego realizacji np. należy zapewnić prawidłową wentylację w poszczególnych pomieszczeniach. Na etapie opiniowania rozwiązań projektowych w obiekcie należy sprawdzić czy rozwiązania projektowe instalacji sanitarnych są prawidłowe, a nie wpisywać takiego warunku.

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

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

Urząd Miasta Sosnowca, Powiatowy Inspektorat Nadzoru Budowlanego – współpraca odbywa się w sposób ciągły – na bieżąco dla realizowanych spraw dotyczących wydawanych opinii odnośnie przedsięwzięć mogących oddziaływać na środowisko, uzgodnień warunków zabudowy, uzgodnień miejscowych zagospodarowania przestrzennego miasta, odbiorów obiektów budowlanych.

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Zapobiegawczy Nadzór Sanitarny współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi nadzoru bieżącego PSSE w S-cu: NS-HK, NS-HŻŻ, NS-EP, NS-HP, NS-HDM, OZ w zakresie współudziału pracowników z różnych sekcji w przeprowadzanych przez komórkę Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego odbiorach obiektów w związku z dopuszczeniem ich do użytkowania, jak również wydawania opinii nt. dokumentacji projektowych inwestycji; częstotliwość współpracy – w sposób ciągły;

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

XI. Inne zagadnienia

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

Lista rzeczoznawców ds. sanitarno-higienicznych udostępniana jest do wglądu w Sekcji. Jednocześnie udziela się informacji, że powyższa lista jest dostępna na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego www.gis.gov.pl

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Nie dotyczy.....

XIII. Dodatkowe informacje

Nie dotyczy.....

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:
jak w pkt VIII. 2.1-2.15

[redacted]

.....
pieczątka [redacted] w kontroli/
pieczątki i podpisy pracowników PSSE uczestniczących w kontroli**

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

Oddział Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego
st. asystent
mgr inż. Michał Drozdzowski

.....
pieczątka i podpis osoby kontrolującej/
pieczątki i podpisy osób kontrolujących **

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

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

1. Struktura zatrudnienia:

a) obsada kadrowa w pionie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia: 2
b) wykształcenie pracowników: *(liczba osób)*
wyższe (jakie?):
[redacted] Oświaty Zdrowotnej
[redacted] Oświaty Zdrowotnej

specjalizacje, kursy:-

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

[redacted] w OZ 27 lat w PSSE Sosnowiec 39 lat

[redacted] - w OZ 6 lat w PSSE Sosnowiec 36 lat

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

Warunki lokalowe : pomieszczenie biurowe wyposażone w komputery z dostępem do Internetu, pomieszczenie magazynowe, sala konferencyjna przygotowana do prowadzenia szkoleń.

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: 191 795 stan na 31.12.2017r.

liczba gmin: 1

liczba zakładów opieki zdrowotnej: 386 (szpitale, przychodnie, gabinety, laboratoria)

liczba innych jednostek: 146 placówek oświaty i wychowania (szkoły, przedszkola, żłobki, kluby, uczelnie, domy dziecka.)

b) realizowane interwencje programowe:

ogólnopolskie:

- Program edukacyjny "Trzymaj Formę"
- Program edukacyjny "ARS, czyli jak dbać o miłość?"
- Program edukacyjny "Bieg po zdrowie"
- "Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce"
- "Krajowy Program Zwalczania AIDS i Zapobiegania HIV"

wojewódzkie:

- Program edukacyjny "Podstępne WZW"
- Program edukacyjny "Znamię! Znam je?"
- Program edukacyjny "Wybierz Życie – pierwszy Krok"
- Program edukacyjny "Smak życia, czyli debata"

Własne: nie dotyczy

c) realizowane interwencje nieprogramowe:

ogólnopolskie:

- Światowy Dzień bez Tytoniu
- Światowy Dzień Rzucania Palenia
- Światowy Dzień Zdrowia
- Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach
- Kampania " Nie pozwól odlecieć swojemu szczęściu!"
- Projekt "Lekki tornister"

wojewódzkie:

- Projekt " Klub Zdrowego Przedszkolaka"
- Projekt "HIV/AIDS – wiem, nie boję się, toleruję"
- Kampania społeczna "Zaszczep w sobie chęć szczepienia"
- Kampania społeczna "Dopalacze – Wypalacze – Groźne narkotyki"
- Akcja "Bezpieczne ferie", "Bezpieczne wakacje"
- Akcja "Brązowo, ale czy zdrowo ?"
- Kampania " Mam świadomość jak być zdrowym "

własne:

- Konkurs wiedzy o HIV/AIDS pt. "HIV i AIDS nie zna granic może dotyczyć także Ciebie"
- Turniej wiedzy " Żyj zdrowo – trzymaj formę "
- Turniej wiedzy " Nie pal przy mnie proszę "
- Turniej wiedzy " Czyste powietrze wokół nas "

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

PSSE: -

Inne nakłady (niefinansowe) oraz sposób ich wykorzystania:

PSSE: -

inne instytucje/organizacje (jakie?):

Urząd Miejski Sosnowiec - Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Miejski Ośrodek Sportu i Rekreacji - nagrody i poczęstunek dla dzieci i młodzieży uczestniczącej w konkursach i turniejach.

4. Realizacja zaleceń pokontrolnych.
Brak zaleceń po przeprowadzonej kontroli z 23 - 25. 04. 2013 r.

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

W 2017 r. ogólna liczba zarejestrowanych przypadków zachorowań na choroby zakaźne wynosiła 4680; w 2016 roku 2762 zachorowania.

Odnotowano spadek zapadalności na:
Salmonellozy- 16 przypadków w 2017r. - 24 w 2016r.
Biegunki – 171 – 2017r. , 209 – 2016r.
Krztusiec - 5 przypadków w 2017r. - 20 w 2016r.
Płonica - 83 – 2017r , 134 – 2016r.
Ospa wietrzna – 755 – 2017r. , 1262 – 2016r.
Świnka - 5 – 2017r., 25 – 2016r.
Borelioza – 25 – 2017r. - 47 – 2016r.
Choroby przenoszone drogą płciową – 5 – 2017r. , 13 – 2016r.
W 2017 r. odnotowano wzrosty zachorowań na :
WZW typ A – 226 przypadków – 2016r – 0
Grypy i schorzeń grypopodobnych - 3005 przypadków – w 2016 r. - 694 przypadki
Zarejestrowano nowo wykryte zakażenia HIV – 17 przypadków – w 2016r. – 6
Zarejestrowano 1 przypadek odry w 2016r. brak zachorowań.
Gruźlica – 50 nowych przypadków – w 2016r. – 37
W 2017 r nadzorowano 48 ognisk epidemicznych w tym w związku z WZW A - 38, co wskazuje na 4-krotny wzrost – w 2016r – 11 ognisk.

W ramach prowadzonego nadzoru nad środkami zastępczymi zgłoszono z podmiotów leczniczych przypadki podejrzeń zatruć dopalaczami z terenu Sosnowca : w 2015r – 48; w 2016 r. -42; w 2017 r. 47; do 31.03.2018 r. - 8 przypadków.

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?):

Urząd Miejski w Sosnowcu – Wydział Zdrowia, Wydział Edukacji, w zakresie realizacji programów, konkursów, akcji, dystrybucji materiałów edukacyjnych.

Miejski Ośrodek Sportu i Rekreacji w Sosnowcu, w zakresie współorganizacji akcji informacyjno - edukacyjnych , dystrybucji materiałów oświatowo – zdrowotnych.

Placówki oświatowo – wychowawcze i placówki medyczne w zakresie realizacji programów, akcji, kampanii, dystrybucji materiałów edukacyjnych.

Komenda Miejska Policji w Sosnowcu w zakresie szkoleń i dystrybucji materiałów.

Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu w zakresie udziału w działaniach kampanijnych – wykłady, realizacji programów i akcji.

Zarząd PCK Sosnowiec w zakresie konkursu pierwszej pomocy przedmedycznej.

Lokalne media – nagłaśnianie i propagowanie akcji profilaktycznych.

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

Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Nadzoru Sanitarnego w związku z realizacją ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami zdrowotnymi używania tytoniu i e-papierosów, w ramach organizacji szkoleń – kampania " Mam świadomość jak być zdrowym ". Współpraca z NS-EP – realizacja zadań związanych ze szczepieniami

i chorobami zakaźnymi, z NS-HP w zakresie środków zastępczych, z HDiM w zakresie realizacji akcji "Bezpieczne ferie ", "Bezpieczne wakacje".

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

PPIS w Sosnowcu zna zakres realizowanych zadań w pionie Oświaty Zdrowotnej, wspiera podejmowane inicjatywy i przedsięwzięcia. Udziela patronatu oraz uczestniczy w działaniach prozdrowotnych prowadzonych przez pion OZ.

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

Sprawdzono następujące protokoły z wizytacji:
Nr 432/10/1216/OZ/2014 z dnia 28.02.2014 r.
Nr 432/52/1216/OZ/2015 z dnia 22.06.2015 r.
Nr 432/01/1216/OZ/2016 z dnia 05.02.2016 r.
Nr 432/42/1216/OZ/2017 z dnia 18.05.2017 r.

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

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

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

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

Zagadnienia będące przedmiotem kontroli w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sosnowcu:

Ocena zgodności dokumentowania działań w zakresie działalności oświaty zdrowotnej i promocji zgodnie ze standardami postępowania podczas realizacji interwencji. Ocena realizacji działań oświatowo-zdrowotnych i promocji zdrowia na podstawie: doboru metod i form, zgodności realizowanych działań z harmonogramem, zgodności oddziaływań w stosunku do potrzeb wynikających z sytuacji epidemiologicznej, społecznej i demograficznej. Współpraca z instytucjami, jednostkami administracyjnymi, organizacyjnymi pozarządowymi itp. w okresie od 26 kwietnia 2013 r. do 23 kwietnia 2018 r.

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 WSSE w Katowicach zgodnie z ustalonymi terminami, przebiegu współpracy oraz kontroli problemowych przeprowadzonych w PSSE w Sosnowcu: Protokół Nr PZ.1611.3.12.2013 z dn. 18.06.2013 r., Protokół Nr PZ.1611.3.16.2016 z dn. 27.04.2016 r., Protokół Nr PZ.1611.3.43.2017 z dn.27.10.2017 r.

Podejmowane działania w pionie Oświaty Zdrowotnej PSSE w Sosnowcu wynikają z planów zasadniczych przedsięwzięć oraz bieżących potrzeb środowiska lokalnego. Zadania realizowane w ramach działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia dokumentowane są 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.

W PSSE w Sosnowcu realizowane są wszystkie zalecane przez Główny Inspektorat Sanitarny ogólnopolskie programy zdrowotne oraz interwencje nieprogramowe.
Zapoznano się z dokumentacją realizowanych programów edukacyjnych: „Bieg po zdrowie", „Trzymaj formę", Ars, czyli jak dbać o miłość", „Podstępne wzw" oraz dokumentacją działań podejmowanych w ramach Krajowego Programu Zwalczania AIDS i zapobiegania HIV, działań informacyjno-edukacyjnych pod hasłem: „Dopalacze - Wypalacze - Groźne narkotyki" dot. profilaktyki uzależnień i przeciwdziałania rozprzestrzenianiu psychoaktywnych środków zastępczych oraz Kampanii „Zaszczep w sobie chęć szczepienia".
W latach 2013-2016 wizytacje w pionie Oświaty Zdrowotnej zostały wykonane zgodnie z planem. W 2017 z zaplanowanych 50 wizytacji, wykonano 47.
Ilość zaplanowanych wizytacji w 2018 r. - 16 - dnia kontroli nie wykonano żadnej wizytacji.
Spadek wykonanych i zaplanowanych wizytacji spowodowany jest długotrwałą nieobecnością jednego z pracowników. Aktualnie wszystkie zamierzenia i przedsięwzięcia w pionie OZ realizowane są przez jednego pracownika.

W toku czynności kontrolnych nie stwierdzono nieprawidłowości.

[redacted]

(podpis (-y) pracownika (-ów)*PSSE)*

.....

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

*właściwe podkreślić

Załącznik nr 9..*
do protokołu nr.OK.1611.2.2.2018*
kontroli ……..

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

I. **Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Sosnowcu**

(adres)

II. **Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli:**
kierownik do spraw jakości
(pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym psse)

III. **Data kontroli 24.04.2018**

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** 25.04.2013-31.03.2018

V. **Kontrola dokumentów** *nie dotyczy*

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

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

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

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

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych

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

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

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

VIII. Kontrola dokumentacji *nie dotyczy*

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

2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/
2.1 .....
2.2 .....
2.3 .....
2.4 .....

3. Ocena wydanych dokumentów
a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem akt.....
.....
.....
.....

.....

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

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa .....
.....
.....
.....
.....

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

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

f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń
.....
.....
.....

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

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

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

j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **
.....
.....

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

.....

AG

.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

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

.....
.....
.....
.....
.....

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

XI. Inne zagadnienia *nie dotyczy*

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

.....
.....

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości (zarządzania jakością)

Obowiązki kierownika ds. jakości w Oddziale Nadzoru Sanitarnego w PSSE Sosnowiec pełni pani Danuta Kogut, która jest zatrudniona na stanowisku zastępcy PPIS (Karta obowiązków i odpowiedzialności pracownika z dnia 05.04.2007 r, aneks z dnia 12.07.2010 r. dotyczy obowiązków kierownika ds. jakości). Terminologia używana w Karcie obowiązków i odpowiedzialności kierownika ds. jakości powinna być kompatybilna z zapisami normy PN-EN ISO/IEC 17020:2012 r. i zapisami zawartymi w wydaniu 5 Księgi Jakości.

W obszarze systemu zarządzania zastępuje ją [redacted] Odpowiednie zapisy zawarto zarówno w KJ jak i w Karcie obowiązków i odpowiedzialności pracownika.

Nadzór nad dokumentami

Piąte wydanie Księgi Jakości (KJ) obowiązujące w Oddziale Nadzoru Sanitarnego PSSE w Sosnowcu zostało zatwierdzone przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego (PPIS) w dniu 09.02.2015 r.

Na str. 1/3 rozdziału 8 „System zarządzania" podano informację o tym, iż za system zarządzania odpowiedzialny jest kierownik ds. jakości oraz podano personalia tej osoby, jak również personalia osoby przejmującej obowiązki w czasie jej nieobecności.

W tym samym rozdziale zapisano zadania kierownika ds. jakości, a na stronie 5/7 rozdziału 5 „Wymagania dotyczące struktury" sprecyzowano zadania kierowników technicznych. Zgodnie z wymaganiami normy PN-EN ISO/IEC 17020:2012 w ww. rozdziale podano nazwiska zastępców kierowników/ kierowników technicznych.

Z uwagi na braki kadrowe nie ustanowiono zastępstwa dla Stanowiska pracy ds. Higieny Dzieci i Młodzieży.

Wszystkie zmiany w KJ dokonywane są przez zarządzającego – kierownika ds. jakości i zapisywane w Karcie zmian. Zgodnie z zapisami w procedurze nr PO-01 dokumenty (w tym KJ) są przeglądane co najmniej raz w roku czego potwierdzeniem jest odpowiedni zapis w Karcie zmian. Zgodnie z dyspozycjami zawartymi na str. 9/16 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-01 prowadzona jest Karta zmian z wydania pierwszego KJ.

Egzemplarz nr 1 KJ wyd. 4 z napisem „nieaktualne od dnia 09.02.2015 jest podpisany przez kierownika ds. jakości i przez niego przechowywany.

Wg oświadczenia kierownika ds. jakości pracownicy są informowani o wszystkich zmianach w dokumentacji systemowej na bieżąco elektronicznie i podczas szkoleń wewnętrznych (np. szkolenie wewnętrzne nr 6/2017 z 30.10.2017 w szkoleniu tym uczestniczyło 10 kierowników technicznych/ auditorów).
Rozdzielnik KJ podaje, iż kierownik ds. jakości posiada egzemplarz nr 1 w wersji papierowej, natomiast dostęp do egzemplarza nr 2 w wersji elektronicznej (PDF) mają: PPIS, kierownik ds. jakości oraz wszystkie komórki organizacyjne PSSE w Sosnowcu.
Kierownik ds. jakości dostosował KJ do wymagań normy PN-EN ISO/IEC 17020:2012 (wniosek SJ/1/2015 z dnia 03.02.2015 o dokonanie zmiany wydania czwartego KJ na wydanie piąte).
Potwierdzono aktualność dokumentów systemu zarządzania posiadanych przez kierownika ds. jakości w wersji elektronicznej. Sprawdzono procedury nr:
PO-01 wydanie 6 z 22.12.2014, zmiana z 14.10.2016 na stronie 6/16
PO-02 wydanie 8 z 18.05.2017 r., zmiana z 26.01.2018 r. w zał. nr 2
Dla dokumentów technicznych z GIS, otrzymanych poprzez WSSE w Katowicach, sporządzane są rozdzielniki w których wpisani są pracownicy odpowiednich sekcji otrzymujący elektroniczne wersje poszczególnych dokumentów np.:
- rozdzielnik Procedury przeprowadzania urzędowej kontroli żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością PP/BŻ/01 przekazanej zarządzeniem 104/17 GIS z dnia 8.05.2017 r. sporządził kierownik ds. jakości w dniu 22.05.2017 r. W rozdzielniku tym określono, iż dostęp do egz. nr 16 wersji elektronicznej (PDF) ma: kierownik ds. jakości oraz sekcja NS-HŻŻ.
Dokumenty systemu zarządzania opracowane w WSSE w Katowicach rozpowszechniane są elektronicznie np.
- rozdzielnik Instrukcji Roboczej nr IR/NS-EP/02 wydanie 5 z dnia 28.09.2016 r. „Nadzór nad prawidłową dystrybucją preparatów szczepionkowych" egz. nr 2 w wersji elektronicznej (PDF) jest dostępny dla kierownika ds. jakości i sekcji NS-EP;
- rozdzielnik Instrukcji Roboczej nr IR/NS-BW/04 „Postępowanie z powiadomieniem o wynikach badania wody na pływalniach" wydanie 1 z dnia 17.12.2015 egz. nr 2 w wersji elektronicznej (PDF) jest dostępny dla kierownika ds. jakości i sekcji NS-HK.
Rejestry dokumentów kierownik ds. jakości prowadzi w wersji papierowej i elektronicznej. Sprawdzono:
Rejestr dokumentów – dokumenty dotyczące sytemu zarządzania opracowane w WSSE w Katowicach (załącznik nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do 6 wydania Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-01), wpis w poz. 2 dotyczy procedury nr PO-02 Audit wewnętrzny wyd. 8 z dnia 18.05.2017 ze zmiana z 26.01.2018 ;
Rejestr dokumentów – Instrukcje robocze wydane przez WSSE , poz. 2 IR/NS-EP/02 wydanie 5 z dnia 28.09.2016 r.
Przepisy prawne dostępne są dla pracowników np. Sekcji NS-EP w wersji elektronicznej, są one zatwierdzane zgodnie z wymogami punktu 3.2.2.1 procedury PO-01 z chwilą wpisania do rejestru.
Poprawność postępowania w tym zakresie sprawdzono na przykładzie Obwieszczenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 08 czerwca 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy Kodeks postępowania administracyjnego i Obwieszczenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 8 czerwca w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, wpis w rejestrze sekcji NS-EP w poz. 33 i 34.
Dokumenty zewnętrzne związane z systemem zarządzania są zatwierdzane przez kierownika ds. jakości. Sprawdzono sposób zatwierdzania norm do stosowania na przykładzie normy PN-EN ISO/IEC 17020:2012 (wersja papierowa), została ona zatwierdzona przez kierownika ds. jakości w sposób prawidłowy i wpisana do rejestru (załącznik nr 1 z dnia 11.07.2013 do wyd. 5 Procedury Ogólnej nr PO-01) w poz. 1 z datą 18.09.2014 r.
Natomiast dokument PCA DAK-07 wydanie 8 z 25.04.2016 r. został zatwierdzony przez kierownika ds. jakości 29.06.2016 (wpis w Rejestrze dokumentów w poz. 9).

AG

Nadzór nad zapisami

Nadzór nad zapisami obejmuje ich sprawdzanie, przeglądanie, zatwierdzanie, właściwe przechowywanie i archiwizację. Zgodnie z dyspozycją zawartą w pkt. 3.3 na str.12/16 obowiązującej Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-01 zapisy dotyczące działań inspekcyjnych muszą zawsze przywoływać właściwe i aktualne przepisy prawne (poprawność postępowania sprawdzono na przykładzie protokołu kontroli sanitarnej nr 432/91/1216/NS-EP/2018 z dnia 10.04.2018 przeprowadzonej przez [redacted] w którym zacytowano obowiązujący tekst jednolity ustawy o PIS (Dz. U. 2017, poz.1261 ze zmianami) oraz obowiązujący tekst jednolity ustawy Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. 2017, poz. 1257 ze zmianami).

Prawidłowość sprawowania nadzoru nad zapisami sprawdzono na podstawie:

- listy obecności na szkoleniu nr 4/2014 (załącznik nr 5 z dnia 09.06.2011 r. do wydania 3 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04), szkolenie prowadził kierownik ds. jakości, w liście podpisało się 12 kierowników technicznych/auditorów wewnętrznych;

- listy obecności na szkoleniu nr 2/2018 (załącznik nr 5 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04), szkolenie prowadził kierownik ds. jakości, w liście podpisało się 11 kierowników technicznych/auditorów wewnętrznych;

- planu szkoleń zewnętrznych na okres I półrocza 2017 (załącznik nr 1 z dnia 22.12.2014 do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04); podpis kierownika ds. jakości z datą 10.03.2017 r. i PPIS z datą 24.03.2017 r. , plan przekazano do wiadomości kierownikom technicznym (podpisy na planie);

- planu szkoleń wewnętrznych na okres I półrocza 2017 (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04); podpis kierownika ds. jakości z datą 20.01.2017 r., zaplanowano 3 szkolenia, które zostały zrealizowane;

- wniosku nr SJ/1/2015 o dokonanie zmiany w KJ (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 6 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-01).

Sprawdzone zapisy są nadzorowane w sposób prawidłowy.

Według informacji uzyskanej od kierownika ds. jakości zapisy gromadzone w formie elektronicznej są zabezpieczone poprzez tworzenie kopii zapasowych na serwerze.

Przechowywanie i archiwizowanie

Dokumenty przechowywane są w całości w formie papierowej i/lub plików komputerowych w sposób gwarantujący zachowanie bezpieczeństwa i poufności np. w szafach zamykanych na klucz, w zamykanych na klucz pomieszczeniach, zgodnie z zapisami Polityki Bezpieczeństwa Informacji wprowadzonej zarządzeniem nr 2/13 dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Sosnowcu z dnia 12.06.2013 r.
Archiwizacja prowadzona jest zgodnie z Instrukcją kancelaryjną i zapisami procedury nr PO-01.

Personel

W Rozdziale 6 Księgi Jakości zapisano wymagania dotyczące personelu kierowniczego/technicznego zatrudnionego w oddziale NS.
Kwalifikacje i doświadczenie personelu kierowniczego/technicznego są zgodne z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu MZ z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególne stanowiska pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej (Dz. U. nr 48 z 2010 r. poz. 283). Według oświadczenia kierownika ds. jakości opisane w tym rozdziale wymagania dla personelu są zachowywane.

Sprawdzono zapisy dotyczące wymaganych kwalifikacji i stażu pracy na przykładzie kierownika ds. jakości pani Danuty Kogut, która spełnia ww. wymagania: posiada wykształcenie wyższe magisterskie, studia podyplomowe, specjalizację I stopnia, ukończyła różne kursy i szkolenia w tym dotyczące systemu zarządzania jakością, staż pracy w PIS – 30 lat.

Dla każdego pracownika prowadzone są Rejestry szkoleń zewnętrznych i wewnętrznych, a dla nowo przyjmowanych pracowników Karty szkolenia wstępnego (sprawdzono Kartę szkolenia wstępnego pani [redacted] która z dniem 01.07.2017 r. została zatrudniona w sekcji NS-HP jako stażysta). Szczegółowy program szkolenia wstępnego obejmujący zakres teoretyczny i praktyczny został opracowany w dniu 01.07.2016 przez kierownika sekcji NS-HP. Do czasu zakończenia szkolenia wstępnego pani [redacted] pracowała pod nadzorem. Kierownik sekcji NS-HP sprawdziła biegłość w realizacji zadań merytorycznych, znajomość obowiązującego systemu zarządzania oraz umiejętność dokumentowania zadań i potwierdziła w dniu 10.11.2017 r. że pracownik może samodzielnie wykonywać zadania podpisując kartę szkolenia wstępnego. Na karcie tej widnieje również podpis kierownika ds. jakości z datą 15.11.2017 r.

Kierownik sekcji NS-HP monitorował kontrolę wykonywaną przez panią [redacted] (zgodnie z zapisami rozdziału 3.3, str. 6/8 procedury nr PO-07).

Monitorowanie przeprowadzono w dniu 08.11.2017 r. (zapisy na załącznikach nr 3 i 4 do wydania 4 ww. procedury) traktując je jako ostatni element szkolenia wstępnego.

Sprawdzono Rejestr szkoleń zewnętrznych pani [redacted] (załącznik nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04). Pani [redacted] uczestniczyła w sumie w 3 szkoleniach zewnętrznych, między innymi w poz. 3 zapisano szkolenie, które odbyło się 28.11.2017 r. w WSSE Katowice „Produkty biobójcze i wyroby poddane działaniu produktów biobójczych w świetle aktualnych przepisów". Notatka i ocena tego szkolenia zostały sporządzone na aktualnym załączniku nr 3 do Procedury nr PO-04 „Szkolenie personelu".

Sprawdzono spójność zapisów w Rejestrze szkoleń z notatką oraz listą obecności na szkoleniu w dniu 04.12.2017 r. r. na którym nastąpiło przekazanie uzyskanych informacji pracownikom sekcji. [redacted] w 2017 uczestniczyła r. w 11 szkoleniach wewnętrznych.

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

W 2018 r. Plan szkoleń wewnętrznych na I półrocze sporządzono 26.01.2018 r. co jest zgodne z zapisami procedury nr PO-04. Zaplanowano 3 szkolenia, 1 zostało już zrealizowane.

Podczas kontroli sprawdzono dodatkowo realizację planu szkoleń wewnętrznych dotyczących systemu zarządzania za II półrocze 2017 r.

Nadzór nad personelem (monitorowanie pracowników przeprowadzających kontrolę)

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

Np. Protokół z kontroli sanitarnej nr 432/31/1216/NS-HDM przeprowadzonej przez [redacted] w dniu 12.04.2018 r., protokół ten został zatwierdzony przez zastępcę PPIS w Sosnowcu w dniu 13.04.2018 r.

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

Pierwszy czteroletni program obserwacji kontroli został sporządzony na lata 2009-2012, drugi czteroletni program opracowano na lata 2013-2016, trzeci na lata 2017 – 2020 (został on zatwierdzony przez PPIS w Sosnowcu w dniu 26.01.2017 r.).

Sprawdzono Roczny program obserwacji kontroli dla komórek ONS i OZ na rok 2018, został on sporządzony przez zastępcę PPIS panią Danutę Kogut w dniu 09.02.2018 (załącznik nr 2 z dnia 22.12.2014 wersja strony B z dnia 20.12.2017 r. do wydania 5 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-07) i zatwierdzony przez PPIS w Sosnowcu w tym samym dniu. Ww. Roczny program obserwacji kontroli zawiera nazwisko jednego pracownika sekcji NS-HP - pani [redacted] Zaplanowano 4 obserwacje ww. pracownika, po 1 na każdy kwartał. Pierwszą obserwację zrealizowano terminowo – 07.03.3018 r.
Sprawozdanie z obserwacji pracy ww. pani, które zostało sporządzone na załączniku nr 3 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-07 i Karta oceny pracownika przeprowadzającego kontrolę (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-07) prowadzone są w sposób prawidłowy. Praca ww. pracownika oceniona została na 14 punktów z 20 możliwych, wynik oceny: ocena akceptowana dokonana przez obserwatora kontroli - kierownika sekcji NS-HP w dniu 21.03.2018 r.

Audity wewnętrzne

Corocznie Kierownik ds. jakości sporządza Rejestry auditorów wewnętrznych. Rejestr sporządzony w 2018 r. zawiera nazwiska 8 auditorów wewnętrznych.
W dniu 02.02.2018 r. PPIS w Sosnowcu zatwierdził Programy auditów wewnętrznych na rok 2018 (co jest zgodne z wymaganiami procedury nr PO-02, programy auditów wewnętrznych powinny zostać zatwierdzone do 15 lutego roku, którego dotyczą). Zgodnie z wymaganiami normy PN-EN ISO/IEC 17020:2012 zakres auditów opracowywany jest tak, że obejmuje wszystkie elementy systemu zarządzania i działań technicznych. Każda komórka auditowana jest co roku w różnych zakresach.
Na rok 2018 r. zaplanowano 9 auditów wewnętrznych, z czego zrealizowano 1 w NS-HD .
Programy auditów na rok 2015, 2016, 2017 r. zostały sporządzone na załączniku numer 1 z dnia 22.12.2014 do wydania 7 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-02. Auditorzy wewnętrzni powoływani są przed każdym auditem, ale zawsze co najmniej 14 dni przed datą auditu.
Sprawdzono dokument powołania auditora wiodącego [redacted] (załącznik nr 2 z dnia 18.05.2017 do wyd. 8 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-02) podpisany przez PPIS w Sosnowcu w dniu 25.08.2017 r.
Poprawność postępowania auditora przeanalizowano na podstawie Planu auditu wewnętrznego opracowanego przez auditora wiodącego na załączniku nr 3 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-02 i Raportu z auditu wewnętrznego nr SJ/1/2017 opracowanego na załączniku nr 5 do ww. procedury. Plan auditu wewnętrznego przygotowano w dniu 13.09.2017 r. (został zachowany termin wymaganych 7 dni przed terminem auditu). Audit przeprowadzono terminowo, w dniu 21.09.2018 r.
Raport z auditu został oddany 11.10.2017 r. (w terminie nie dłuższym niż 15 dni roboczych od terminu auditu). W załączniku do raportu z auditu wewnętrznego zostały zapisane ustalenia z auditu, które pozwalają prześledzić przebieg auditu oraz zawierają dowody- próbki auditowe. Auditor formułował wnioski cząstkowe w odniesieniu do każdego auditowanego obszaru, wniosek końcowy zawarty w raporcie z auditu sformułowany został prawidłowo i odnosi się do celu auditu.
Kierownik ds. jakości ocenił pracę ww. auditora na Karcie oceny auditora nr 8/2017 (załącznik nr 7 z dnia 18.05.2017 do wyd. 8 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-02).
W wyniku przeprowadzonych auditów w 2016 r. auditorzy wewnętrzni zapisali 2 niezgodności i 2 spostrzeżenia, w 2017 nie wystąpiły niezgodności natomiast zapisano 2 spostrzeżenia.
Zapisywanie spostrzeżeń w ustaleniach z auditu jest to tzw. wartość dodana dla auditowanego, może być ona podstawą do uruchamiania działań zapobiegawczych zgodnie z wymogami procedury nr PO-08. W związku z tym, że auditorzy nie zawsze w sposób prawidłowy formułują problem i właściwie go klasyfikują zasugerowano konieczność nieustającego szkolenia auditorów wewnętrznych.

Działania korygujące i zapobiegawcze

W roku 2016 podjęto korekcję i działania korygujące związane ze stwierdzonymi niezgodnościami (np. Karta niezgodności nr 1 do raportu z auditu nr NS-HP/1/2016 r.). Działania przeprowadzono, auditor wiodący ocenił skuteczność korekcji i działań korygujących podczas auditu specjalnego, który odbył się 24.11.2016 r.

W 2017 r. sekcja NS-HŻŻ dokonała oceny potrzeby podjęcia działań zapobiegawczych w stosunku do spostrzeżeń zapisanych podczas auditu wewnętrznego. Np. Karta Działań zapobiegawczych nr NS-HŻŻ/1/2017 (załącznik nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 1 procedury PO-08, wersja strony B, data wersji strony 01.06.2017). Kierownik sekcji NS-HŻŻ potwierdziła wykonanie i oceniła skuteczność w dniu 06.11.2017 r.

Przegląd zarządzania

Sprawdzono dokumentację dotyczącą przeglądu zarządzania z poprzednich lat.

W 2018 r. przegląd zarządzania został przeprowadzony 14.03.2018 r. co jest zgodne z pkt. 3.1 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-06 „Przegląd zarządzania", która mówi, że powinny być przeprowadzone do końca I kwartału.

Program przeglądu zarządzania (na załączniku nr 1 z dnia 22.12.2014 do Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-06) został sporządzony przez kierownika ds. jakości w dniu 01.03.2018 r. Zatwierdził go PPIS w Sosnowcu w tym samym dniu. W programie ujęto tematy zgodne z wymaganiami procedury nr PO-06:

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

Zgodnie z wymogami procedury nr PO-06 w programie brakowało oceny podjętych działań zapobiegawczych i korygujących dokonywanej przez kierowników komórek organizacyjnych. Częściowo taka ocena została przeprowadzona przez kierownika ds. jakości i zapisana w informacji dotyczącej wyników auditów wewnętrznych.

Wszyscy uczestnicy przeglądu zarządzania otrzymali program przeglądu zarządzania z zachowaniem wymagania co najmniej 7 dni przed wyznaczonym terminem przeglądu co potwierdzili swoim podpisem.

W przeglądzie oprócz prowadzącego przegląd zarządzania PPIS w Sosnowcu uczestniczyli również kierownik ds. jakości, kierownicy/kierownicy techniczni komórek ONS i OZ, kierownicy oddziału EA/A, EA/E i informatyk.

Podczas ubiegłorocznego przeglądu zapisano 5 ustaleń, które zostały zrealizowane (częściowo po wyznaczonym terminie realizacji), w tym roku zapisano 6 ustaleń.

Z przeglądu zarządzania kierownik ds. jakości sporządził w dniu 21.03.2018 r. protokół (załącznik nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wyd. 5 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-06 „Przegląd zarządzania"). Protokół został podpisany przez PPIS w Sosnowcu w tym samym dniu.

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

AL

XIII. Dodatkowe informacje

Zalecenia pokontrolne z kontroli przeprowadzonej w dniach 23-24.04.2013 r. zostały wykonane.
Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów: nie dotyczy

[redacted]

.....

pieczątka i podpis pracownika psse uczestniczącego w kontroli/
~~pieczątki i podpisy pracowników PSSE uczestniczących w kontroli~~**

Główny Specjalista
do spraw Systemu Jakości
mgr inż. Anna Gwiazdowska

.....

pieczątka i podpis osoby kontrolującej/
~~pieczątki i podpisy osób kontrolujących~~ **

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji
** niepotrzebne skreślić
***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego