P r o t o k ó ł nr OK.1611.2.4.2018

z k o n t r o l i

przeprowadzonej w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Tychach kierowanej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego lek. med. Grzegorza Gołdynia.
Kontrolę przeprowadzili przedstawiciele Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego:

1. Renata Cieślik-Tarkota – kierownik Oddziału Epidemiologii działająca na podstawie upoważnienia nr 229, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Tychach pod nr 8.
2. Józef Lipa – kierownik Oddziału Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku działający na podstawie upoważnienia nr 224, który dokonał wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Tychach pod nr 5.
3. Beata Dobosz – starszy asystent w Oddziale Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku działająca na podstawie upoważnienia nr 235, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Tychach pod nr 15.
4. Anna Tatar – kierownik Oddziału Higieny Komunalnej i Środowiska działająca na podstawie upoważnienia nr 223, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Tychach pod nr 6.
5. Bogdan Czapla – kierownik Oddziału Bezpieczeństwa Wody działający na podstawie upoważnienia nr 221, który dokonał wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Tychach pod nr 7.
6. Izabela Piątek – kierownik Oddziału Higieny Pracy i Nadzoru nad Środkami Zastępczymi działająca na podstawie upoważnienia nr 231, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Tychach pod nr 14.
7. Monika Karczmarek – kierownik Oddziału Higieny Dzieci i Młodzieży działająca na podstawie upoważnienia nr 234, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Tychach pod nr 13.
8. Anna Gogola – kierownik Oddziału Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego działająca na podstawie upoważnienia nr 232, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Tychach pod nr 11.
9. Beata Kempa – kierownik Oddziału Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej działająca na podstawie upoważnienia nr 233, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Tychach pod nr 12.

10. Anna Gwiazdowska – Główny Specjalista do spraw Systemu Jakości działająca na podstawie upoważnienia nr 230, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Tychach pod nr 10.
11. Jolanta Żytecka – kierownik Pracowni Badań Mikrobiologicznych Wody w Oddziale Badań Środowiskowych działająca na podstawie upoważnienia nr 227, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Tychach pod nr 3.
12. Zbigniew Pikul - kierownik Pracowni Badań Fizykochemicznych Wody w Oddziale Badań Środowiskowych działający na podstawie upoważnienia nr 226, który dokonał wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Tychach pod nr 3.
13. Agnieszka Kubala – kierownik Oddziału Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń działająca na podstawie upoważnienia nr 225, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Tychach pod nr 4.
14. Anna Kowalska – kierownik Pracowni Badań i Pomiarów na Stanowiskach Pracy działająca na podstawie upoważnienia nr 236, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Tychach pod nr 15.

Data rozpoczęcia i zakończenia kontroli: 15.10 – 17.10.2018 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) Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży,
   f) Sekcja Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego,
   g) Sekcja Oświaty Zdrowotnej;
2) Kierownicy ds. Jakości;
3) Oddział Laboratoryjny:
   a) Sekcja Badań Higieny Komunalnej i Środowiska,
   b) Sekcja Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń.

Okres objęty kontrolą: 01.04.2013 r. – 30.09.2018 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:**
   a) prawidłowość prowadzenia nadzoru nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi,
   b) prawidłowość prowadzenia nadzoru nad jakością wody w nieckach basenowych;
   c) poprawność sporządzania pod względem merytorycznym decyzji, opinii, wydawanych podczas prowadzenia postępowania administracyjnego,
   d) poprawność informowania konsumentów o jakości wody (do spożycia, kąpieli),
   e) przegląd prowadzonych rejestrów.
   f) analiza dokumentacji:
      - protokoły pobrania próbek wody,
      - oceny jakości wody,
      - opinie o materiałach i preparatach kontaktujących się z wodą do spożycia;
5) **w zakresie higieny pracy** – nadzór bieżący nad zakładami pracy oraz postępowanie w przypadkach chorób zawodowych prowadzone przez Sekcję Higieny Pracy;

6) **w zakresie higieny dzieci i młodzieży:**
   a) sposób rozpatrywania skarg, wniosków i interwencji,
   b) prawidłowość prowadzenia nadzoru nad obiektami (z uwzględnieniem planowania, poprawności i rzetelności prowadzenia dokumentacji pokontrolnej, monitorowania wykonywania zaleceń pokontrolnych);

7) **w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego** – działalność Sekcji 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 Tychach;

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, przeglądów zarządzania oraz doskonalenie systemu zarządzania w Oddziale Laboratoryjnym;

10) **w zakresie oddziału laboratoryjnego**:
   a) Sekcja Badań Higieny Komunalnej i Środowiska – fizykochemiczne i mikrobiologiczne badania wody, badania w środowisku pracy oraz badania hałasu w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi,
   b) Sekcji Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń – dokumentacja związana z wykonywaniem badań oraz z systemem jakości, aktualność przepisów prawnych, realizacja planów pracy w bieżącym roku, metody badawcze (normy, procedury, piśmiennictwo - nadzór i aktualizacja), walidacja metod badawczych, nadzór nad wyposażeniem, obsługa klienta, lokalizacja i stan pomieszczeń laboratoryjnych, skargi w okresie kontrolnym, udział w badaniach biegłości oraz uzyskane wyniki, podwykonawstwo.

Ustalenia kontroli stanowią załączniki nr 1– 12 do niniejszego protokołu.

Przed podpisaniem protokołu poinformowano Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Tychach 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 Tychach w terminie 7 dni od daty podpisania protokołu ma prawo wnieść zastrzeżenia i wyjaśnienia dotyczące ustaleń, stwierdzonych uchybień i nieprawidłowości.

Protokół sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach i po odczytaniu podpisano.
Niniejszy protokół zawiera 5 ponumerowanych stron oraz 12 załączników.

Tychy, dnia 29.10.2018 r.

PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
W TYCHACH
lek. med. Grzegorz Gołdynia

.....

pieczątka i podpis
Państwowego Powiatowego
Inspektora Sanitarnego w Tychach

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 Tychach
2. a/a

Załącznik nr 1..*
do protokołu nr OK.1611.2.4.2018* 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 Tychach, ul. Budowlanych 131*
(adres)

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

III. Data kontroli *15.10.2018 r.*

IV. Okres działalności podlegający kontroli 01.01.2013 r. – 15.10.2018 r.

Ostatnia kontrola kompleksowa odbyła się w dniach 23 i 24.10.2013r. – nie wydano zaleceń pokontrolnych.

Informacje szczegółowe dotyczące nadzorowanego przez PPIS w Tychach terenu:

PPIS w Tychach obejmuje swoim nadzorem ludność w liczbie **394759** osób; w tym dzieci i młodzież objęta PSO –**81790** osób. PPIS w Tychach sekcja epidemiologii nadzoruje **988** placówek świadczących usługi medyczne (w tym 13 Szpitali,), poza tym działają 153 filie innych podmiotów.

Zatrudnienie.

W Sekcji Epidemiologii zatrudnionych jest 10 osób, stanowiska i wykształcenie zgodnie z załączoną poniżej tabelą.

L.p.	Imię i Nazwisko Stanowisko służbowe	Poziom i profil wykształcenia
1.	[redacted]	wyższe/pielęgniarstwo/organizacja i zarządzanie w ochronie zdrowia/specjalizacja z zakresu higieny i epidemiologii
2.	[redacted]	wyższe/ biologia
3.	[redacted]	wyższe/ lekarski
4.	[redacted]	wyższe/ biologia

5.	[redacted]	wyższe/ochrona środowiska
6.	[redacted]	wyższe/zdrowie publiczne
7.	[redacted]	wyższe/zdrowie publiczne
8.	[redacted]	wyższe/biotechnolog (urlop rodzicielski)
9.	[redacted]	wyższe/administracja
10.	[redacted]	wyższe/zdrowie publiczne

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 z późn. zm).
- 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 Isap oraz programu LEX. Rejestr aktów prawnych jest dostępny w wersji elektronicznej. Rejestr aktów prawnych dostępny dla wszystkich pracowników Sekcji Epidemiologii na wspólnym dysku w sieci wewnętrznej.

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

Liczba obiektów w ewidencji	Liczba kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
2018 r. 978 obiektów,	105 do 15.10.2018	68	66
2017 r. 976 obiektów,	126	104	75

Przyczyny niewykonania kontroli zaplanowanych w 2018 roku:

- brak odbioru zawiadomienia,
- zakończenie działalności przez podmiot,
- podmiot nieczynny z powodu L-4, urlopu rodzicielskiego właściciela, zmiany miejsca wykonywania praktyki,
- ponadplanowe zadania do realizacji w sekcji,
- L-4 pracowników sekcji.

Przyczyny niewykonania kontroli w 2017 roku:

- brak odbioru zawiadomienia,
- zakończenie działalności przez podmiot,
- podmiot nieczynny z powodu L-4, urlopu rodzicielskiego właściciela, zmiany miejsca wykonywania praktyki,
- ponadplanowe zadania do realizacji w sekcji,
- L-4 pracowników sekcji.

Kontrole zaplanowane na rok 2017, które nie zostały przeprowadzone są sukcesywnie przeprowadzane w roku 2018.

VII. Kontrola prowadzonego postępowania administracyjnego i egzekucyjnego w administracji oraz nałożonych mandatów i grzywien w celu przymuszenia w okresie od 01.01.2013 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	0	0	2	1	3	12
2)	Decyzje	8	10	22	16	22	24

3)	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy
4)	Decyzje - rachunki	5 na łączną kwotę 644 zł.	9 na łączną kwotę 1406, 25 zł	16 na łączną kwotę 2003, 25 zł	18 na łączną kwotę 2512, 50 zł	15 na łączną kwotę 2214 zł	19 na łączną kwotę 1334 zł
5)	Opinie sanitarne/**	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy
6)	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy
7)	Mandaty	0 na łączną kwotę 0	3 na łączną kwotę 900 zł	6 na łączną kwotę 700 zł	7 na łączną kwotę 1200 zł	14 na łączną kwotę 2300 zł	4 na łączną kwotę 600 zł
8)	Kontrole w trakcie realizacji /2	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy
9)	Uczestnictwo w odbiorach	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy
10)	Upomnienia	0	1	0	0	4	0
11)	Tytuły wykonawcze	0	0	0	0	0	0
12)	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	0	0	0	0
13)	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	0	0

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

Wyrywkowo sprawdzono postępowanie w związku z nakładaniem mandatów karnych.

W 2017 nałożono 14 mandatów karnych, w tym sprawdzono postępowanie w dwóch przypadkach nałożenia kar:

- lp. 12 z rejestru data nałożenia kary 13.11.2017 r., protokół znak 144/1217/NS/Ep/2017 z dnia 13.11.2017 r. w związku z nieprawidłowościami w zakresie zgłaszania chorób zakaźnych i ogniska zakażenia szpitalnego,

- lp. 14 z rejestru, data nałożenia kary 29.12.2017 r., protokół znak 173/1217/NS/Ep/2017 z dnia 29.12.2017 r. w związku z nieterminowym zgłoszeniem niepożądanego odczynu poszczepiennego.

W 2018 roku nałożono 4 mandaty karne, sprawdzono postępowanie w 1 przypadku nałożenia kary:

- lp. 4 z rejestru, data nałożenia kary 5.10.2018 r., protokół znak 133/1217/NS/Ep/2018 z dnia 5.10.2018 r., w związku z nieterminowym zgłoszeniem rozpoznania/ podejrzenia choroby zakaźnej, nieprawidłowości w izolacji pacjentki.

Postępowanie w zakresie nakładania kar w postaci mandatu karnego prawidłowe.

VIII. Kontrola dokumentacji

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

2.1 [redacted]

- kontrola w dniu 25.05.2018 r. protokół znak 68/1217/NS/Ep/2018, kontrola w zakresie Ocena stanu higieniczno-sanitarnego wybranych pomieszczeń Oddziału Szpitalnego Rehabilitacji Narządu Ruchu. Kontrola procedur obejmujących dekontaminację powierzchni i urządzeń, postępowania z wyrobami medycznymi oraz postępowania z odpadami medycznymi w miejscu wytwarzania. Podczas kontroli stwierdzono nieprawidłowości. Protokół został zatwierdzony,
- zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego z dnia 07.06.2018 r. znak 17/NS/Ep.432-BL/P-I-3-1/2018
- decyzja merytoryczna z dnia 22.06.2018 znak 17/NS/Ep.432-33/18 zawierająca dwa zarządzenia
- decyzja płatnicza nr 17/NS/Ep.432-39/18, z dnia 30.07.2018 r.
- kontrola sprawdzająca w dniu 26.07.2018 r., zarządzenie nr 2 zostało wykonane.

Akta zawierają metryki sprawy.

2.2 [redacted]

- protokół kontroli z dnia 16.05.2018 r. znak 62/1217/NS/Ep/2018, kontrola w zakresie prawidłowej gospodarki preparatami szczepionkowymi. Podczas kontroli stwierdzono nieprawidłowości. Protokół został zatwierdzony,
- zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego w dniu 29.05.2018 znak 17/NS/Ep.432-BL/NP.-II-5-1/2018
- decyzja administracyjna zarządzająca z dnia 13.06.2018 r., znak 17/NS/Ep.432-28/18
- decyzja płatnicza z dnia 23.07.2018 r. nr 17/NS/Ep.432-35/18
- kontrola sprawdzająca w dniu 28.08.2018 r znak114/1217/NS/Ep/2018. Zarządzenie decyzji wykonano.

Akta zawierają metryki sprawy.

2.3 [redacted]

- kontrola zespołowa w dniu 13.11.2017 r. protokół znak 142/1217/NS/Ep/2017. Zakres kontroli: Ocena stanu higieniczno-sanitarnego Oddziału Dziecięcego, Izby Przyjęć Ogólnej i Dziecięcej. Laboratorium Analitycznego oraz wybranych pracowni szpitala. Ocena wybranych procedur higieniczno-sanitarnych. Kontrola w zakresie podejmowania i dokumentowania działań

zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz prowadzenia kontroli wewnętrznej. Podczas kontroli stwierdzono nieprawidłowości. Podczas kontroli został również sporządzony protokół przez sekcję higieny komunalnej,

- zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego w dniu 24.11.2017 znak 17/NS/Ep.432-L-Z-6-1/2017

- decyzja zarządzająca z dnia 18.12.2017 r. znak 17/NS/Ep.432-35/17, zawierająca 5 obowiązków,

-decyzja płatnicza z dnia 19.01.2018 r. nr 17/NS/Ep.432-2/18.

Sprawa w toku.

Akta zawierają metryki sprawy.

2.4 [redacted]

- protokół kontroli z dnia 14.09.2018, protokół znak 119/1217/NS/EP/2018. Kontrola w zakresie: Ocena stanu sanitarnego wybranych pomieszczeń podmiotu oraz kontrola wybranych procedur higieniczno-sanitarnych. Ocena realizacji szczepień ochronnych oraz kontrola w zakresie działań podejmowanych wobec osób uchylających się od szczepień. Podczas kontroli stwierdzono nieprawidłowości. Protokół został zatwierdzony.

- zawiadomienie o wszczęciu postępowania w dniu 27.09.2018 r. znak 17/NS/Ep.432-T/NP-X-1-1/2018

- decyzja administracyjna merytoryczna z dnia 09.10.2018, znak 17/NS/Ep.432-43/18

- decyzja płatnicza zostanie wydana, sprawa w toku.

Akta zawierają metryki sprawy.

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 poprawne
2.4 poprawne

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

f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń
2.1 poprawnie
2.2 poprawnie
2.3 poprawnie
2.4 poprawnie

g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)
2.1 poprawnie
2.2 poprawnie
2.3 poprawnie
2.4 poprawne

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)

- Inspekcja Weterynaryjna w zakresie wymiany informacji dotyczących chorób zakaźnych,
- podmioty lecznicze w zakresie: zgłaszalności chorób zakaźnych, nadzoru nad szczepieniami ochronnymi, nadzoru nad przypadkami podejrzeń i zatruć środkami zastępczymi, w zakresie działań związanych z nadzorem nad zachorowaniami na odrę i różyczkę,
- w ramach realizowanych zadań Inspekcji Sanitarnej z Powiatowymi Stacjami Sanitarno-Epidemiologicznymi,
- Narodowym Funduszem Zdrowia w związku ze zgłaszaniem chorób zakaźnych oraz egzekwowaniem obowiązku szczepień ochronnych,
- organami administracji zespolonej w szczególności z organami samorządu terytorialnego powiatów i gmin oraz z Policją.

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

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

-NS/HŻŻ- współpraca w związku przeprowadzanymi dochodzeniami epidemiologicznymi, podejmowanymi interwencjami i wnioskami;

-NS/HK- współpraca w związku przeprowadzanymi dochodzeniami epidemiologicznymi, podejmowanymi interwencjami i wnioskami;

- PZ- współpraca dotycząca edukacji w zakresie profilaktyki chorób zakaźnych i zakażeń;
- OL- współpraca związana z badaniami ozdrowieńców i nosicieli pałeczek Salmonella, badaniami skuteczności procesów sterylizacji, pobierania wymazów środowiskowych;
- HP- współpraca związana z nadzorem nad przypadkami podejrzeń i zatruć środkami zastępczymi oraz w działaniach interwencyjnych;
- PZ – działalność edukacyjna z zakresu profilaktyki chorób zakaźnych.

(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
Liczba interwencji w latach 2013- 2018*

- liczba interwencji w roku 2013- 12 w tym zasadnych- 2

- liczba interwencji w roku 2014- 16 w tym zasadnych- 3
- liczba interwencji w roku 2015- 21 w tym zasadnych- 2
- liczba interwencji w roku 2016- 29 w tym zasadnych- 1
- liczba interwencji w roku 2017- 19 w tym zasadnych- 1
- liczba interwencji w roku 2018- 20 w tym zasadnych- 2

Wyrywkowo sprawdzono postępowanie w przypadku 2 interwencji:

1.

- interwencja zgłoszona w dniu 28.03.2018 roku przez osobę prywatną, dotycząca niewłaściwego użytkowania igieł jednorazowego użytku.

Podjęte działania:

- kontrola podmiotu leczniczego w [redacted] w dniu 29.03.2018 r., protokół znak 36/1217/NS/Ep/2018. Podczas kontroli stwierdzono nieprawidłowości,
- wydanie decyzji administracyjnej w dniu 30.03.2018 znak 17/NS/Ep.432-17/18,
- pismo do osoby zgłaszającej nieprawidłowości w dniu 04.04.2018 r., znak 17/NS/Ep.0901/2-1/18- prośba o uzupełnienie wniosku,
- odpowiedź strony w dniu 04.04.2018 r.,
- kontrola sprawdzająca w dniu 04.04.2018 r, protokół znak 38/1217/NS/Ep/2018,
- decyzja płatnicza z dnia 08.05.2018 r. znak 17/NS/Ep.432-24/18,
- odpowiedź stronie z dnia 06.04.2018 r. znak 17/NS/Ep.0901/2-2/18, wysłana drogą pocztową. Osoba składająca wniosek nie odebrała pisma.

Interwencja zasadna.

2.

- interwencja przekazana przez osobę prywatną w dniu 18.04.2018 r., dotycząca nieprawidłowości w stosowaniu jednorazowego ustnika do badań spirometrycznych

Podjęte działania:

- kontrola w dniu 20.04.2018 r. protokół znak 51/1217/NS/Ep/2018, podczas kontroli stwierdzono nieprawidłowości i osobę odpowiedzialną ukarano mandatem karnym,
- decyzja administracyjna merytoryczna z dnia 11.05.2018 r. znak 17/NS/Ep.432-23/18,
- decyzja administracyjna płatnicza z dnia 20.06.2018 r. znak 17/NS/Ep.432-31/18,
- kontrola sprawdzająca w dniu 18.06.2018 r. znak 87/1217/NS/Ep/2018,
- odpowiedź stronie w dniu 07.05.2018 r., pismo znak 17/NS/Ep.0901/5-1/18.

Interwencja zasadna.

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

- bieżący nadzór epidemiologiczny nad zakażeniami i chorobami zakaźnym (przeprowadzanie wywiadów epidemiologicznych oraz bieżąca analiza zgłaszanych dodatnich czynników biologicznych),
- prowadzenie dochodzeń epidemiologicznych w ogniskach chorób zakaźnych oraz ogniskach zakażeń szpitalnych,
- prowadzenie rejestrów chorób zakaźnych oraz rejestru dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych,
- nadzór nad ozdrowieńcami i nosicielami pałeczek Salmonella,
- nadzór nad nosicielami antygenu Hbs i HCV,
- nadzór nad terminowym zgłaszaniem chorób zakaźnych,
- sporządzanie sprawozdań dotyczących sprawowanego nadzoru,
- przeprowadzanie analiz epidemiologicznych.

- 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:

- wyrywkowo sprawdzono 4 zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli:

1. Obiekt kontrolowany [redacted] Data zawiadomienia: 18.05.2018 r., data odebrania zawiadomienia: 21.05.2018 data przeprowadzenia kontroli 06.06.2018 r.,

2. Obiekt kontrolowany [redacted] Data zawiadomienia: 20.07.2018 r., data odebrania zawiadomienia: 27.07.2018 data przeprowadzenia kontroli 17.08.2018 r.,

3. Obiekt kontrolowany [redacted] Data zawiadomienia: 21.09.2018 r., data odebrania zawiadomienia: 26.09.2018 data przeprowadzenia kontroli 05.10.2018 r.,

4. Obiekt kontrolowany [redacted] Data zawiadomienia: 16.05.2018 r., data odebrania zawiadomienia: 30.05.2018 data przeprowadzenia kontroli 27.06.2018 r.,

Na podstawie próby stwierdzono, iż 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.1611.2.4.2018*
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 Tychach**
43-100 Tychy, ul. Budowlanych 131
(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 15.10.2018 – 17.10.2018r.**

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** 2013 r. – 30.09.2018 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	+	Patrz pkt. Nie stwierdzono (poz.2-4)
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych	+	
3.	Zapisy ze szkoleń wewnętrznych	+	
4.	Rejestry szkoleń pracowników (indywidualne)	+	
5.	Rejestry wydanych decyzji	+	
6.	Rejestry postanowień	+	
7.	Rejestry: interwencji/ skarg, wniosków**	+	
8.	Rejestr nałożonych mandatów	+	
9.	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.	+	Nie kontrolowano (poz.5,6,8-16)
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 1,2,3,4,5,6,8,9,14 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. Za rejestrację i aktualizację przepisów odpowiada kierownik sekcji. Przepisy aktualizowane są na bieżąco przez wyznaczoną osobę – s[redacted]

Informacje dotyczące wytycznych jednostek nadrzędnych przekazywane są pracownikom podczas narad wewnętrznych, w trakcie których kierownik przekazuje i omawia informacje zawarte w pismach. Jest to potwierdzane protokołem z narady/odprawy lub podpisem pracowników na danym piśmie o zapoznaniu się z wytycznymi.

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w 2017 roku i 2018 roku

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli	
	planowanych	wykonanych wg planu
4356/4119	918/830	692/442

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 do dnia 30.09
1.	Postanowienia	7	18	14	28	10	11
2.	Decyzje	210, w tym 1 unieruchomienia	165	161, w tym 3 unieruchomienia	133, w tym 2 unieruchomienia	105, w tym 1 unieruchomienia	7, w tym 1 unieruchomienia
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	-	-	-	-	-	-
4.	Decyzje - rachunki	490/32289 Import/Eksport 76/16190	428/28555 Import/Eksport 34/9855	368/32841 Import/Eksport 39/16980	330/22736 Import/Eksport 71/33795	221/15075 Import/Eksport 57/10068	156/11259 Import/Eksport 60/21939
5.	Opinie sanitarne/pisma**	1	-	-	-	-	-
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	-	-	-	-	-	-
7.	Mandaty	149/28650	143/26600	113/23650	129/26250	115/25100	66/12680
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	-	-	-	-	-	-
9.	Uczestnictwo w odbiorach	-	-	-	-	-	-
10.	Upomnienia	-	6	4	6	9	8
11.	Tytuły wykonawcze	13	1	3	2	-	-
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	13/14000	2/2000	3/3000	4/5000	-	-
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	-	-	1	1	2	-

/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 w tym - kontrola dokumentacji zakładów -5 oraz 10 spraw w zakresie prawidłowości załatwiania skarg/ interwencji.
(podać liczbę)

2.Identyfikacja sprawy / obiektu **/

2.1 [redacted]

2.2 [redacted]

2.3 [redacted]

2.4 [redacted]

2.5 [redacted]

Pozostałe sprawy/obiekty wymieniono w pkt.XIII.1

3. Ocena wydanych dokumentów
   a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem
   Nie stwierdzono nieprawidłowości.
   Zwrócono uwagę kierownika sekcji na konieczność stosowania we wszystkich dokumentach dotyczących sprawy poprawnej (zgodnej z wpisem do rejestru) nazwy podmiotu aby unikać konieczności wielokrotnego prostowania oczywistych omyłek.
   b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli)
   Nie kontrolowano
   c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa
   Nie stwierdzono nieprawidłowości
   d) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach.
   Nie stwierdzono nieprawidłowości
   e) stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji.
   Nie stwierdzono nieprawidłowości
   f) Terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń
   Nie stwierdzono nieprawidłowości
   g) Monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)
   Nie stwierdzono nieprawidłowości
   h) Poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń
   Nie stwierdzono nieprawidłowości
   i) Poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji
   Nie stwierdzono nieprawidłowości
   j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **
   Kierownikowi sekcji przekazano sugestie i uwagi:
   Przeanalizować i poprawić tryb wydawania zaświadczeń o wpisie do rejestru pod kątem daty jego wydawania tak aby zaświadczenie o wpisie którego podstawą jest decyzja zatwierdzająca zostało wydane z odpowiednią datą .

Każdorazowo w przypadku rozpatrywania wniosku o „prolongatę" decyzji należy przeprowadzić stosowne postępowanie wyjaśniające. Przeanalizować m.in. termin złożenia wniosku, decyzję podejmować w oparciu o zebrany i udokumentowany materiał dowodowy.

Analizować wpływające do organu wnioski pod kątem ich poprawności, zmian, skreśleń i poprawek dokonywać w trybie określonym w k.p.a. W razie konieczności stosować wezwanie strony do jego uzupełnienia/zmiany.

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 maju 2018 r. pracownik Inspekcji Weterynaryjnej w Tychach przeprowadził szkolenie pracowników sekcji HŻŻ, którego tematem było: Podmioty prowadzące rolniczy handel detaliczny nadzorowane przez Inspekcję Weterynaryjną.
W związku z koniecznością wzmożenia nadzoru nad mięsem i wyrobami mięsnymi (ASF) przeprowadzono 3 wspólne kontrole, nie stwierdzono nieprawidłowości. Przeprowadzono jedną kontrolę w związku z interwencją.
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 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,
– ze Strażą Pożarną w zakresie wymiany informacji.

(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 sekcji 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 oraz interwencjami.
Z Higieną Komunalną i Epidemiologią polega na kontrolowaniu wspólnych obiektów oraz działań związanych ze zgłoszeniem ogniska choroby przenoszonej droga pokarmowa.
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).
Z Nadzorem Zapobiegawczym – w zakresie wymiany informacji.

(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 Tychach skargi i wnioski załatwiane są w oparciu o Zarządzenie nr 4 Dyrektora PSSE w Tychach z dnia 16 maja 2017 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu postępowania ze skargami, wnioskami i petycjami w PSSE w Tychach.

Centralny rejestr interwencji prowadzony jest w formie papierowej.

W kontrolowanym okresie nie odnotowano skarg na pracowników Sekcji NS/ HŻŻ.

Skarga złożona przez konsumenta, zostaje zarejestrowana przez sekretariat, następnie PPIS dekretuje skargę na daną sekcję Nadzoru Sanitarnego. Pracownik Sekretariatu przekazuje interwencję kierownikowi sekcji. Kierownik danej sekcji w tym kierownik NS/HŻŻ rejestruje interwencję w rejestrze głównym celem załatwienia. Kierownik danej sekcji dekretuje sprawę na pracownika odpowiedzialnego za załatwienie sprawy.

Zestawienie ilości załatwianych spraw (interwencji) w okresie kontrolowanym.

Rok	2013	2014	2015	2016	2017	2018 do 15.10.2018 r.
Ogółem:	47	47	47	59	54	44
Uznane za zasadne (w tym):	8	20	15	15	18	10
Na jakość środka spożywczego	42/4	40/18	37/15	36/12	37/14	32/9
Na zły stan sanitarny	5/4	7/2	10/0	23/3	17/4	12/1
Pobrane próbki/ kwest.	7/0	10/1	1/0	-	3/1	1/0
Mandaty liczba/kwota/zł	6/2200 zł	17/3250 zł	11/2600 zł	13/2150 zł	12/3400 zł	8/2000 zł
Decyzje administracyjne	4	5	2	-	6	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. EP, HP, HKiŚ, NS z innymi PPIS a także z innymi organami: Policją, Inspekcją Weterynaryjną.
Dokumentacja dotycząca interwencji przechowywana jest w Sekcji NS/HŻŻ.
Strona jest zawsze poinformowana o załatwieniu sprawy.

Wykaz skontrolowanych spraw wg rejestrów interwencji:

1/ 17/NS/HŻŻ/0901-5/2017 z dnia 09.02.2017 r. – niewłaściwe cechy organoleptyczne mleka - współpraca z PLW w Poznaniu – sprawa przekazana pismem z dnia 27.02.2017 r.
2/ 17/NS/HŻŻ/0901-48/2017 z dnia 29.11.2017 r. - wprowadzanie do obrotu napoju Vita chia drink - sprawa przekazana zgodnie z właściwością miejscową i rzeczową do PPIS w Warszawie, Poznaniu i Myszkowie.
3/ 17/NS/HŻŻ/0901- 51/2017 z dnia 27.12.2017 r.- nieprawidłowe warunki sanitarne w ciastkarni.
4/ 17/NS/HŻŻ/0901-52/2017 z dnia 27.12.2017 r.- niewłaściwe cechy organoleptyczne pieczywa – pobrano próbki do badań.
5/ 17/NS/HŻZ.0901-2/18 z dnia 12.01.2018 r. - nieprawidłowe warunki sanitarne w barze orientalnym.
6/ 17/NS/HŻŻ.0901-6 /18 z dnia 07.02.2018 r. – produkty spożywcze po upływie terminu przydatności do spożycia.
7/ 17/NS/HŻŻ.0901-11/18 z dnia 20.03.2018 r. – niehigieniczne warunki sprzedaży środków spożywczych.
8/ 17/NS/HŻŻ.0901-20/18 z dnia 02.05.2018 r. – zanieczyszczenie pieczywa – przekazano sprawę do PPIS w Bielsku-Białej pismem z dnia 08.05.2018 r. znak: NS/HŻŻ.0613-83/18.
9/ 17/NS/HŻŻ/0901-25/18 z dnia 23.05.2018 r. nieprawidłowe warunki sanitarne, produkty spożywcze po upływie terminu przydatności do spożycia.
10/ 17/NS/HŻŻ.0901-21/18 z dn. 24.04.2018 r. – nieprawidłowa jakość mięsa współpraca z PLW w Tychach.

2. Sposób przeprowadzania kontroli w obiektach.

- Przedszkole [redacted]
(przygotowanie do kontroli, sprzęt i wyposażenie, kontrola na miejscu, dokumentacja – protokół nr 1698/1217/NS/HŻŻ/18)

Nie stwierdzono nieprawidłowości.

3. Nadzór nad bezpieczeństwem żywienia*

Sekcja NS HŻŻiPU Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Tychach obejmowała nadzorem sanitarnym:

w roku 2017 r. - 108 placówek szkolnych, 162 placówki przedszkolne oraz 41 w żłobkach. Ogółem przeprowadzono w nich 112 kontroli.
W roku 2018 - 104 placówki szkolne, 168 placówek przedszkolnych oraz 47 żłobków. Ogółem przeprowadzono w nich 80 kontroli. Jednakże teoretycznej analizie w 2017 roku, zostało poddanych tylko 15 jadłospisów (14 uznano za kwestionowane) a w 2018 roku 7 jadłospisów (7 uznano za kwestionowane) w zakresie oceny: zestawień dekadowych, zawartości składników pokarmowych (wartość energetyczna, % udział energii z białka, % udział tłuszczu, wapń, żelazo oraz wit. C).
Laboratoryjnie w 2017 r. nie oceniano żadnej próbki a w 2018 r. 2 próbki (2 kwestionowane).

Wyznaczona jest 1 osoba odpowiedzialna za dokonywanie ocen prawidłowości żywienia. Pracownik posiada w tym zakresie kwalifikacje i odbył szkolenia tematyczne (wewnętrzne i zewnętrzne). Oceny jadłospisów w sekcji dokonuje się z wykorzystaniem programu komputerowego. Próbki laboratoryjne badane w PSSE w Dąbrowie Górniczej.

Kierownikowi Sekcji przekazano uwagi i wskazania do bieżącej pracy:
Wzmóc nadzór w zakresie prawidłowości żywienia w przedmiotowych zakładach m.in. przez:
- zaplanowanie zwiększonej ilości kontroli w szczególności ocen teoretycznych (uwzględniając kategorię ryzyka przypisaną do zakładu, minimum 20% obiektów rocznie)
- w przypadkach stwierdzonych nieprawidłowości dokonywać ponownej oceny teoretycznej celem weryfikacji wykonania wydawanych zaleceń pokontrolnych.
- w przypadkach notorycznego stwierdzania nieprawidłowości (po ewentualnym uzyskaniu potwierdzenia nieprawidłowości przez badanie laboratoryjne) wdrażać postępowanie administracyjne celem przywrócenia zgodności z wymaganiami określonymi w stosownych przepisach.
- w planach szkoleń uwzględnić potrzebę przeszkolenia większej liczby pracowników komórki w przedmiotowym zakresie lub/oraz dalsze podnoszenie kwalifikacji pracownika odpowiedzialnego za ocenę.

(*) Kontrolą objęto zakłady podlegające istniejącym w tym zakresie regulacjom prawnym tj. szkoły, przedszkola, żłobki.

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:
Nie załączono

[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
lek. wet. Józef Lipa

.....

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

Dział Nadzoru Sanitarnego
Oddział Higieny Żywności,
Żywienia i Przedmiotów Użytku
STARSZY ASYSTENT
mgr Beata Dobosz

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Załącznik nr 3 *
do protokołu nr OK.1611.2.4.2018*
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 Tychach zlokalizowana jest przy ul. Budowlanych 131

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

III. **Data kontroli** 15.10.2018 r. - 16.10.2018 r.

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** od 25.10.2013 do 12.10.2018 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	są	brak
3.	Zapisy ze szkoleń wewnętrznych	są	brak
4.	Rejestry szkoleń pracowników (indywidualne)	są	brak
5.	Rejestry wydanych decyzji	Jest-w CRON i papierowy	brak
6.	Rejestry postanowień	Jest w CRON	brak
7.	Rejestry: interwencji/ skarg, wniosków**	Jest-papierowy i centralny (ten drugi dotyczy skarg)	brak
8.	Rejestr nałożonych mandatów	jest- w CRON i papierowy	brak

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych.
Radca Prawny dostępny jest dwa razy w tygodniu. W razie potrzeby, po telefonicznym powiadomieniu Radca Prawny dojeżdża do Stacji. Pracownicy Sekcji mają dostęp do 8 komputerów, które mają dostęp do internetu i tym sposobem pracownicy korzystają z serwisów prawnych.

VI. **Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 12.10.2018 r.)**

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
1262	262	201	96

D. A

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 2014	rok 2015	rok 2016	rok 2017	rok do dnia 12.10.2018r	
1.	Postanowienia	**34**	**49**	**37**	**56**	**43**	
2.	Decyzje	**136**	**104**	**77**	**45**	**36**	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	-	-	-	-	-	
4.	Decyzje - rachunki	**200** 114398,44 zł	**196** 12505,24 zł	**143** 8519,52 zł	**58** 2836,50 zł	**45** 3445,00 zł	
5.	Opinie sanitarne/pisma	**35**	**70**	**57**	**59**	**45**	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	-	-	-	-	-	
7.	Mandaty	**8**/1400 zł	**9**/1600 zł	**5**/1000 zł	**8**/2000 zł	**3**/700 zł	
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	-	-	-	-	-	
9.	Uczestnictwo w odbiorach	-	-	-	-	-	
10	Upomnienia	0	0	1 11,60zł	0	0	
11	Tytuły wykonawcze	0	1	1	0	0	
12	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	1	1 10 000,00 zł	0	0	
13	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	0	

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

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów - 9
   (podać liczbę)
2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/
   2.1 [redacted]
   2.2 Zakład Fryzjerski [redacted]

2.3 [redacted]
2.4 [redacted]
2.5 [redacted]
2.6 Interwencja z dnia 07.06.2016 r. [redacted] dotycząca stanu sanitarnego budynku [redacted] a przekazana PPIS przez Państwowy Inspektorat Nadzoru Budowlanego w Tychach,
2.7 Interwencja z dnia 24.11.2016 r. wniesiona przez [redacted] przy [redacted] dotycząca uciążliwości powodowanych hałasem wentylatora w mieszkaniu sąsiada,
2.8 Interwencja z dnia 26.09.2017 r. złożona telefonicznie przez [redacted] dot. nieprzyjemnych zapachów emitowanych przez gumową nawierzchnię na placu zabaw,
2.9 Interwencja [redacted] z dnia 08.05.18 r. dotycząca złych warunków sanitarnych w [redacted]

Ocena wydanych dokumentów

a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem akt.
Dokumenty wydawane w sekcji, są czytelne, kompletne i poprawne pod względem stosowanego w nich nazewnictwa.
Poddaje się do przemyślenia kwestię uszczegółowienia zapisów umieszczanych w poszczególnych metryczkach spraw, o wpisywanie wszystkich etapów związanych z załatwianiem sprawy oraz osób uczestniczących w tychże etapach.

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, poprzez umieszczenie w prawej dolnej części protokołu: pieczęci, podpisu, daty i słowa „zatwierdzono" protokoły są zatwierdzane. Kierownikiem technicznym w komórce jest [redacted] którą w razie nieobecności zastępuje [redacted] W przypadku przeprowadzania kontroli przez kierownika komórki, protokoły są zatwierdzane przez Kierownika Nadzoru.

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(parafka i data). 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.

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

j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **
Brak.

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

Urzędy Miasta, Starostwa Powiatowe, Państwowa Inspekcja Weterynaryjna, Powiatowi Inspektorzy Nadzoru Budowlanego, Straż Miejska i Policja.

współpracy: doraźna, ciągła, podstawę prawną współpracy)

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Epidemiologią, Laboratorium, Higieną Żywienia, Żywności i Przedmiotów Użytku oraz Higieną Pracy.

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

XI. Inne zagadnienia

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

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

.....mgr inż. Anna Teter.....

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.1611.2.4.2018*
kontroli .....

Ustalenia w zakresie bezpieczeństwa wody:

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Tychach, ul Budowlanych 131
Informacje szczegółowe dotyczące nadzorowanego przez PPIS w Tychach terenu: miasta Tychy oraz powiatów, pszczyńskiego, bieruńsko – lędzińskiego i mikołowskiego

Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska

II. Data kontroli 15.10.2018 r.

III. Okres działalności podlegający kontroli 01.04.2013 r. - 30.09.2018 r.

IV. 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]	Wyższe - mgr inż. Ochrony Środowiska Studia podyplomowe „Techniki ochrony środowiska wobec dyrektyw Unii Europejskiej”	32	6	0	1. Centralne Biuro Antykorupcyjne – Warszawa 2016r. 2018r. 2.PSSE Dąbrowa Górnicza 3.GPW Katowice	1.Przeciwdziałanie korupcji ; Korupcja w biznesie; Korupcja w administracji publicznej 2.Pogorszenie jakości wody – postępowanie procedury, przepływ informacji 3.Warsztaty – użytkowanie gruntów w kontekście ochrony zasobów wodnych.
2	[redacted]	Wyższe - inż. ochrony środowiska studia podyplomowe Bezpieczeństwo i higiena pracy	60	2	0	1.Centralne Biuro Antykorupcyjne – Warszawa 2016r. 2018r. 2. Doradztwo Techniczno-Organizacyjne Adrian Knapik. 41-403 Chełm Śląski, ul. Bogusławskiego 4b/7	1.Przeciwdziałanie korupcji ; Korupcja w biznesie; Korupcja w administracji publicznej 2. Szkolenie z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy.
3	[redacted]	Wyższe – mgr biologii Studia	43	3	0	1.Centralne Biuro Antykorupcyjne – Warszawa 2016r. 2018r.	1.Przeciwdziałanie korupcji ; Korupcja w biznesie; Korupcja w administracji publicznej

3.9

		podyplomowe „Techniki ochrony środowiska wobec dyrektyw Unii Europejskiej”				2.PZH – Warszawa 3.PSSE Dąbrowa Górnicza 4.GPW Katowice	2.Bezpieczeństwo zdrowotne wody do spożycia przez ludzi i zasady jego oceny 3.Pogorszenie jakości wody – postępowanie procedury, przepływ informacji 4.Warsztaty – użytkowanie gruntów w kontekście ochrony zasobów wodnych
4	[redacted]	*Wyższe ochrona środowiska – Pracowała do 20 sierpnia 2018r.*	*32*	*0*	*0*	*Centralne Biuro Antykorupcyjne – Warszawa* *2016r.* *2018r.*	*Przeciwdziałanie korupcji ; Korupcja w biznesie; Korupcja w administracji publicznej*
5	[redacted]	*Wyższe ochrona środowiska 1 rok pracy – 2015r.) – macierzyńskie bez powrotu do pracy*	*8*	*0*	*0*	*0*	*0*
6	[redacted]	*Średnie (emerytura – 27 listopad 2017r.)*	*38*	*0*	*0*	*1.Centralne Biuro Antykorupcyjne – Warszawa* *2016r.*	*1.Przeciwdziałanie korupcji ; Korupcja w biznesie; Korupcja w administracji publicznej*
7	[redacted]	Średnie – instruktor higieny	45	0	0	1.Centralne Biuro Antykorupcyjne – Warszawa 2016r. 2018r. 2. Doradztwo Techniczno-Organizacyjne Adrian Knapik. 41-403 Chełm Śląski, ul. Bogusławskiego 4b/7	1.Przeciwdziałanie korupcji ; Korupcja w biznesie; Korupcja w administracji publicznej 2. Szkolenie z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy.
8	[redacted]	Średnie – instruktor higieny	43	1	0	1.Centralne Biuro Antykorupcyjne – Warszawa 2016r. 2018r. 2. Doradztwo Techniczno-Organizacyjne Adrian Knapik. 41-403 Chełm Śląski, ul. Bogusławskiego 4b/7	1.Przeciwdziałanie korupcji ; Korupcja w biznesie; Korupcja w administracji publicznej 2. Szkolenie z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy.
9	[redacted]	Średnie – instruktor higieny	45	2	0	Centralne Biuro Antykorupcyjne – Warszawa 2016r. 2018r.	Przeciwdziałanie korupcji; Korupcja w biznesie; Korupcja w administracji publicznej

	[redacted]						
10	[redacted]	Wyższe ochrona Środowiska Pracuje w NS/HK od grudnia 2017r.	9	2		1.Centralne Biuro Antykorupcyjne – Warszawa 2018r. 2. Doradztwo Techniczno-Organizacyjne Adrian Knapik. 41-403 Chełm Śląski, ul. Bogusławskiego 4b/7	1.Przeciwdziałanie korupcji ; Korupcja w biznesie; Korupcja w administracji publicznej 2. Szkolenie z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy.
11	[redacted]	Wyższe zdrowie publiczne Studia podyplomowe – Zdrowie publiczne – Nadzór Sanitarno – Epidemiologiczny Pracuje w NS/HK od lutego 2018r.	7	2	0	1.Centralne Biuro Antykorupcyjne – Warszawa 2016r. 2018r. 2. Doradztwo Techniczno-Organizacyjne Adrian Knapik. 41-403 Chełm Śląski, ul. Bogusławskiego 4b/7	1.Przeciwdziałanie korupcji ; Korupcja w biznesie; Korupcja w administracji publicznej 2. Szkolenie z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy.
12	[redacted]	Wyższe Pracuje w NS/HK od 20 sierpnia 2018r.	2	1	0	Centralne Biuro Antykorupcyjne – Warszawa 2018r.	Przeciwdziałanie korupcji; Korupcja w biznesie; Korupcja w administracji publicznej

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

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

.....

.....

3. GL

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 15.10.2018)

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
18	12	11 (jedno ujęcie zlikwidowane – Bujaków)	0

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 2014	rok 2015	rok 2016	rok 2017	do dnia 12.10.2018r	
1.	Postanowienia	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	
2.	Decyzje	**19**	**12**	**11**	**39**	**34**	
3.	~~Decyzje dot. chorób zawodowych /3~~	-	-	-	-		
4.	Decyzje - rachunki	**21** 12392,00 zł	**16** 5730,00 zł	**37** 3683,00 zł	**43** 7105,00 zł	**40** 4250,00 zł	
5.	Opinie sanitarne/pisma	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	
6.	~~Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2~~	-	-	-	-		
7.	Mandaty	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	-	-	-	-	-	
~~9.~~	~~Uczestnictwo w odbiorach~~	-	-	-	-		
10	Upomnienia	0	0	1	1	2	
11	Tytuły wykonawcze	0	0	0	1	0	
12	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	0	1 500,00 zł	0	

13	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	0	

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

VIII. Kontrola dokumentacji

Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów 22

1. Identyfikacja sprawy:

   1. Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego nr NS/HK.4567-2/17 z dnia 28.02.2017r., w sprawie stwierdzenia przydatności wody do spożycia, [redacted]
   2. Decyzja PPIS w Tychach: nr NS/HK.4567-7d/17 z dnia 28.02.2017 r., stwierdzająca przydatność wody do spożycia przez ludzi, [redacted]
   3. Odpowiedź na interwencję w sprawie nieodpowiedniej jakości wody do spożycia nr 17/NS/HK.0901-17/83/2015 z dnia 13.11.2015 r., [redacted] (niezasadna)
   4. Odpowiedź na interwencję w sprawie nieodpowiedniej jakości wody do spożycia nr 17/NS/HK.0901-11/61/2017 z dnia 07.09.2017 r., [redacted] (zasadna)
   5. Decyzja PPIS w Tychach: Zbiorcza roczna ocena wody na pływalni za okres: 1 lipca 2017 r. do 30 czerwca 2018 r., nr 17/NS/HK.4582-14/36d/2018 z dnia 17.07.2018 r., [redacted]
   6. Kąpieliska: Orzeczenie o przydatności wody do kąpieli nr 17/NS/HK.4580-2/6/18 z dnia 06.08.2018 r., [redacted]
   7. Decyzja PPIS w Tychach: Ocena higieniczna na stosowanie preparatu [redacted] nr 17/NS/HK.4569-53d/17 z dnia 19.07.2017 r., [redacted]
   8. Decyzja PPIS w Tychach: Zatwierdzenie systemu jakości wykonywanych badań laboratoryjnych, nr 17/NS/HK.4560-11d/18 z dnia 28.02.2018 r., [redacted]
   9. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr 17/NS/HK/98/2017 z dnia 27.02.2017 r., [redacted] hydrant,
   10. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr 17/NS/HK/378/2017 z dnia 01.08.2017 r., Budynek mieszkalny, [redacted] woda przeznaczona do spożycia (interwencja)
   11. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr 17/NS/HK/805/2015 z dnia 06.11.2015 r., [redacted], woda przeznaczona do spożycia (interwencja)
   12. Protokół pobrania próbki wody z pływalni nr 17/NS/HK/44/2018 z dnia 19.02.2018 r., [redacted], woda ciepła z natrysków na pływalni
   13. Protokół pobrania próbki wody do spożycia monitoring kontrolny nr 17/NS/KH/172/2015 z dnia 11.03.2015 r., Przepompownia wody [redacted]
   14. Ocena jakości wody powierzchniowej nr 17/NS/HK.4572-1/06/2016 z dnia 08.06.2016 r., zbiornik [redacted] hala pomp nr 1, pompa nr 2
   15. Orzeczenie o jakości wody nr 17/NS/HK.4563-15/05/2018 z dnia 28.05.2018 r., [redacted] Przedszkole [redacted]

3. GK

16. Protokół pobrania próbki wody ciepłej nr 17/NS/HK/103/2018 z dnia 29.03.2018 r., Dom Opieki [redacted]
17. Decyzja PPIS w Tychach: nakazująca doprowadzenie jakości wody ciepłej do stanu zgodnego z prawem, nr 17/NS/HK.4563-74/79d/2017 z dnia 22.11.2017 r., [redacted]
18. Protokół wizualnej oceny jakości wody z kąpieliska nr 17/NS/HK/315/2018 z dnia 17.08.2018 r., [redacted]
19. Wynik wizualnej oceny jakości wody z kąpieliska nr 17/NS/HK.4580-2/11/18 z dnia 27.08.2018 r., [redacted]
20. Protokół pobrania próbki wody z kąpieliska nr 17/NS/HK/234/2018 z dnia 13.06.2018 r., [redacted]
21. Orzeczenie o przydatności wody do kąpieli nr 17/NS/HK.4580-2/2/18 z dnia 02.07.2018 r. [redacted]
22. Protokół pobrania próbki wody z pływalni nr 17/NS/HK/42/2018 z dnia 19.02.2018 r., [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

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

Brak uwag

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Brak uwag

XI. Inne zagadnienia

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

Nie dotyczy

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Brak uwag

XIII. Dodatkowe informacje

Integralną część załącznika stanowią kopie elektroniczne dokumentów:

1. Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego nr NS/HK.4567-2/17 z dnia 28.02.2017r., w sprawie stwierdzenia przydatności wody do spożycia, [redacted]
2. Decyzja PPIS w Tychach: nr NS/HK.4567-7d/17 z dnia 28.02.2017 r., stwierdzająca przydatność wody do spożycia przez ludzi, [redacted]
3. Odpowiedź na interwencję w sprawie nieodpowiedniej jakości wody do spożycia nr 17/NS/HK.0901-17/83/2015 z dnia 13.11.2015 r., [redacted] (niezasadna)
4. Odpowiedź na interwencję w sprawie nieodpowiedniej jakości wody do spożycia nr 17/NS/HK.0901-11/61/2017 z dnia 07.09.2017 r., [redacted] (zasadna)
5. Decyzja PPIS w Tychach: Zbiorcza roczna ocena wody na pływalni za okres: 1 lipca 2017 r. do 30 czerwca 2018 r., nr 17/NS/HK.4582-14/36d/2018 z dnia 17.07.2018 r., [redacted]
6. Kąpieliska: Orzeczenie o przydatności wody do kąpieli nr 17/NS/HK.4580-2/6/18 z dnia 06.08.2018 r., [redacted]
7. Decyzja PPIS w Tychach: Ocena higieniczna na stosowanie preparatu [redacted] nr 17/NS/HK.4569-53d/17 z dnia 19.07.2017 r., [redacted]
8. Decyzja PPIS w Tychach: Zatwierdzenie systemu jakości wykonywanych badań laboratoryjnych, nr 17/NS/HK.4560-11d/18 z dnia 28.02.2018 r., [redacted]
9. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr 17/NS/HK/98/2017 z dnia 27.02.2017 r., [redacted], hydrant,
10. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr 17/NS/HK/378/2017 z dnia 01.08.2017 r., Budynek mieszkalny, [redacted] woda przeznaczona do spożycia (interwencja)
11. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr 17/NS/HK/805/2015 z dnia 06.11.2015 r., [redacted], woda przeznaczona do spożycia (interwencja)

3.01

12. Protokół pobrania próbki wody z pływalni nr 17/NS/HK/44/2018 z dnia 19.02.2018 r., [redacted], woda ciepła z natrysków na pływalni
13. Protokół pobrania próbki wody do spożycia monitoring kontrolny nr 17/NS/KH/172/2015 z dnia 11.03.2015 r., Przepompownia wody [redacted]
14. Ocena jakości wody powierzchniowej nr 17/NS/HK.4572-1/06/2016 z dnia 08.06.2016 r., zbiornik [redacted] hala pomp nr 1, pompa nr 2
15. Orzeczenie o jakości wody nr 17/NS/HK.4563-15/05/2018 z dnia 28.05.2018 r., [redacted] Przedszkole [redacted]
16. Protokół pobrania próbki wody ciepłej nr 17/NS/HK/103/2018 z dnia 29.03.2018 r., Dom Opieki [redacted]
17. Decyzja PPIS w Tychach: nakazująca doprowadzenie jakości wody ciepłej do stanu zgodnego z prawem, nr 17/NS/HK.4563-74/79d/2017 z dnia 22.11.2017 r., [redacted]
18. Protokół wizualnej oceny jakości wody z kąpieliska nr 17/NS/HK/315/2018 z dnia 17.08.2018 r., [redacted]
19. Wynik wizualnej oceny jakości wody z kąpieliska nr 17/NS/HK.4580-2/11/18 z dnia 27.08.2018 r. [redacted]
20. Protokół pobrania próbki wody z kąpieliska nr 17/NS/HK/234/2018 z dnia 13.06.2018 r., [redacted]
21. Orzeczenie o przydatności wody do kąpieli nr 17/NS/HK.4580-2/2/18 z dnia 02.07.2018 r. [redacted]
22. Protokół pobrania próbki wody z pływalni nr 17/NS/HK/42/2018 z dnia 19.02.2018 r., [redacted]

[redacted]

Dział Nadzoru Sanitarnego
KIEROWNIK
Oddział Bezpieczeństwa Wody
mgr Paweł Czapla

....

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

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. CK.1611.24.2018*
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 Tychach,
43-100 Tychy ul. Budowlanych 131

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

III. Data kontroli 17.10.2018 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli 01.01.2014 r. do 30.09.2018 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, petycji	+	
9.	Rejestr nałożonych mandatów*	+	
10.	Rejestr upoważnień do przeprowadzenia kontroli *	+	
11.	Rejestr protokół kontroli *	+	
12.	Rejestr tytułów wykonawczych elektronicznie	+	
13.	Rejestr odwołań	+	
14.	Rejestr upomnień	+	
15.	Ewidencja zakładów w których występują szkodliwe czynniki biologiczne forma elektroniczna	+	
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 forma elektroniczna	+	
20.	Rejestr przepisów prawnych forma elektroniczna	+	
21.	Rejestr informacji publicznej HP		
22.	Rejestr alfabetyczny osób, u których stwierdzono chorobę zawodową forma elektroniczna	+	

23.	Rejestr alfabetyczny osób, u których nie stwierdzono choroby zawodowej	+	
24.	Rejestr decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej	+	
25.	Rejestr decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej – forma elektroniczna	+	
26.	Rejestr zakładów, w których stwierdzono choroby zawodowe i skutki tych chorób,	+	
27.	Rejestr zgłoszeń podejrzeń chorób zawodowych – forma elektroniczna i papierowa	+	

- prowadzone w CRONSOR

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 30.09.2018 r.)

Ilość obiektów w ewidencji	**Ilość kontroli**		
	planowanych	**wykonanych wg planu**	**ponadplanowych**
841	117	107	97

Na rok 2018 zaplanowano 117 kontroli z tego wykonano 107

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**					**Uwagi:**
		2014 rok	**2015 rok**	**2016 rok**	**2017 rok**	**2018 do 30.09. 2018 r.**	
1.	Postanowienia	92	148	126	34	24	
2.	Decyzje	125	126	138	127	79	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	222	185	272	166	144	
4.	Decyzje - rachunki	105/1775 1	101/187 05	95/1772 5,50	96/1276 8	73/7763	
5.	Opinie sanitarne/pisma**	0	0	0	0	0	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	0	0	0	0	0	
7.	Mandaty	0	2/700	1/500	4/1700	2/500	
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	-	-	-	-	-	
9.	Uczestnictwo w odbiorach	0	0	0	0	0	
10.	Upomnienia	1	0	0	1	1	
11.	Tytuły wykonawcze	1	0	1	0	0	
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	3/8000	0	1/2000	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 30.09. 2018 r.	Uwagi
1	Liczba zgłoszonych podejrzeń chorób zawodowych	201	244	232	172	100	
2	Liczba decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej	99	90	129	63	59	
3	Liczba decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej	120	93	142	97	82	
4	Liczba prowadzonych postępowań wyjaśniających w sprawie choroby zawodowej	28	23	19	24	18	
5	Liczba postanowień	90	148	125	32	22	
6	Liczba wystawionych kart stwierdzeń	91	88	140	66	60	
7	Liczba decyzji o umorzeniu postępowania	3	2	1	6	3	

VII. Kontrola dokumentacji

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

2. A. Identyfikacja obiektów:

2.1 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 27.03.2018
Protokół kontroli nr 72/1217/NS/HP/2018 z dnia 27.03.2018 r.
Decyzja nr 17/NS/HP.432-19/D23R20/2018 z dnia 28.04.2018 r.
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 31.08.2018 r.
Protokół kontroli nr 191/1217/NS/HP/2018 z dnia 31.08.2018 r.

2.2. [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach: 12.02.2018 r. i 13.02.2018 r.
Protokół kontroli nr 29/1217/NS/HP/2018 z dnia 13.02.2018 r.
Decyzja nr 17/NS/HP.432-9d/R-8/18 z dnia 28.02.2018 r.
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 16.08.2018 r.
Protokół kontroli nr 182/1217/NS/HP/2018 z dnia 16.08.2018 r

2.3 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach: 08.08.2018 r. i 10.08.2018 r.
Protokół kontroli nr 173/1217/NS/HP/2018 z dnia 10.08.2018 r.
Decyzja nr 17/NS/HP.432-66/D69R65/2018 z dnia 29.08.2018 r.
Termin wykonania nakazów 30.11.2018 r

2.4 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach: 15.05.2017 r., 16.05 2017 r. i 18.05.2017 r.
Protokół kontroli nr 114/1217/NS/HP/2017 z dnia 18.05.2017 r.
Decyzja nr 17/NS/HP.432-49d/R-44/17 z dnia 12.06.2017 r.
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 31.10.2017 r.
Protokół kontroli nr 250/1217/NS/HP/2017 z dnia 31.10.2017 r.
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 27.04.2018 r.
Protokół kontroli nr 97/1217/NS/HP/2018 z dnia 27.04.2018

2.5 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach: 10.05.2017 r., 23.05 2017 r. i 25.05.2017 r.
Protokół kontroli nr 105/1217/NS/HP/2017 z dnia 25.05.2017 r.
Decyzja nr 17/NS/HP.432-50d/R-41/17 z dnia 19.06.2017 r.
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 01.12.2017 r.
Protokół kontroli nr 278/1217/NS/HP/2017 z dnia 01.12.2017 r.

2.6 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 17.05.2017 r.
Protokół kontroli nr 121/1217/NS/HP/2017 z dnia 17.05.2017 r.
Decyzja nr 17/NS/HP.432-44d/R-35/17 z dnia 5.06.2017 r.
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 11.08.2017 r.
Protokół kontroli nr 184/1217/NS/HP/2017 z dnia 11.08.2017 r.

2.7. [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach: 12.12.2017 r., 14.12. 2017 r. i 18.12.2017 r.
Protokół kontroli nr 289/1217/NS/HP/2017 z dnia 18.12.2017 r.
Decyzja nr 17/NS/HP.432-125d/R-95/17 z dnia 28.12.2017 r.
Termin wykonania nakazów 31.12.2018 r.

2.8. [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach: 19.02.2018 r., 20.02.2018 r., 21.02.2018 r i 26.02.2018 r.

Protokół kontroli nr 36/1217/NS/HP/2018 z dnia 26.02.2018 r.
Decyzja nr 17/NS/HP.432-13d/R-12/18 z dnia 14.03.2018 r.
Termin wykonania nakazów 30.09.2018 r

2.9. [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach: 06.08.2018 r. i 08.08.2018 r.
Protokół kontroli nr 171/1217/NS/HP/2018 z dnia 08.08.2018 r.
Decyzja nr 17/NS/HP.432-65/D68R63/2018 z dnia 27.08.2018 r.
Terminy wykonania nakazów 31.01.2019 r., 30.04.2019 r.

2.10 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach: 14.05.2018 r., 18.05.2018 r. i 22.05.2018 r.
Protokół kontroli nr 108/1217/NS/HP/2018 z dnia 22.05.2018 r.
Decyzja nr 17/NS/HP.432-37/D42R38/2018 z dnia 13.06.2018 r.
Terminy wykonania nakazów 15.01.2019 r., 30.06.2021 r.

B. Identyfikacja spraw (choroby zawodowe):

2.1 17/NS/HP.4432-20/17 choroba zawodowa poz. 19.1

2.2 17/NS/HP.4432-45/18 choroba zawodowa poz. 3.2

2.3 17/NS/HP.4432-21/17 choroba zawodowa poz. 20.1

2.4 17/NS/HP.4432-16/17 choroba zawodowa poz. 3.2

2.5 17/NS/HP.4432-63/17 choroba zawodowa poz.20

2.6 17/NS/HP.4432-4/17 choroba zawodowa poz. 3.2

2.7 17/NS/HP.4432-20/18 choroba zawodowa poz.3.2

2.8 17/NS/HP.4432-79/18 choroba zawodowa poz. 3.2

2.9 17/NS/HP.4432-7/18 choroba zawodowa poz. 3.2

2.10 17/NS/HP.4432-11/18 choroba zawodowa poz. 3.

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),
- Prokuratura Rejonowa ,
- Centralne Biuro Śledcze,

- Śląski Urząd Celno – Skarbowy w Katowicach, Oddział Celny w Tychach,

-Krajowa Administracja Skarbowa,

- Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w Katowicach (interwencje),

- Biuro ds. Substancji Chemicznych w Łodzi (chemikalia),

- Powiatowy Inspektorat Weterynarii.

IX. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Współpraca zależności od potrzeb z:

- Sekcja Epidemiologii – wspólne kontrole i zgłoszenia zatruć substancjami psychoaktywnymi,
- Stanowisko ds. Oświaty Zdrowotnej -działania, oświatowe w zakresie środków zastępczych oraz palenia,
- Radca prawny – opiniowanie projektów decyzji administracyjnych, konsultacje

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	**2 obiekty/ 7 podmiotów**	**10**	**27**	**27**
2015	**1 obiekt/ 6 podmiotów**	**19**	**22**	**24**
2016	**2 obiekty/ 4 podmioty**	**7**	**22**	**18**
2017	**2 obiekty/ 2 podmioty**	**2**	**5**	**15**
2018	**0**	**0**	**0**	**1**

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. 4	Ilość wydanych kar pieniężnych	Kwota wydanych kar pieniężnych	Liczba spraw przekazanych przez Policję i Prokuraturę
2014	7	7	0	0	7	700 000	
2015	1	2	5	5	7	620 000	1
2016	0	0	6	2	2	200 000	
2017	0	0	2	5	4	320 000	2
2018	0	0	0	2	1	20 000	1

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

Skontrolowano dokumentację dot. [redacted]

W dniu 23 czerwca 2017 r. upoważnieni przedstawiciele Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Tychach przeprowadzili kontrolę sanitarną w obiekcie w [redacted], udokumentowaną protokołem kontroli nr 144/1217/NS/HP/2017 z dnia 23.06.2017 r. PPIS w Tychach odstąpił od zasady zapewnienia czynnego udziału strony w postepowaniu wymienionej w art. 10 kpa. W dniu 26.06.2017 r. PPIS w Tychach wydał decyzję nr 17/NS/HP.432/ŚZ-8/2/2017 nakazującą wycofanie z obrotu produktów, co do których zachodzi uzasadnione podejrzenie, że są one środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi, wydał zarządzenie zabezpieczające wykonanie obowiązków o charakterze niepieniężnym oraz decyzję nr 17/NS/HP.432/ŚZ-9/2/2017 nakazującą zaprzestanie prowadzenia działalności w ww. obiekcie. Uzasadniono odstąpienie od zasady zawartej w art. 10 §1 kpa. Opinia toksykologiczna TOX-1447/2017 z dnia 21.07.2017 r. wydana przez uprawnioną jednostkę tj. Toxlab Spółka z o. o. w Katowicach wykazała, że jeden z wprowadzanych do obrotu produktów jest nową substancją psychoaktywną a drugi jest środkiem zastępczym. W dniu 27.07.2017 r. PPIS w Tychach wszczął postępowanie administracyjne w sprawie zakazu wprowadzania tych produktów do obrotu i orzeczenia o ich przepadku na rzecz Skarbu Państwa i zniszczeniu oraz postepowanie w sprawie wymierzenia kary pieniężnej za wprowadzanie do obrotu środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych. W dniu 23.08.2017 r. PPIS w Tychach wydał decyzję nr 17/NS/HP.432/ŚZ-10/3/2017 zakazującą wprowadzania tych produktów do obrotu i orzekającą o ich przepadku na rzecz Skarbu Państwa i zniszczeniu oraz decyzję nr 17/NS/HP.432/ŚZ-11/3/2017, w której wymierzył stronie karę pieniężną w wysokości 100000 zł za wprowadzanie do obrotu środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych.
W dniu 20.09.2018 r. PPIS w Tychach wszczął postępowanie w sprawie obciążenia strony kosztami badań oraz zniszczenia zabezpieczonych produktów. Produkty zostały komisyjnie zniszczone w Zakładzie Utylizacji Odpadów w Katowicach. W dniu 23.10.2017 r. decyzją nr 17/NS/HP.432/ŚZ-13/3/2017 PPIS w Tychach obciążył RS TURBO Sp. z o.o kosztami badań oraz zniszczenia produktów w wysokości: 620,94 zł.

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.1611.24.2018*
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 Tychach**
43-100 Tychy, ul. Budowlanych 131

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

III. **Data kontroli - 16.10.2018r.**

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** 25.10.2013 r. – 31.09.2018 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	+	-
6.	Rejestry postanowień	+	-
7.	Rejestry: interwencji/ skarg, wniosków**	+	-
8.	Rejestr nałożonych mandatów	+	-

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych
Każdy pracownik Sekcji posiada laptop z dostępem do przepisów prawnych LEX.

VI. **Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 30.10.2018 r.)**

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
385	390	290	162

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 2014	rok 2015	rok 2016	rok 2017	rok 2018 do dnia kontroli	
1	Postanowienia	0	0	0	0	0	
2	Decyzje	32	30	24	19	38	
3	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	0	0	0	0	0	
4	Decyzje - rachunki	8	17	10	15	8	
5	Opinie sanitarne/pisma**	0	0	0	0	0	
6	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	0	0	0	0	0	
7	Mandaty	3/350	3/300	5/500	2/200	0/0	
8	Kontrole w trakcie realizacji /2	0	0	0	0	0	
9	Uczestnictwo w odbiorach	0	0	0	0	0	
1	Upomnienia	0	0	0	0	0	
1	Tytuły wykonawcze	0	0	0	0	0	
1	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	0	0	0	
1	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	0	

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

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów - 12
2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/
   2.1 Szkoła Podstawowa, [redacted]
   2.2 Szkoła Podstawowa, [redacted]
   2.3 Zespół Szkolno – Przedszkolny [redacted]
   2.4 Zespół Szkół, [redacted]
   2.5 Szkoła Podstawowa [redacted]
   2.6 Szkoła Podstawowa [redacted]
   2.7 [redacted]
   2.8 Żłobek [redacted]
   2.9 [redacted]
   3.0 [redacted]
   3.1 Przedszkole [redacted]
   3.2 [redacted] Przedszkole [redacted]

3. Ocena wydanych dokumentów
   a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem akt: dokumenty wydawane przez pracowników sekcji są czytelne, kompletne i poprawne pod względem stosowanego w nich nazewnictwa. Dokumenty

kompletowane są zgodnie z rzeczowym wykazem akt i przechowywane w zamykanych szafach,

b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli): stosowane druki protokołów kontroli oraz formularze załączników są zgodne z systemem zarządzania obowiązującym w Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Protokoły z przeprowadzanych kontroli są niezwłocznie zatwierdzane przez kierownika sekcji,

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa: dokumenty wydane są w oparciu o obowiązujące przepisy prawa,

d) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach: wszystkie decyzje administracyjne są uzgadniane i akceptowane przez kierownika sekcji oraz są konsultowane z radcą prawnym. Decyzje wysyłane są za potwierdzeniem odbioru,

e) stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie - stosowna jest poprawna klauzula dotycząca możliwości wniesienia odwołania, o możliwości zrzeczenia się prawa do wniesienia odwołania od decyzji,

f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń – kontrole nadzorowanych obiektów realizowane są zgodnie z zatwierdzonym harmonogramem, a sprawy są załatwiane w terminie określonym w Kodeksie postępowania admiracyjnego. Decyzje administracyjne doręczane są stronom za zwrotnym potwierdzeniem odbioru,

g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli) – kontrole wykonania obowiązków nałożonych decyzjami przeprowadzane są w krótkich odstępach czasu po upływie terminu wskazanego w decyzji,

h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń - nie dotyczy,

i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji - nie dotyczy,

j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **

Plan kontroli sporządzany jest w czwartym kwartale roku poprzedzającym kolejny rok sprawozdawczy w oparciu o analizę ryzyka. Planowanie prowadzone jest przy pomocy programu informatycznego z uwzględnieniem konkretnej osoby kontrolującej.

Plan kontroli realizowany jest na bieżąco, kontrole zaplanowane wykonano.

Interwencje zgłaszane do sekcji rozpatrywane są na bieżąco. W latach :

2014 - wpłynęło 6 interwencji, rozpatrzono wszystkie wpływające, z czego 3 okazały się bezzasadne i 3 zasadne,

2015 – wpłynęło 9 interwencji, rozpatrzono wszystkie wpływające, z czego 5 okazało się bezzasadnych i 4 zasadne,

2016 - wpłynęło 9 interwencji, rozpatrzono wszystkie wpływające, z czego 5 okazało się bezzasadnych i 4 zasadne,

2017- wpłynęło 7 interwencji, rozpatrzono wszystkie wpływające, z czego 4 okazały się bezzasadne, i 3 zasadne,

2018 – wpłynęły 4 interwencje, rozpatrzono wszystkie wpływające, wszystkie 4 okazały się bezzasadne.

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

Współpraca stała z 17 jednostki samorządu terytorialnego w zakresie poprawy warunków sanitarno-technicznych w placówkach oświatowych. O nieprawidłowościach stwierdzonych podczas kontroli informowane są organy prowadzące placówki w formie wystąpień (2014r. - 19 wystąpień; 2015r.- 28 wystąpień; 2016r.- 27 wystąpień; 2017r. – 20 wystąpień, 2018r.- 1). Kuratorium Oświaty w Katowicach w zakresie wypoczynku dzieci i młodzieży oraz obciążenia uczniów ciężarem tornistrów/plecaków.

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

- Oświata Zdrowotna i Promocja Zdrowia w zakresie zbierania informacji dotyczących przestrzegania ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów, tytoniowych, rozpowszechnianie materiałów edukacyjnych w placówkach wypoczynkowych,
-Sekcja Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku – współpraca w zakresie nadzoru nad warunkami do prowadzenia żywienia i dożywiania w placówka nauczania i wychowania oraz wypoczynku dzieci i młodzieży,
-Sekcja Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego – w zakresie uzgadniania projektów technicznych i odbiorów sanitarnych, bądź modernizacji budynków placówek oświatowo wychowawczych,
-Sekcja Epidemiologii – w zakresie wymiany informacji dotyczącej występowania chorób zakaźnych np. WZW A.

XI. Inne zagadnienia

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

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości - nie dotyczy

XIII. Dodatkowe informacje – 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 Kyczmarek

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 1..*
do protokołu nr OK.1611.24.2018*
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 Tychach**
43-100 Tychy, ul. Budowlanych 131

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

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

III. **Data kontroli:** 16-17 października 2018 r.

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** od października 2013 r. do dnia 30.09.2018 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	+	-
6.	Rejestry postanowień	+	-
7.	Rejestry: interwencji/ ~~skarg, wniosków~~**	-	-
8.	Rejestr nałożonych mandatów	-	-

Ponadto prowadzone są rejestry spraw, zgodnie z rzeczowym wykazem akt:
- Rejestr spraw dotyczących odbiorów/oględzin,
- Rejestr spraw dotyczących oceny oddziaływania na środowisko,
- Rejestr spraw dotyczących warunków zabudowy i zagospodarowania terenu,
- Rejestr spraw dotyczących planów zagospodarowania przestrzennego i studium uwarunkowań,
- Dziennik korespondencji różnej,
- Rejestr korespondencji z WSSE w Katowicach,
- Rejestr zawiadomień o zakończeniu budowy.

Rejestry są prowadzone w formie elektronicznej, natomiast dziennik korespondencji prowadzonych jest w formie papierowej.

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych
Przepisy i wytyczne są dostępne i na bieżąco aktualizowane. Aktualność aktów prawnych sprawdzana w bazie danych https://borg.wolterskluwer.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 2014	rok 2015	rok 2016	rok 2017	rok do dnia kontroli 2018	
1.	Postanowienia	11	7	14	1	4	
2.	Decyzje	13	10	4	4	4	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	-	-	-	-	-	
4.	Decyzje - rachunki	527	492	465	422	345	
5.	Opinie sanitarne/pisma**	547/ 1066	533/ 936	491/ 838	452/ 812	368/ 711	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	1	-	-	-	-	
7.	Mandaty	-	-	-	-	-	
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	7	7	5	2	0	
9.	Uczestnictwo w odbiorach	492	436	423	390	302	
10.	Upomnienia	-	-	-	-	-	
11.	Tytuły wykonawcze	-	-	-	-	-	
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	-	-	-	-	-	
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	-	-	-	-	-	

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

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów - 10
(podać liczbę)

2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/
   2.1 17/NS/ZNS.526-197/586/2018 stwierdzenie zgodności wykonania budynku handlowo-usługowego [redacted] z projektem budowlanym.
   2.2 17/NS/ZNS.525-2/44/2018 projekt rozbudowy, przebudowy i zmiany sposobu użytkowania budynków gospodarczych z przeznaczeniem pod przedszkole i mieszkalnego na szkołę podstawową [redacted]
   2.3 17/NS/ZNS.526-79/197/2018 sprawdzenie spełnienia wymagań w kawiarni [redacted]
   2.4 17/NS/ZNS.525-29/559/2018 projekt budowlany adaptacji pomieszczeń w budynku [redacted] na świetlicę z wydawalnią posiłków dla potrzeb Szkoły Podstawowej [redacted]
   2.5 17/NS/ZNS.525-18/309/2018 projekt budynku usługowego (poradnia medyczna) zlokalizowanego w [redacted]

2.6 17/NS/ZNS.523-21/318/2018 opinia do realizacji przedsięwzięcia pn. Uruchomienie innowacyjnej linii przygotowania granulatu szklanego [redacted]

2.7 17/NS/ZNS.523-10/277/2018 opinia o braku potrzeby przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko dla przedsięwzięcia pn. Budowa budynku usługowo-magazynowego z zapleczem socjalnym, częścią administracyjno-biurową oraz częścią mieszkalną, w którym prowadzona będzie działalność usługowo-rzemieślnicza oraz handlowa [redacted]

2.8 17/NS/ZNS.522-12/137/2018 opinia do miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego dla terenu ograniczonego [redacted]

2.9 17/NS/ZNS.522-34/593/2018 opinia do miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego [redacted]

2.10 17/NS/ZNS.522-13/155/2018 opinia do miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego [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. Niezwłocznie po zakończeniu kontroli, protokoły są zatwierdzane przez kierownika technicznego komórki organizacyjnej, a w przypadku jeżeli w kontroli uczestniczy kierownik komórki protokoły zatwierdzane są przez kierownika Nadzoru Sanitarnego lub Zastępcę PPIS w Tychach. Na ich podstawie wydawane są prawidłowe stanowiska PPIS.
Dowód: protokół kontroli nr 245/1217/NS/ZNS/18/197 z 13.08.2018 r. przeprowadzanej przez [redacted] zatwierdzony przez Zastępcę PPIS w Tychach w dniu 14.08.2018r.

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa
Postępowanie jest prowadzone zgodnie z przepisami. Skontrolowane stanowiska posiadają właściwe podstawy prawne, odpowiednie sentencje i uzasadnienia.

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.
Dowód: Decyzja nr 17/NS/ZNS.526-197/2/2018 z 01.08.2018 r. umarzająca postępowanie w sprawie odbioru budynku handlowo-usługowego w [redacted]

Decyzja nr 17/NS/ZNS.526-197/3/2018 z 01.08.2018 r. umarzająca postępowanie w sprawie ustalenia opłaty za czynności związane z odbiorem budynku handlowo-usługowego w [redacted]

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)
Zalecenia po kontroli dokonanej w dniu 23.10.2013 r. są wykonane.

- Pracownicy uczestniczą w szkoleniach zewnętrznych i wewnętrznych.
- Projekty wpływające do PSSE w Tychach są omawiane przez pracowników, a w przypadku wątpliwości prowadzone są konsultacje z działami nadzoru bieżącego. W przypadku uwag do projektów prowadzone są rozmowy telefoniczne, wysyłane pisma o poprawę i wyjaśnienie lub wydawane opinie odmawiające uzgodnienia danego projektu. W opiniach do uzgodnień dokumentacji projektowych określany jest przewidywany profil działalności. Dokumentacje projektowe uzgadniane są pozytywnie bez uwag, a w przypadku zastrzeżeń wpisywane są uwagi, których interpretacja jest jednoznaczna i łatwa do uwzględnienia.
- Sprzeciw lub uwagi wydawane są w przypadkach, gdy obiekt nie został wykonany zgodnie z projektem budowlanym, a wymienione zastrzeżenia dotyczyły właściwości organów PIS.

h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń
Nie dotyczy.

i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji
Nie dotyczy.

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

- Skontrolowano prawidłowość prowadzenia postępowania w związku z wydawaniem opinii sanitarnych. dot. projektów budowlanych. Wskazuje się na potrzebę pieczętowania rzutów instalacji sanitarnych, które były przedmiotem opiniowania.
- Wskazuje się w warunkach opinii dotyczących uwarunkowań środowiskowych przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko zamiast sformułowania „należy instalować urządzenia o niskiej mocy akustycznej" wpisywać konkretne parametry na podstawie których dokonano obliczeń.
- W opiniach dotyczących konieczności lub odstąpienia od przeprowadzenia postępowania w sprawie oceny oddziaływania na środowisko wskazuje się szczegółowo uzasadnić czym kierował się PPIS w Tychach np. bliskim sąsiedztwem zabudowy mieszkaniowej, obecnością ujęć wody itp.
- W opiniach określających zakres prognozy oddziaływania na środowisko opracowywanej dla miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego wskazuje się uwzględniać wzajemne oddziaływanie pomiędzy terenami o różnych funkcjach z uwzględnieniem terenów sąsiadujących, znajdujących się poza granicami planów.

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

Realizowana jest współpraca z:

- organami administracji samorządowej na obszarze działania PPIS w Tychach, ciągła, telefoniczna i pisemna, zgodnie z ustawą z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej /Dz. U. z 2017r., poz. 1261 z późn. zm./, ustawą z dnia 3 października 2008r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko /Dz. U. z 2017r. poz. 1405 z późn. zm./, ustawą z dnia 7 lipca 1994r. Prawo budowlane /Dz. U. z 2018r. poz. 1202/ oraz w ramach realizacji Kampanii Społecznej „Mam świadomość jak być zdrowym" organizowanej przez Sekcję Oświaty Zdrowotnej we współpracy z innymi sekcjami Oddziału Nadzoru Sanitarnego,
- Powiatowymi Inspektoratami Nadzoru Budowlanego na obszarze działania PPIS w Tychach, doraźna, telefoniczna i pisemna, zgodnie z ustawą z dnia 14 marca 1985r.

o Państwowej Inspekcji Sanitarnej /Dz. U. z 2017r., poz. 1261 z późn. zm./ oraz ustawą z dnia 7 lipca 1994r. Prawo budowlane /Dz. U. z 2018r. poz. 1202/

- Powiatowymi Inspektoratami Weterynarii na obszarze działania PPIS w Tychach, doraźna, telefoniczna, w ramach zawartego porozumienia między organami

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

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)

W ramach współpracy z innymi sekcjami Oddziału Nadzoru Sanitarnego na bieżąco prowadzone są konsultacje w sprawach problematycznych.

Prowadzona jest stała współpraca z radcą prawnym, do którego pracownicy zwracają się o poradę prawną. Wydawane w formie decyzji lub postanowienia stanowiska przedkładane są do akceptacji.

Pracownicy sekcji brali udział w Kampanii Społecznej „Mam świadomość jak być zdrowym" organizowanej przez Sekcję Oświaty Zdrowotnej we współpracy z innymi sekcjami Oddziału Nadzoru Sanitarnego.

XI. Inne zagadnienia

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

Informacja o liście rzeczoznawców ds. sanitarno-higienicznych znajduje się na stronie internetowej PSSE. Ponadto pracownicy informują, 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:

- protokół kontroli nr 245/1217/NS/ZNS/18/197 z 13.08.2018 r. (kserokopia)
- decyzja nr 17/NS/ZNS.526-197/2/2018 z 01.08.2018 r. (kserokopia)
- decyzja nr 17/NS/ZNS.526-197/3/2018 z 01.08.2018 r. (kserokopia)

[redacted]

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

.....

pieczątki i podpisy pracowników PSSE uczestniczących w kontroli**

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: .....3.....
(liczba osób)

b) wykształcenie pracowników:
wyższe (jakie?):
[redacted]mgr inż. Ochrony Środowiska, studia podyplomowe: Zdrowie Publiczne i Środowiskowe
[redacted] mgr Pedagogiki Zdrowia, studia podyplomowe: Wychowanie Przedszkolne
[redacted]mgr inż. Ochrony Środowiska

specjalizacje, kursy: -

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

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

W Sekcji Oświaty Zdrowotnej zatrudnione są 3 osoby, które zajmują jedno pomieszczenie biurowe. Na wyposażeniu są: 2 komputery stacjonarne z dostępem do Internetu, drukarka czarno-biała, drukarka kolorowa, laptop, rzutnik multimedialny, aparat fotograficzny. W siedzibie PSSE w Tychach znajduje się 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: 394 759

liczba gmin: powiat bieruńsko – lędziński – 5
powiat mikołowski – 5
powiat pszczyński – 6
powiat tyski - 1

liczba zakładów opieki zdrowotnej: 978

liczba innych jednostek:
żłobki- 49
przedszkola- 155
szkoły podstawowe- 81
gimnazja- 1

liceum- 1
szkoły branżowe- 31
zespoły szkół specjalnych- 2
placówki wsparcia dziennego- 27
placówki wychowania pozaszkolnego-36

b) realizowane interwencje programowe:

ogólnopolskie:
- „Trzymaj Formę!"
- „Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce"
- „Krajowy Program Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV"
- „ARS, czyli jak dbać o miłość?"
- „Profilaktyczny program przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych"
- „Bieg po zdrowie"

wojewódzkie:
- „Smak życia czyli debata o dopalaczach"
- „Żywienie na wagę zdrowia"
- „Podstępne WZW"
- „Znamię! Znam je?"
- „Wybierz Życie – Pierwszy Krok"
- „Klub zdrowego przedszkolaka"
-

własne: brak

c) realizowane interwencje nieprogramowe:
ogólnopolskie:
- „Światowy Dzień bez Tytoniu"
- „Światowy Dzień Rzucania Palenia"
- „Światowy Dzień Zdrowia"
- „Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach"
- Kampania społeczna „Nie pozwól odlecieć swojemu szczęściu!"

wojewódzkie:
- „Dopalacze- wypalacze groźne narkotyki"
- Profilaktyka grypy
- „Brązowo, ale czy zdrowo"
- „Bezpieczne grzybobranie"
- „Bezpieczne Ferie 2018"
- „Bezpieczne Wakacje 2018"
- Kampania społeczna „Zaszczep w sobie chęć szczepienia"
- Profilaktyka HIV/AIDS- Projekt „Wiem, nie boję się, toleruję"

własne: brak

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

PSSE: brak
Inne nakłady (niefinansowe) oraz sposób ich wykorzystania:
PSSE: brak
inne instytucje/organizacje (jakie?): brak

4. Realizacja zaleceń pokontrolnych.
Brak zaleceń po przeprowadzonej kontroli w dniach 22-24.10.2013 r.

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

W roku 2017 zarejestrowano 81 nowych zachorowań na gruźlicę-, wskaźnik zapadalności wynosił 21,29 na 100 tysięcy mieszkańców i był wyższy od wskaźnika zapadalności w roku 2016 (12,35).
Wirusowe zapalenie wątroby typu A: w 2017 roku zarejestrowano 24 przypadki zachorowań na WZW typu A, w tym 23 hospitalizacje. W 2016 roku nie odnotowano żadnego zachorowania.
Wirusowe zapalenie wątroby typu B: w 2017 roku zarejestrowano56 przypadków zachorowań na WZW typu B, z czego 24 osoby były hospitalizowane. Zapadalność na 100 tys. mieszkańców wynosiła 14,22. Natomiast w 2016 roku zarejestrowano 33 zachorowania.
Wirusowe zapalenie wątroby typu C: w 2017 roku zarejestrowano 40 przypadków zachorowań na WZW typu C z czego 18 osób wymagało hospitalizacji. W 2016 roku zarejestrowano 45 zachorowań.
Nowo wykryte zakażenia HIV: w 2017 roku zarejestrowano 9 przypadków, a 2016 roku 10.

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

interwencji programowych: **a) prawidłowo** b) nieprawidłowo*

interwencji nieprogramowych: **a) prawidłowo** b) nieprawidłowo*

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

- doboru metod i form: **a) właściwy** b) niewłaściwy*
- zgodności realizowanych działań z harmonogramem: **a) zgodne** b) niezgodne*
- zgodności oddziaływań w stosunku do potrzeb powiatu wynikających z sytuacji

epidemiologicznej, społecznej i demograficznej: **a) zgodne** b) niezgodne*

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

Urzędy Miast i Gmin, Starostwa Powiatowe, placówki szkolno-wychowawcze, Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie, MOPS-y, Poradnie Psychologiczno-Pedagogiczne, Placówki szkolno-wychowawcze, podmioty lecznicze, organizatorzy letniego i zimowego wypoczynku, Powiatowa Młodzieżowa Szkoła Liderów w Mikołowie, świetlice środowiskowe, OHP w Tychach, OHP w Pszczynie, Pielęgniarki Szkolne „San-Vit" w Łaziskach Górnych, NZOZ „Saluber" Medycyna Szkolna w Pszczynie, Pielęgniarki Szkolne „Szkol-Med" w Bieruniu, Pielęgniarki „Lider-Med" w Woli, MZOZ Lędziny, Gminny Ośrodek Kultury w Suszcu.
Współpraca z wymienionymi instytucjami i organizacjami polega na wysyłaniu informacji do zamieszczania na stronach internetowych, organizacji przedsięwzięć prozdrowotnych, realizacji akcji nieprogramowych, dystrybucji materiałów edukacyjnych, realizacji i wprowadzaniu programów prozdrowotnych.

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

Pracownicy Sekcji Oświaty Zdrowotnej na bieżąco współpracują z komórkami organizacyjnymi Nadzoru Sanitarnego PSSE w Tychach w związku z realizacją ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami zdrowotnymi używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.
Z Sekcją Higieny Dzieci i Młodzieży współpraca w zakresie „Bezpiecznych Wakacji", „Bezpiecznych Ferii", natomiast z Sekcją Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku w zakresie programów „Klub Zdrowego Przedszkolaka" i „Trzymaj Formę!".
Z Sekcją Epidemiologii współpraca dot. realizacji działań w zakresie szczepień ochronnych, z Sekcją Higieny Pracy w zakresie nowych narkotyków- „dopalaczy".

10. Nadawanie rangi działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia przez PPIS.
PPIS w Tychach obejmuje działania honorowym patronatem, uczestniczy w otwieraniu szkoleń i konferencji.

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

Sprawdzono następujące protokoły z przeprowadzonych wizytacji:
Nr 32/1217/OZ/2014 z dnia 20.06.2014 r.
Nr 8/1217/OZ/2015 z dnia 05.05.2015 r.
Nr 28/1217/OZ/2016 z dnia 09.06.2016 r.
Nr 11/1217/OZ/2017 z dnia 16.05.2017 r.
Nr 21/1217/OZ/2018 z dnia 18.06.2018 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 Tychach:

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 25 października 2013 r. do 12 października 2018 r.

W PSSE w Tychach realizowane są wszystkie zalecane przez Główny Inspektorat Sanitarny ogólnopolskie programy zdrowotne oraz interwencje nieprogramowe oraz wojewódzkie programy edukacyjne i interwencje nieprogramowe zalecane przez Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego.
Zapoznano się z dokumentacją realizowanych programów edukacyjnych „Bieg po zdrowie", Ars czyli jak dbać o miłość", "Trzymaj Formę", „Smak życia-czyli debata o dopalaczach", interwencji „Dopalacze - Wypalacze - Groźne narkotyki" dot. profilaktyki uzależnień i przeciwdziałania rozprzestrzenianiu psychoaktywnych środków zastępczych oraz Kampanii „Zaszczep w sobie chęć szczepienia".

Ocenę realizacji działań i dokumentacji przeprowadzono na podstawie przeglądu i analizy posiadanej dokumentacji w miejscu kontroli, sprawozdań przesyłanych do Oddziału Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej WSSE w Katowicach zgodnie z ustalonymi terminami, przebiegu współpracy oraz kontroli problemowych przeprowadzonych w PSSE

w Tychach: Protokół Nr PZ.1611.3.45.2014 z dn. 31.10.2014 r., Protokół Nr PZ.1611.3.45.2015 z dn. 06.11.2015 r., Protokół Nr PZ.1611.3.19.2016 z dn.17.05.2016 r., Protokół Nr PZ.1611.3.4.2017 z dn.30.03.2017 r.

Podejmowane działania w Sekcji Oświaty Zdrowotnej PSSE w Tychach 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 latach 2013-2018 wszystkie zaplanowane wizytacje zostały wykonane i udokumentowane.
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 nrOK.1611.24.2018*
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 Tychach**
43-100 Tychy, ul. Budowlanych 131

(adres)

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

III. **Data kontroli: 16.10.2018 r.**

IV. **Okres działalności podlegający kontroli: 24.10.2013- 30.09.2018 r.**

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

AL

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*

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

(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*

1. 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 i Sekcji Oświaty Zdrowotnej w PSSE w Tychach pełni [redacted] która jest zatrudniona na stanowisku kierownika Oddziału Nadzoru Sanitarnego (Zakres obowiązków pracownika PSSE Tychy z dnia 25.04.2018 r.).

W obszarze systemu zarządzania zastępuje ją pani Gabriela Niedziela zastępca dyrektora, kierownik Sekcji Higieny Dzieci i Młodzieży. Odpowiednie zapisy o zastępstwie zawarto w zakresie obowiązków [redacted] Księdze Jakości. Zasugerowano potrzebę wprowadzenia takiego zapisu również do zakresu obowiązków pani Gabrieli Niedziela.

Nadzór nad dokumentami

Szóste wydanie Księgi Jakości (KJ) obowiązujące w Oddziale Nadzoru Sanitarnego i Sekcji Oświaty Zdrowotnej (NS i OZ) PSSE w Tychach zostało zatwierdzone przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego (PPIS w Tychach) w dniu 17.04.2015 r.

Na str. 1/4 rozdziału 8 „ Wymagania dotyczące systemu zarządzania" podano informację o tym, iż za system zarządzania w Oddziale NS i OZ odpowiedzialny jest kierownik ds. jakości, podano również nazwisko osoby przejmującej obowiązki w czasie jej nieobecności.

W tym samym rozdziale zapisano zadania kierownika ds. jakości, a na stronie 8/9 rozdziału 5 „Wymagania dotyczące struktury" sprecyzowano zadania kierowników technicznych. Zgodnie z wymaganiami normy PN-EN ISO/IEC 17020:2012 na stronie 7/9 ww. rozdziału podano nazwiska kierowników/ kierowników technicznych i ich zastępców.

Wszystkie zmiany w KJ dokonywane przez zarządzającego – kierownika ds. jakości zapisywane są 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. Sposób postępowania z dokumentami wycofanymi jest prawidłowy np. w egzemplarz nr 1 KJ wyd. 6, rozdział 5, str. 5/9 z napisem „nieaktualne od dnia 06.09.2018" podpisana przez kierownika ds. jakości jest przechowywana pod aktualną stroną.

Wg oświadczenia kierownika ds. jakości pracownicy są informowani o wszystkich zmianach w dokumentacji systemowej na bieżąco elektronicznie i na szkoleniach organizowanych przez kierownika ds. jakości (np. szkolenie nr 7/2018 z 19.09.2018 r.).

Kierownik ds. jakości posiada egzemplarz nr 1 w wersji papierowej, natomiast dostęp do egzemplarza nr 2 w wersji elektronicznej (PDF) ma kierownik ds. jakości i wszyscy pracownicy oddziału (w rozdzielniku wymieniono 8 kierowników oddziału NS i OZ jako przedstawicieli tych komórek).

Kierownik ds. jakości dostosował KJ do wymagań normy PN-EN ISO/IEC 17020:2012 (wniosek SJ/45/2015 z dnia 16.04.2015 o dokonanie zmiany wydania piątego KJ na wydanie szóste).

Potwierdzono aktualność dokumentów systemu zarządzania posiadanych przez kierownika ds. jakości w wersji elektronicznej. Sprawdzono procedury nr:
PO-02 wydanie 8 z 18.05.2017 r., zmiana z 26.01.2018 r. w zał. nr 2
PO-07 wydanie 5z 22.12.2014 r., zmiana z 20.12.2017 r. w zał. nr 2
Rozdzielnik Procedury przeprowadzania urzędowej kontroli żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością PK/BŻ/01 przekazanej zarządzeniem 104/17 GIS z dnia 8.05.2017 r. sporządził kierownik ds. jakości w dniu 10.05.2017 r. W rozdzielniku tym określono, iż dostęp do egz. nr 17 w wersji elektronicznej (PDF) ma: kierownik ds. jakości/ kierownik NS oraz kierownik sekcji NS/HŻŻ. Pracownicy sekcji NS/HŻŻ posiadają dostęp do wersji elektronicznej i papierowej.
Dokumenty systemu zarzadzania opracowane w WSSE w Katowicach rozpowszechniane są elektronicznie np.

- Instrukcja Robocza 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 pracowników sekcji NS/Ep;
- Instrukcja Robocza 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 pracowników sekcji NS/HK, NS/HŻŻ, NS/Ep, NS/HD.

Rejestry dokumentów kierownik ds. jakości prowadzi w wersji papierowej i elektronicznej. Sprawdzono:

- Rejestr dokumentów – Procedury Ogólne Systemu Zarządzania (załącznik nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do 6 wydania Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-01), sporządzony 23.05.2017 r., wpis w poz. 2 dotyczy procedury nr PO-02 Audit wewnętrzny wyd. 8 z dnia 18.05.2017
- Rejestr dokumentów – Instrukcje robocze opracowane w WSSE, poz. 10 IR/NS-EP/02 wydanie 5 z dnia 28.09.2016 r.

Przepisy prawne dostępne są dla pracowników stacji w wersji elektronicznej (strona Rządowego Centrum Legislacji lub kupowany corocznie program Lex), są one zatwierdzane zgodnie z wymogami procedury PO-01.
Poprawność postępowania w tym zakresie sprawdzono na przykładzie:
Obwieszczenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 08 czerwca 2017r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy Kodeks postępowania Cywilnego; Obwieszczenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 8 czerwca w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej; Ustawy z dnia 6 marca 2018 r., Prawo przedsiębiorców wpis w rejestrze dokumentów pochodzących ze źródeł zewnętrznych prowadzonym przez kierownika ds. jakości odpowiednio w poz. 1, 6, 8.
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 03.04.2014 r. i wpisana do rejestru (załącznik nr 1 z dnia 22.12.2014 do wyd. 6 Procedury Ogólnej nr PO-01) w poz. 1.
Natomiast dokument PCA DAK-07 wydanie 8 z 25.04.2016 r. został zatwierdzony przez kierownika ds. jakości 11.05.2016 r. (wpis w Rejestrze dokumentów w poz. 3).

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 Zarzadzania nr PO-01 zapisy dotyczące działań inspekcyjnych muszą zawsze przywoływać właściwe i aktualne przepisy prawne (poprawność postępowania sprawdzono na przykładzie protokołu kontroli sanitarnej nr 247/1217/NS/ZNS/18/205 przeprowadzonej przez [redacted] w dniu 14.08.2018r. w którym zacytowano obowiązujący tekst jednolity ustawy o PIS (Dz.U. 2017, poz.1261 z późniejszymi zmianami), obowiązujący tekst jednolity ustawy Kodeks postępowania

administracyjnego (Dz.U. 2017, poz. 1257 z późniejszymi zmianami). Protokół został zatwierdzony przez zastępcę PPIS Gabrielę Niedziela w dniu 18.08.2018 r.

Prawidłowość sprawowania nadzoru nad zapisami sprawdzono na podstawie:
- listy obecności na szkoleniu nr 3/2016 z dnia 30.05.2016 r. (załącznik nr 5 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04), szkolenie prowadziła [redacted] w liście podpisało się 12 pracowników;
- planu szkoleń zewnętrznych na 2018 r. (załącznik nr 1 z dnia 22.12.2014 do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04); podpis kierownika ds. jakości i PPIS z datą 05.03.2018 r., plan przekazano do wiadomości kierownikom technicznym;
- planu szkoleń wewnętrznych na okres I półrocza 2016 (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04); podpis kierownika ds. jakości z datą 20.01.2016, zaplanowano 2 szkolenia, które zostały zrealizowane;
- wniosku nr SJ/45/2015 z dnia 16.04.2015 o dokonanie zmiany wydania KJ (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 6 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-01),
- Notatki – oceny ze szkolenia zewnętrznego (załącznik nr 3 z dnia 22.12.2014 do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04) sporządzonej przez [redacted] – Konieczny ze szkolenia z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy.

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 poleceniem nr 4 dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Tychach z dnia 28.08.2016 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. [redacted] atrudniona na stanowisku kierownika oddziału NS spełnia ww. wymagania: posiada wykształcenie wyższe drugiego stopnia (mgr inż. inżynierii ochrony środowiska), ukończyła studia podyplomowe z zakresu systemu zarządzania jakością, staż pracy w PIS – 17 lat.
Dla każdego pracownika prowadzone są Rejestry szkoleń zewnętrznych i wewnętrznych, a dla nowo przyjmowanych pracowników Karty szkolenia wstępnego (sprawdzono Kartę szkolenia wstępnego [redacted] która z dniem 12.09.2016 r. została zatrudniona w sekcji NS/HP jako stażysta). Szczegółowy program szkolenia wstępnego obejmujący zakres teoretyczny i praktyczny został opracowany w dniu 12.09.2016 r. przez kierownika sekcji NS/HP. Do czasu zakończenia szkolenia wstępnego [redacted] pracowała pod nadzorem (Karta obowiązków pracownika z 12.09.2016, 13.03.2017). Kierownik sekcji NS/HP sprawdziła biegłość w realizacji zadań merytorycznych, znajomość obowiązującego systemu zarządzania oraz umiejętność dokumentowania zadań i potwierdziła, że pracownik może samodzielnie wykonywać zadania podpisując kartę szkolenia wstępnego w dniu 08.02.2018 r. Na karcie tej widnieje również podpis kierownika ds. jakości z datą 12.02.2018 r.

Zgodnie z zapisami rozdziału 3.3, str. 6/8 procedury nr PO-07 obserwator kontroli pani [redacted] monitorowała kontrolę wykonywaną przez [redacted]
Monitorowanie w obiekcie przeprowadzono w dniu 01.02.2018 r. (zapisy na załącznikach nr 3 i 4 do wydania 4 ww. procedury, pkt. 15, ocena akceptowana). W dniu 08.02.2018 r. kierownik NS/HP opracowała nowy zakres obowiązków pracownika, który został podpisany przez PPIS w Tychach tym samym dniu. Zgodnie z zapisami w nim zawartymi [redacted] może samodzielnie wykonywać obowiązki w nim określone.
Rejestr szkoleń wewnętrznych w sekcji NS/HP [redacted] prowadzony jest elektronicznie, w 2018 r. uczestniczyła ona 6 szkoleniach, w poz. 6 wpisano szkolenie z dnia 21.09.2018 r. „Instrukcja bezpieczeństwa pożarowego dla obiektu PSSE w Tychach".
Sprawdzono również Rejestr szkoleń zewnętrznych [redacted] (załącznik nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04), która w 2018 r. uczestniczyła w sumie w 6 szkoleniach zewnętrznych, między innymi w poz. 5 zapisano szkolenie, które odbyło się 21.06.2018r. w WSSE Katowice „System zarządzania w jednostce inspekcyjnej wg ISO 17020 – szkolenie doskonalące". 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 nr 6/2018, które odbyło się w 28.06.2018 r. na którym nastąpiło przekazanie uzyskanych informacji 15 pracownikom oddziału NS i OZ. Między innymi zapis o szkoleniu znajduje się w Rejestrze szkoleń pani Gabrieli Niedziela w poz. 8.
Kierownik ds. jakości corocznie przeprowadza identyfikację potrzeb szkoleniowych w zakresie szkoleń dotyczących systemu zarządzania jakością i sporządza plany szkoleń.
W 2018 r. Plan szkoleń wewnętrznych na I półrocze sporządzono 17.01.2018 r., a na II półrocze 07.06.2018 r. co jest zgodne z zapisami procedury nr PO-04.
Podczas kontroli sprawdzono dodatkowo realizację planów szkoleń wewnętrznych dotyczących systemu zarządzania za 2016 r. i 2017 r. (2016 i 2017 zrealizowano po 2 zaplanowane szkolenia wewnętrzne w I półroczu, 2 w II półroczu).

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. Protokoły z kontroli przeprowadzanych przez kierowników komórek zatwierdza ich bezpośredni przełożony – kierownik oddziału NS, a w razie jego nieobecności zastępca PPIS.
Np. Protokół z kontroli sanitarnej nr 18/1217/NS/HP/2018 przeprowadzonej przez [redacted] w dniu 01.02.2018 został zatwierdzony przez kierownika sekcji NS/HP w dniu 02.02.2018 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 Tychach w dniu 23.01.2017 r.).
W dniu 31.01.2018 r. kierownika oddziału NS sporządziła Roczny program obserwacji kontroli (załącznik nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 Procedury Ogólnej nr PO-07, wersja strony B, data wersji strony 20.12.2017 r.), który został zatwierdzony przez PPIS w tym samym dniu. Zawiera on nazwiska 11 pracowników NS i OZ wytypowanych do monitorowania w rozbiciu na poszczególne kwartały 2018 roku. Do chwili obecnej monitorowano 10 pracowników.
Przeanalizowano przykładowe Sprawozdanie z obserwacji pracy [redacted] (sporządzone na załączniku nr 3 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-07) i Kartę oceny pracownika przeprowadzającego kontrolę (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-07).

Ww. zapisy prowadzone są w sposób prawidłowy. Praca ww. pracownika oceniona została na 19 punktów z 20 możliwych, wynik oceny: ocena akceptowana dokonana przez obserwatora kontroli- kierownika NS/Ep w dniu 24.04.2018 r.

Audity wewnętrzne

Corocznie Kierownik ds. jakości sporządza Rejestry auditorów wewnętrznych. Rejestr sporządzony w 2018 r. zawiera nazwiska 22 auditorów wewnętrznych.

W dniu18.01.2018 r. PPIS w Tychach 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. Na rok 2017 r. zaplanowano 6 auditów wewnętrznych, wszystkie zrealizowano.

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. Program na rok 2018 sporządzono na załączniku nr 1 do wydania 8 ww. procedury. Auditorzy wewnętrzni powoływani są zwykle na początku danego roku.

Sprawdzono dokument powołania auditora wiodącego [redacted] (załącznik nr 2 z dnia 18.05.2017 do wyd. 8 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-02), który został podpisany przez PPIS w dniu 18.01.2018 r.

Poprawność postępowania auditora przeanalizowano na podstawie Planu auditu wewnętrznego opracowanego przez ww. 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 NK/01/2018 opracowanego na załączniku nr 5 do ww. procedury. Plan auditu wewnętrznego przygotowano w dniu 30.08.2018 r. (został zachowany termin wymaganych 7 dni przed terminem auditu). Audit przeprowadzono w dniach 10-11.09.2018 r.

Raport z auditu opracowano w dniu 27.09.2018 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.

PPIS w Tychach ocenił pracę ww. auditora na Karcie oceny auditora nr 10/2018 (załącznik nr 7 z dnia 18.05.2017 do wyd. 8 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO- 02).

W 2016 roku w wyniku przeprowadzonych auditów auditorzy nie zapisali niezgodności zapisali 2 spostrzeżenia, w roku 2017 wystąpiły 1 niezgodność i 2 spostrzeżenia, natomiast w 2018 r. zapisano 2 spostrzeżenia.

Podczas kontroli zasugerowano potrzebę nieustającego szkolenia auditorów wewnętrznych.

Działania korygujące i zapobiegawcze

W roku 2017 roku podjęto działania korygujące związane z zapisaną podczas auditów wewnętrznych niezgodnością, sposób postępowania prześledzono na przykładzie Karty niezgodności nr 1 do raportu z auditu nr OZ/1/2017.

Zaplanowane działania wykonano, oceny skuteczności dokonał auditor wiodący w dniu 19.06.2017 r. W 2017 r. zapisano również niezgodność nr ONS/1/2017 do dziennika niezgodności (załącznik nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-03, wersja strony B, data wersji strony 01.06.2017). Została ona wpisana w Dzienniku niezgodności (załącznik nr 1 do ww. procedury) w poz. 1.

W odpowiedzi na zapisane spostrzeżenia auditowane komórki dokonują oceny ryzyka powstania niezgodności i w niektórych przypadkach przeprowadzają działania zapobiegawcze co jest zgodne z wymaganiami zawartymi w procedurze PO-08. Również kierownik ds. jakości jakością podejmuje działania zapobiegawcze (odpowiednio w 2016, 2017, 2018 po 3 działania zapobiegawcze) doskonaląc w ten sposób system zarzadzania jakością.

Przegląd zarządzania

Sprawdzono dokumentację dotyczącą przeglądu zarządzania z 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 r. W 2018 r. Przegląd zarządzania został przeprowadzony w dniu 16.03.2018 r. co jest zgodne z pkt. 3.1 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-06 „Przegląd zarządzania", która mówi, że powinien być przeprowadzony 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 i zatwierdzony przez PPIS w Tychach w dniu 12.02.2018 r. W programie ujęto tematy zgodne z wymaganiami procedury nr PO-06:

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

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

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 Tychach uczestniczyli również: kierownik ds. jakości, kierownicy oddziału NS i OZ, Główna Księgowa, kierownik SA, OS, BHP i PS.

Z przeglądu zarządzania kierownik ds. jakości sporządził w dniu 16.03.2018 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 Tychach w tym samym dniu. Podczas przeglądu zapisano 5 ustaleń, które częściowo zostały już wykonane.

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

Doskonalenie systemu zarządzania w Oddziale laboratoryjnym PSSE Tychy

[redacted] która jest zatrudniona na stanowisku kierownika Oddziału Laboratoryjnego pełni funkcję kierownika ds. jakości w Oddziale Laboratoryjnym. [redacted] zastępująca kierownika ds. jakości przekazała informację na temat doskonalenia systemu zarządzania w okresie od października 2013 do 30 września 2018 r.

Ustanowiony w Oddziale Laboratoryjnym PSSE w Tychach system zarządzania zgodny z wymaganiami normy PN-EN ISO IEC 17025 jest utrzymywany i doskonalony. Polityka jakości związana z systemem zarządzania w Dziale Laboratoryjnym jest nadal właściwa i skuteczna.

Potwierdzeniem spełnienia wymagań zawartych w ww. normie jest Certyfikat Akredytacji Laboratorium Badawczego nr AB 500, który Oddział Laboratoryjny uzyskał w 2004 r. W 2016 r. został wznowiony kolejny cykl akredytacji i obecnie posiadany certyfikat ważny jest do 08.07.2020 r.

Obecnie Dział Laboratoryjny posiada w zakresie akredytacji metody badawcze przydatne do oceny zgodności w obszarach regulowanych.
Oddział Laboratoryjny na bieżąco aktualizuje zakres akredytacji szczególnie w obszarach regulowanych prawnie. W związku z tym, wdraża i waliduje nowe metody badań głównie w zakresie oceny jakości zdrowotnej wody, a zakres akredytowanych badań jest systematycznie rozszerzany i uaktualniany.
Cele strategiczne zawarte w Deklaracji Polityki Jakości są realizowane i podlegają przeglądowi podczas corocznych przeglądów zarządzania.
Ustanawiane również na przeglądach zarządzania mierzalne cele operacyjne np. te zawarte w ustaleniach z przeglądu są sukcesywnie realizowane i służą doskonaleniu sytemu zarządzania.
Między innymi:
Metody będące w zakresie akredytacji są zwalidowane/sprawdzone i w miarę potrzeb rewalidowane.
Metody o które rozszerzono lub uaktualniono zakres akredytacji w latach 2014-2018

Wykaz metod, o które rozszerzono lub uaktualniono zakres akredytacji

Lp	Metoda badawcza	Rodzaj oznaczenia	Rok rozszerzenia lub uaktualnienia
1.	PN-EN ISO 7887:2012+Ap1:2015	Barwa A	2016r.
2.	PN-EN ISO 7027-1:2016-09	Mętność A	2017r.
3.	PN-EN ISO 10523:2012	Odczyn A	2014r.
4.	OL/KŚ/PB-03 wyd. 3 z dn. 20.03.2017r.	Potencjał redox A	2017r.
5.	OL/KŚ/PB-06 wyd. 1 z dn. 20.03.2017r.	Chlor wolny A Chlor całkowity A Chlor związany (z obliczeń) A	2017r.
6.	PN-79/C-04566.10	Siarczany A	2016r.
7.	PN-EN-ISO 9308-1:2004+Ap1:2005	Bakterie grupy coli A Escherichia coli A	2014r.
8.	PN-EN ISO 9308-1:2014-12	Bakterie grupy coli A Escherichia coli A	2015r.
9.	PN-EN ISO 9308-1:2014-12/A1:2017-04	Bakterie grupy coli A Escherichia coli A	2018r.
10.	PN-EN ISO 9308-3:2002	Escherichia coli NPL A	2016r.
11.	PN-EN ISO 16266:2009	Pseudomonas aeruginosa A	2016r.

Oddział Laboratoryjny podejmuje działania zapobiegawcze/ doskonalące odpowiednio:
w 2013 r. – 2 działania
w 2014 r. – 8 działań
w 2015 r. – 11 działań
w 2016 r. –13 działań
w 2017 r. – 14 działań
w 2018 r. – 10 działań.

Realizowane są zakupy wyposażenia dla oddziału OL odpowiednio:
w 2013 r.:
- 2 elektroniczne programatory czasowe
- 2 sterylizatory na gorące suche powietrze
- dygestorium do pracowni fiz-chem.
- 4 minutniki elektroniczne
- termohigrometr mikroprocesorowy
- 4 termometry szklane cieczowe
- 2 komputery
- meble laboratoryjne do pokoju przyjęć próbek i zmywalni czystej

w 2014 r.:
- 2 cieplarki laboratoryjne
- mikroskop biologiczny
- łaźnia wodna
- spektrofotometr UV-VIS
- termometr MINI – MAX
- 2 pehametry
- mętnościomierz
- biureta cyfrowa
- pipeta automatyczna
- meble laboratoryjne do laboratorium fizykochemicznych badań wody
- komputerowy rejestrator temperatury
- wytrząsarka laboratoryjna
- trzymiejscowy zestaw filtracyjny

w 2015 r.:
- miernik poziomu dźwięku
- autoklaw
- sterylizator na gorące suche powietrze
- mebla laboratoryjne do zmywalni brudnej i laboratorium mikrobiolog. badań wody
- pipeta automatyczna ośmiokanałowa
- lampa Wooda
- skaner

w 2016 r.:
- termohigrometry (3 szt.)
- densytometr
- cieplarki laboratoryjne (3 szt.)
- miernik do oznaczania chloru
- miernik do oznaczania potencjału redox
- termometr elektroniczny z czujnikiem na kabel
- chłodziarki laboratoryjne (3 szt)
- łaźnie wodne (2szt.)

w 2017r.:
- chłodziarko-zamrażarka laboratoryjna
- łaźnia wodna
- 2 cieplarki laboratoryjne
- miernik do oznaczania potencjału redox
- miernik do oznaczania chloru
- płyta grzewcza kwasoodporna

w 2018 r:
- chłodziarka laboratoryjna (sekcja OL/B)

Pracownicy OL biorą udział w szkoleniach zewnętrznych i wewnętrznych:

Wykaz szkoleń zewnętrznych

Rok	Liczba szkoleń
2013r.	1
2014r.	3
2015r.	5
2016r.	3
2017r.	6
2018r.	3
RAZEM	21

Wykaz szkoleń wewnętrznych

Rok	Liczba szkoleń
2013r.	18
2014r.	64
2015r.	68
2016r.	58
2017r.	59
2018r.	44
RAZEM	311

Dowodem wskazującym na skuteczne doskonalenie systemu zarządzania są m.in.:

- brak negatywnych uwag klientów w informacjach zwrotnych (ankiety),
- dobre wyniki uzyskane w badaniach biegłości i porównaniach międzylaboratoryjnych
- podejmowanie prawidłowych korekcji i działań korygujących w przypadku stwierdzenia niezgodności,
- pozytywna ocena dokonana przez auditorów zewnętrznych PCA,
- podejmowanie skutecznych działań zapobiegawczych i doskonalących,
- dobra komunikacja pomiędzy OL a innymi komórkami organizacyjnymi PSSE oraz wewnątrz Laboratorium,
- zmiany w dokumentacji systemu zarządzania,
- uczestnictwo w szkoleniach zewnętrznych i wewnętrznych zapewniających podnoszenie wiedzy merytorycznej personelu wykonującego badania i personelu nadzorującego.

Dodatkowe informacje

Zalecenie pokontrolne z kontroli przeprowadzonej w dniach 23-24.10.2013 zostało wykonane.

[redacted]łącznika stanowią kserokopie dokumentów: -

[redacted]

Główny Specjalista
do spraw Systemu Jakości
mgr inż. Anna Gwiazdowska

.....
[redacted]ownika p
pieczątki i podpisy pracowników

.....
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 10...

do protokołu nr OK.1611.2.4.2018.....

z kontroli

Ustalenia w zakresie działalności laboratoryjnej:

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Tychach,
ul. Budowlanych 131, 43-100 Tychy

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli:
Sekcja Badań Higieny Komunalnej i Środowiska PSSE w Tychach

III. Data kontroli: 15.10.2018r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli: październik 2013r. ÷ wrzesień 2018r.

VI. Kontrola dokumentów

1. Wykaz kontrolowanych dokumentów

Lp.	Nazwa dokumentu	Uwagi
1.	Wykaz - Przepisy prawne z dn.05.06.2018r.	-
2.	Plan zasadniczych zamierzeń PSSE w Tychach na 2018r	-
3.	Wykaz – Dokumenty związane z działalnością techniczną pochodzące ze źródeł zewnętrznych - Normy i metodyki związane z działalnością techniczną z dn. 26.03.2018r.	-
4.	Wykaz – Dokumenty związane z działalnością techniczną opracowane z działalnością techniczną opracowane w Oddziale Laboratoryjnym – Procedury badawcze z dn. 20.03.2017r.	-
5.	Procedura badawcza OL/KŚ/PB-03: 20.03.2017, wyd. 3 „Oznaczanie potencjału redox w wodzie"	-
6.	Procedura badawcza nr OL/KŚ/PB-05: 31.12.2008, wyd. 1 „Oznaczanie zapachu, smaku i posmaku w wodzie"	-
7.	Przegląd dokumentu – Procedura badawcza „Oznaczanie potencjału redox w wodzie" ostatni zapis z 06.06.2018r.	-
8.	Karta walidacji metody oznaczania potencjału redox w wodzie – metoda potencjometryczna wg OL/KŚ/PB-03, wyd. 3	-
9.	Protokół walidacji metody – oznaczanie zapachu, smaku i posmaku w wodzie wg OL/KŚ/PB-05, wyd. 1	-
10.	Karta sprawdzenia metod mikrobiologicznych – Oznaczanie ilościowe Clostridium perfringens – metoda filtrów membranowych – PN-EN ISO 14189: 2016-10	-
11.	Instrukcja robocza nr IR-02/KJ-17: 04.01.2018, wyd. 7 „Wyznaczanie krzywej wzorcowania i walidacja metod badawczych"	-
12.	Instrukcja robocza nr IR-03/KJ-17: 24.04.2015, wyd. 7 „Walidacja metod mikrobiologicznych"	-
13.	PS-03: 09.03.2012, wyd. 4 „Nadzór nad wyposażeniem"	-
14.	Wykaz wyposażenia pomiarowego - Przyrządy pomiarowe z dn. 19.06.2018	-
15.	Wykaz wyposażenia pomiarowego - Sprzęt pomocniczy z dn. 02.01.2018	-
16.	Wykaz wyposażenia pomiarowego – Wzorce pomiarowe robocze z dn. 09.03.2012	-
17.	Wykaz wyposażenia pomiarowego - Materiały odniesienia z dn. 20.09.2018	-
18.	Wykaz wyposażenia pomiarowego – Sprzęt komputerowy z dn. 05.02.2018	-
19.	Wykaz wyposażenia pomiarowego – Naczynia pomiarowe z dn. 27.12.2013	-
20.	Wykaz wyposażenia pomiarowego – Materiały pomocnicze z dn. 23.02.2018	-
21.	Karta ewidencji wyposażenia pomiarowego – materiały pomocnicze – amonu chlorek	-
22.	Karta ewidencji wyposażenia pomiarowego – materiały odniesienia – bufor pH 4,01	-
23.	Declaration of quality firmy Hamilton dla pH 4,01– nr serii 1770908	-
24.	Certyficate ATCC 12228 – Staphylococcus epidermidis – nr serii 371-174	-
25.	Karta instalacji wyposażenia pomiarowego – Miernik potencjału redox nr PP/W/S/K/70/OL/KŚ	-
26.	Świadectwo wzorcowania nr LW3.4032.521.2017 dla miernika potencjału redox (pehametru) nr PP/W/S/K/70/OL/KŚ	-
27.	Karta instalacji wyposażenia pomiarowego – Cieplarka laboratoryjna SP/S/K/43/Ol/KŚ	-

28.	Harmonogram wzorcowania zewnętrznego wyposażenia pomiarowego z dn. 02.07.2018	-
29.	Harmonogram okresowego wzorcowania/sprawdzania wewnętrznego wyposażenia pomiarowego z dn.12.01.2018	-
30.	Procedura systemu zarządzania nr PS-02: 02.01.2017, wyd. 8 „Obsługa klienta"	-
31.		-
32.	Rejestr zleceń klienta wewnętrznego w Sekcji Badań Higieny Komunalnej i Środowiska – rok 2018	-
33.	Rejestr zleceń klienta zewnętrznego w Sekcji Badań Higieny Komunalnej i Środowiska – rok 2018	-
34.	Rejestr próbek klienta zewnętrznego - rok 2018	-
35.	Rejestr próbek klienta wewnętrznego - rok 2018	-
36.	Zlecenie i przegląd zlecenia nr OL/BW/44/Z z dnia 26.02.2018r.	-
37.	Zlecenie wewnętrzne nr NS/HK.4562-5/1/8 (OL/7042-01/18) z dn. 03.01.2018	-
38.	Protokół uzgadniający do zlecenia rocznego klienta wewnętrznego nr OL/7042-01/18 z dn. 03.01.2018	-
39.	Książka analiz próbek wody dla klienta zewnętrznego – rok 2017, 2018	-
40.	Książka analiz próbek wody dla klienta wewnętrznego – rok 2017, 2018	-
41.	Zeszyt roboczy oznaczeń fizycznych i chemicznych w wodzie – październik 2018	-
42.	Zeszyt roboczy analiz mikrobiologicznych – Oznaczanie bakterii grupy coli i E. coli – rok 2018	-
43.	Sprawozdanie z badań nr OL/KŚ.7040.827/18	-
44.	Rejestr reklamacji od 05.05.2005	-
45.	Opracowanie wyników porównania międzylaboratoryjnego w zakresie badań fizykochemicznych wody – LISTOPAD 2013	-
46.	Opracowanie wyników porównania międzylaboratoryjnego w zakresie badań fizykochemicznych wody – LISTOPAD 2014	-
47.	AQUACHECK Indywidualny raport dla PSSE w Tychach Runda 497	-
48.	Opracowanie wyników porównania międzylaboratoryjnego w zakresie badań fizykochemicznych wody – LISTOPAD 2015	-
49.	AQUACHECK Indywidualny raport dla PSSE w Tychach Runda 505	-
50.	Sprawozdanie z porównań międzylaboratoryjnych Kod porównania: ILC/7/2016	-
51.	AQUACHECK Indywidualny raport dla PSSE w Tychach Runda 514	-
52.	Opracowanie wyników porównania międzylaboratoryjnego w zakresie badań fizykochemicznych wody – LISTOPAD 2016	-
53.	Opracowanie wyników porównania międzylaboratoryjnego w zakresie analizy wód Kraków 2017	-
54.	AQUACHECK Indywidualny raport dla PSSE w Tychach Runda 537	-
55.	Opracowanie wyników porównania międzylaboratoryjnego w zakresie badań fizykochemicznych wody – LISTOPAD 2017	-
56.	ERA A Waters Company raport dla PSSE w Tychach Runda 274	-
57.	QWAS Indywidualny raport dla PSSE w Tychach Runda 210	-
58.	Raport z porównania międzylaboratoryjnego w zakresie badań mikrobiologicznych wody – LISTOPAD 2013	-
59.	Raport z porównania międzylaboratoryjnego w zakresie oznaczania bakterii grupy coli i Escherichia coli	-
60.	QWAS Indywidualny raport dla PSSE w Tychach Runda 214	-
61.	QWAS Indywidualny raport dla PSSE w Tychach Runda 218	-
62.	QWAS Indywidualny raport dla PSSE w Tychach Runda 221	-
63.	Raport z porównania międzylaboratoryjnego w zakresie badań mikrobiologicznych wody – LISTOPAD 2014	-
64.	Raport z porównania międzylaboratoryjnego w zakresie oznaczania Clostridium perfringens łącznie ze sporami w próbkach wody	-
65.	QWAS Indywidualny raport dla PSSE w Tychach Runda 227	-

66.	QWAS Indywidualny raport dla PSSE w Tychach Runda 234	-
67.	Raport z porównania międzylaboratoryjnego w zakresie badań mikrobiologicznych wody – LISTOPAD 2015	-
68.	Sprawozdanie z porównań międzylaboratoryjnych Kod porównania: ILC/7/2016	-
69.	Opracowanie wyników porównania międzylaboratoryjnego w zakresie badań mikrobiologicznych wody – LISTOPAD 2016	-
70.	QWAS Indywidualny raport dla PSSE w Tychach Runda 257	-
71.	QWAS Indywidualny raport dla PSSE w Tychach Runda 258	-
72.	Raport z porównania międzylaboratoryjnego w zakresie badań mikrobiologicznych wody – LISTOPAD 2017	-
73.	QWAS Indywidualny raport dla PSSE w Tychach Runda 260	-
74.	QWAS Indywidualny raport dla PSSE w Tychach Runda 262	-
75.	Karta działań zapobiegawczych/doskonalących nr OL/KŚ-3/2018	-
76.	Karta niezgodności nr OL/KŚ/3/14	-
77.	Rejestr reklamacji od 05.05.2005r.	-
78.	Procedura systemu zarządzania nr PS-16 „Podwykonawstwo badań"	-
79.	Rejestr podwykonawców od 29.10.2003r.	-

2. Aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

Sekcja Badań Higieny Komunalnej i Środowiska posiada aktualnie obowiązujące przepisy prawne. Wykaz posiadanych przepisów prawnych prowadzi i aktualizuje kierownik Oddziału Laboratoryjnego *(ostatnia aktualizacja z dnia 05.06.2018r.)*

VII. Realizacja planów pracy w bieżącym roku

Sekcja Badań Higieny Komunalnej i Środowiska realizuje zadania zgodnie z planem zasadniczych zamierzeń PSSE w Tychach na 2018r.
Powyższe zadania w roku 2018 obejmują:

- sporządzenie planu szkoleń wewnętrznych
- szkolenie pracowników laboratoriów w zakresie systemu zarządzania
- wykonywanie badań fizykochemicznych i mikrobiologicznych jakości wody służącej do zaopatrzenia ludności w wodę do spożycia
- wykonywanie badań jakości ciepłej wody użytkowej pod kątem występowania bakterii z rodzaju Legionella sp. w budynkach zamieszkania zbiorowego i przedsiębiorstwach podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne
- wykonywanie badań fizykochemicznych i mikrobiologicznych wody na pływalniach oraz przed wydaniem zbiorczej oceny rocznej
- wykonywanie badań jakości wody w kąpieliskach i miejscach wykorzystywanych do kąpieli zgodnie z właściwością
- przekazywanie danych do systemu monitoringu jakości wody w kąpieliskach (serwis kąpieliskowy)
- realizowanie zdań wynikających z wejścia w życie nowego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi
- udział w szkoleniach i spotkaniach na temat bezpieczeństwa zdrowotnego wody i prowadzenie szkoleń wewnętrznych pracowników w ww. zakresie
- opracowanie sprawozdania MZ-45 za rok 2017 z działalności laboratoryjnej w zakresie badań wody
- udział w porównaniu międzylaboratoryjnym w zakresie fizykochemii i mikrobiologii wody organizowanym przez Działa Laboratoryjny WSSE w Katowicach,

- przekazywanie danych do systemu monitoringu jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (WODA-EXCEL)

Zaplanowane zadania są realizowane zgodnie z planem.

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

Sekcja Badań Higieny Komunalnej i Środowiska w prowadzonych badaniach wykorzystuje polskie normy, procedury własne i metodyki PZH. Sekcja posiada wykaz posiadanych norm i metodyk związanych z działalnością techniczną. Normy i procedury badawcze są, co najmniej raz w roku przeglądane, pod kątem zgodności z systemem zarządzania, osiągnięciami współczesnej nauki, wytycznymi instytucji zewnętrznych oraz z doświadczeniami własnymi zdobytymi w trakcie ich stosowania. Przeglądy norm i procedur badawczych są odnotowywane w „przegladach dokumentów".

IX. Walidacja metod badawczych i szacowanie niepewności

Fizykochemiczne i mikrobiologiczne metody badawcze są zwalidowane i poprawnie udokumentowane. Wyniki walidacji są zebrane w „kartach sprawdzenia metody", „kartach walidacji metody/pomiaru" i w „kartach sprawdzenia metod mikrobiologicznych".
Od ostatniej kontroli:

- opracowano, zwalidowano, wdrożono do badań oraz akredytowano następujące badania: chloru całkowitego, wolnego i związanego w wodzie, potencjału redox wody,
- zwalidowano i akredytowano badania: siarczanów, barwy wody, Escherichii coli metodą zminiaturyzowaną, bakterii grupy coli i Escherichii coli metodą filtrów membranową oraz Pseudomonas aeruginosa,
- zwalidowano metodę badania Clostridium perfringens łącznie ze sporami w wodzie.

Ponadto wcześniej wdrożone stosowane w badaniach metody były rewalidowane, w miarę potrzeb.
Walidacja i szacowanie niepewności metod badawczych są wykonywane poprawnie, zgodnie z instrukcjami do Księgi Jakości nr IR-02/KJ-17 i IR-03/KJ-17.

X. Nadzór nad wyposażeniem

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

   Nadzór nad wyposażeniem jest zgodny z obowiązującą procedurą nr PS-03 „Nadzór nad wyposażeniem". Sekcja Badań Higieny Komunalnej i Środowiska posiada aktualne wykazy przyrządów pomiarowych, sprzętu pomocniczego, sprzętu komputerowego, materiałów pomocniczych, naczyń pomiarowych, wzorców pomiarowych roboczych i materiałów odniesienia. Wyposażenie o charakterze trwałym posiada jednoznaczne oznakowanie i założone „karty instalacji wyposażenia pomiarowego" oraz „karty napraw/konserwacji/modernizacji wyposażenia pomiarowego".

   Wszystkie stosowane materiały odniesienia posiadają certyfikaty lub świadectwa wzorcowania wystawione przez akredytowane laboratoria wzorcujące. Roztwory sporządzane w Sekcji są właściwie opisane.

   Sekcja Badań Higieny Komunalnej i Środowiska posiada wyposażenie odpowiednie do zakresu prowadzonych badań wody.

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

   Używane do badań przyrządy pomiarowe i wzorce pomiarowe robocze posiadają aktualne świadectwa wzorcowania, a tam gdzie to konieczne świadectwa legalizacji. Wzorcowanie przyrządów pomiarowych i wzorców pomiarowych roboczych wykonywane jest zgodnie

„harmonogramem wzorcowania zewnętrznego wyposażenia pomiarowego" przez akredytowane laboratoria wzorcujące.
Dodatkowo przyrządy pomiarowe podlegają kalibracji i sprawdzeniu wewnętrznemu zgodnie z zapisami w harmonogramie okresowego wzorcowania/ sprawdzania wewnętrznego wyposażenia pomiarowego. Stosowane materiały pomocnicze i materiały odniesienia mają aktualne terminy ważności.
Sekcja Badań Higieny Komunalnej i Środowiska posiada wystarczającą do prowadzonych badań ilość naczyń pomiarowych.

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

Sekcja Badań Higieny Komunalnej i Środowiska realizuje zlecenia dla klientów wewnętrznych, którymi są Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni w Tychach i w Katowicach oraz dla klientów zewnętrznych. Zlecenia dla klienta wewnętrznego dotyczą badań całorocznych oraz jednorazowych. Zakresy badań do wykonania określają zlecenia, przeglądy zleceń lub protokoły uzgadniające do zleceń rocznych klientów wewnętrznych.
Ustalenia dotyczące: metod badawczych, zakresu i terminu badań, wymagań klienta, oceny stanu wyposażenia, sposobu komunikacji z klientem i jego uczestnictwie w badaniach oraz decyzji o przyjęciu lub odrzuceniu zlecenia zawarte są w przeglądach zleceń lub protokołach uzgadniających do zleceń rocznych klientów wewnętrznych.
Przyjęte do badań próbki wody są rejestrowane w oddzielnych dla klienta zewnętrznego i wewnętrznego rejestrach próbek. Zapisy z badań laboratoryjnych prowadzone są w oddzielnych dla badań mikrobiologicznych i fizykochemicznych zeszytach roboczych, książkach analiz próbek wody, w sposób zapewniający odtworzenie przebiegu badania.
Wszystkie badania wykonywane, zarówno dla klientów wewnętrznych, jak i zewnętrznych, są wykonywane z zachowaniem poufności wyników i danych klientów.
Współpraca z klientem w zakresie badania wody jest realizowana zgodnie z założeniami obowiązującego w Sekcji sytemu zarządzania.

XII. Warunki lokalowe i środowiskowe

Pomieszczenia Sekcji Badań Higieny Komunalnej i Środowiska znajdują się na drugim piętrze i obejmują oddzielne pomieszczenia do badań mikrobiologicznych i fizykochemicznych wody).
Warunki lokalowe Sekcji Badań Higieny Komunalnej i Środowiska od ostatniej kontroli nie uległy zmianie.
Od ostatniej kontroli w pomieszczeniach Sekcji wymieniono meble, zamontowano drzwi z zamkami cyfrowymi oraz klimatyzację. Pomieszczenia są urządzone i wyposażone w sprzęt pomiarowo-badawczy, w sposób pozwalający zachować zasady dobrej praktyki laboratoryjnej i zapewniający uzyskiwanie odpowiedniej jakości wyników badań fizykochemicznych i mikrobiologicznych wody

XIII. Skargi w okresie kontrolowanym

1. Rejestr skarg

   Rejestr reklamacji jest wspólny dla całego Oddziału Laboratoryjnego. W kontrolowanym okresie nie zgłoszono reklamacji na działalność Oddziału Laboratoryjnego w zakresie badań wody.

2. Sposób załatwiania skarg (jeśli dotyczy): -

XIV. Udział w badaniach biegłości i uzyskane wyniki

Sekcja Badań Higieny Komunalnej i Środowiska regularnie bierze udział w badaniach biegłości i porównaniach międzylaboratoryjnych w zakresie mikrobiologicznych i fizykochemicznych badań wody zgodnie z zatwierdzonymi planami uczestnictwa w badaniach biegłości. W kontrolowanym okresie Sekcja Badań Higieny Komunalnej i Środowiska brała udział w 12 badaniach biegłości i porównaniach międzylaboratoryjnych w zakresie badań fizykochemicznych wody organizowanych przez:

- LGC Standards (XI 2015, V 2016, X 2016, XI 2017, XII 2017)
- Politechnikę Krakowską (III 2017),
- WSSE w Katowicach (XI 2013, XI 2014, XI 2015, XI 2016, XI 2017)
- OBKiŚ Sp. z o.o. w Katowicach (VIII 2016)
- ERA A Waters Company United States (XII 2017)

oraz

w 18 badaniach biegłości i porównaniach międzylaboratoryjnych w zakresie badań mikrobiologicznych wody organizowanych przez:

- LGC Standards (X 2013, III 2014,VI 2014, IX 2014, III 2015, X 2015, IX 2017,X 2017, XII 2017, II 2018)
- PSSE Tychy (II 2014, III 2015),
- WSSE w Katowicach (XI 2013, XI 2014, XI 2015, XI 2016, XI 2017)
- OBKiŚ Sp. z o.o. w Katowicach (VIII 2016)

Sekcja Badań Higieny Komunalnej i Środowiska, w okresie objętym kontrolą, w zakresie badań fizykochemicznych nie uzyskała żadnego wyniku niezadowalającego uzyskiwała, z wyjątkiem 12 wyników wątpliwych (oznaczanie azotanów, chlorków i żelaza – WSSE K-ce XI 2013, oznaczania manganu – WSSE K-ce XI 2014, oznaczania siarczanów, azotu amonowego, chlorków, glinu i siarczanów – Politechnika Krakowska III 2017, oznaczanie przewodności właściwej – ERA A Waters XII 2018). Dla wyników wątpliwych dokonano analizy przeprowadzonych analiz i tam gdzie to było konieczne podjęto stosowne działania potwierdzone pozytywnymi wynikami uzyskanymi w następnych porównaniach międzylaboratoryjnych. Dla wyniku wątpliwego uzyskanego w badaniu biegłości (ERA A Waters XII 2017), przeprowadzono analizę postępowania analitycznego i wynik pomiaru uznano za zadowalający ponieważ wartość odniesienia mieściła się przedziale niepewności pomiaru wyznaczonego przez Sekcję.
W okresie objętym kontrolą, w zakresie badań mikrobiologicznych Sekcja Badań Higieny Komunalnej i Środowiska uzyskiwała wyniki zadowalające, z wyjątkiem jednego niezadowalającego (oznaczanie *Clostridium perfringens* – WSSE K-ce XI 2014), dla którego podjęto skuteczne działania korygujące, potwierdzone pozytywnymi wynikami w zorganizowanym przez PSSE Tychy w II 2015r. porównaniu międzylaboratoryjnym. Wyniki badań biegłości i porównań międzylaboratoryjnych oraz podejmowane skuteczne działania w przypadku uzyskiwania wyników wątpliwych i niezadowalających, potwierdzają kompetencje techniczne Sekcji Badań Higieny Komunalnej i Środowiska w zakresie prowadzonych badań wody.

XV. Podwykonawstwo

Sekcja Badań Higieny Komunalnej i Środowiska w kontrolowanym okresie korzystała z usług podwykonawców, którymi były akredytowane laboratoria WSSE w Katowicach i Centrum Badań i Dozoru Górnictwa Podziemnego Sp. z o.o. Lędziny. Sekcja korzystała z podwykonawstwa w zakresie badań parametrów chemicznych wody.
Postępowanie Sekcji jest zgodne z procedurą systemu zarządzania nr PS-16 „Podwykonawstwo badań".

Załącznik nr .....

do protokołu nr .....
z kontroli

XVI. Inne zagadnienia

Zalecenia z poprzedniej kontroli z dnia 22.10.2013r. zostały wykonane w całości.

XVII. Wyjaśnienia osób kontrolowanych

-

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów: -

[redacted]

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

Kierownik Pracowni
Badań Fizykochemicznych Wody
mgr Zbigniew Pikul

KIEROWNIK
Pracowni Badań Mikrobiologicznych Wody
mgr Jolanta Zytecka

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

Załącznik nr 11..*
do protokołu nr OK.611.24.2018*
kontroli

Ustalenia w zakresie działalności laboratoryjnej:

I. **Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Tychach**
43-100 Tychy ul. Budowlanych 131
(adres)

Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli
Sekcji Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń (Sekcja OL/B)
(pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym psse)

II. **Data kontroli 15.10.2018 r.**

III. **Okres działalności podlegający kontroli 22.10.2013 r. - 30.09.2018 r.**

IV. **Kontrola dokumentów**

1. Wykaz kontrolowanych dokumentów

Podczas kontroli sprawdzono realizację zalecenia pokontrolnego z dnia 22.10.2013 r. Sekcja Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń opracowała, wdrożyła i stosuje procedurę do badań parazytologicznych. Umożliwiono pracownikom wzięcia udziału w szkoleniach zewnętrznych związanych merytorycznie z zakresem wykonywanych badań. Zakupiono i zainstalowano klimatyzację do pomieszczeń, w których wykonywane są badania.

L.p.	Nazwa dokumentu	Uwagi
1.	Procedura systemu zarządzania PS-02 „Obsługa klienta"	Wydanie 8 z dnia 02.01.17 r.
2.	Instrukcja robocza nr OL/B/IR-04 „Zasady pobierania i transportowania próbek badanych w Sekcji Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń"	Wydanie 4 z dnia 05.02.2015 r.
3.	Procedura Systemu Zarządzania nr OL/B/PS-14 „Postępowanie z próbkami w Sekcji Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń"	Wydanie 10 z dnia 02.01.2017 r.
4.	Procedura Badawcza nr OL/B/PB-01 „Wykrywanie i różnicowanie pałeczek Salmonella i Shigella"	Wydanie 6 z dnia 24.04.2015 r.
5.	Procedura Badawcza nr OL/B/PB-04 Wykrywanie i różnicowanie pałeczek Escherichia coli w wymazie z kału	Wydanie 3 z dnia 01.07.2011 r.
6.	Procedura Badawcza nr OL/B/PB-02 „Badanie skuteczności procesów sterylizacji przy użyciu wskaźników biologicznych"	Wydanie 3 z dnia 10.02.2009 r.
7.	Instrukcja Robocza OL/B /IR-03 „Postępowanie z odpadami w Sekcji Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń"	Wydanie 5 z dnia 12.03.2018 r.
8.	Instrukcja Robocza nr IR-03/KJ-17 „Walidacja metod mikrobiologicznych"	Wydanie 7 z dnia 24.04.2015 r.

9.	Karta walidacji metod mikrobiologicznych Załącznik 1 do Instrukcji nr IR-03/KJ-17	badania Salmonella i Shigella (dokładność metody: czułość, specyficzność metody; precyzja metody w warunkach powtarzalności i odtwarzalności; odporność metody) ocena potwierdzenia metody w warunkach laboratorium podpisana przez kierownika sekcji 18.11.2014 r.
10.	Karta walidacji metod mikrobiologiczych Załącznik 1 do Instrukcji nr IR-03/KJ-17	badania skuteczności procesu sterylizacji przy użyciu wskaźników biologicznych (selektywność i specyficzność, dokładność metody: czułość, specyficzność metody, precyzja, niepewność) ocena potwierdzenia metody w warunkach laboratorium podpisana przez kierownika sekcji 30.05.2011 r.
11.	Karta Instalacji Wyposażenia Pomiarowego Komora Laminarna MSC 12 SP/S/K/45/OL/B Załącznik nr 5 z dnia 12.03.2007 r. do Procedury nr PS-03 wydanie 3	Komora serwisowana 1 w roku data zatwierdzenia 04.07.2007 r. przez kierownika Sekcji
12.	Karta Napraw/ Konserwacji/ Modernizacji Wyposażenia Komora laminarna SP/S/K/45/OL/B Załącznik nr 7 z dnia 21.12.2015 r. do Procedury nr PS-03 wydanie 4	08.12.2017 r. data ostatniego sprawdzenia parametrów komory, wykonana przez serwis Selma Import-Export
13.	Karta sprawdzania temperatury. Chłodziarka SP/S/K/20/OL/B – załącznik nr 2 z dnia 26.04.2010 r. do Instrukcji nr OL/IR-05 wydanie 5	Zapisy dokonywane są raz w ciągu dnia roboczego
14.	Karta sprawdzania temperatury w cieplarce nr SP/S/K/52/OL/B za pomocą rejestratora temperatury PP/W/S/K/56/OL/B	Zapisy dokonywane są dwa razy w ciągu dnia roboczego
15.	"Książka analiz –nosiciele część2 " załącznik 3 do OL/B PS- 14 z dnia 02.01.2017r. wydanie 10	W książce są dokumentowane poszczególne etapy badania i wynik końcowy.
16.	Zlecenie na badanie Sekcja Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń Badanie N00145 nosiciel	Numer zlecenia: 454 klient wewnętrzny, przegląd zlecenia roczny
17.	Sprawozdanie z badań nr sprawozdania OL/B. /7040-587/18	Sporządzone na formularzu sprawozdania z badań w oparciu o opracowany program komputerowy
18.	"Książka analiz – wskaźniki biologiczne cz.2 " załącznik nr 10 OL/B -PSZ- 14 z dnia 28.08.2018 r. wydanie 10	W książce są dokumentowane poszczególne etapy badania i wynik końcowy.
19.	Protokół badania wskaźników biologicznych	Numer zlecenia: OL-B.7043-2327/18
20.	Sprawozdanie z badań skuteczności sterylizacji testami biologicznymi	nr OL-B.7041-272/18 Sporządzone na formularzu sprawozdania z badań w oparciu o opracowany program komputerowy
21.	Wynik ogólnopolskiego sprawdzianu wiarygodności II tura POLMICRO 2015/SSE w zakresie identyfikacji pałeczek jelitowych Salmonella spp. i Shigella spp.	Badanie trwało 22.10 - 27.10.2015 r. 22.10.2015 r. otrzymano próbki Wyniki badania oceniono jako poprawne - 04.01.2016 r. podpisał kierownik Sekcji.
22.	Instrukcją Roboczą nr OL/IR- 15 „Sprawdzanie mikrobiologicznej czystości powietrza i powierzchni”	Wydanie 5 z dnia 02.01.2017 r.

2. Aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych
Przepisy prawne są aktualizowane. Wykaz przepisy prawne stanowi Załącznik 8 do PS – 01 z dnia 03.03.2011 r. do Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania PO-01 „ Nadzór nad dokumentami". Wykaz przepisów prawnych zawiera 30 pozycji, sporządzony dla Oddziału Laboratoryjnego.

V. Realizacja planów pracy w bieżącym roku

Plany pracy realizowane są terminowo.
W 2018 roku plan pracy przewiduje przekazanie danych do arkusza sprawozdań laboratoryjnych w kierunku zakażeń pałeczek *Salmonella, Shigella, Yersinia i Campylobacter* wykonanych w laboratorium Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej. Sprawozdania są wykonywane w formie elektronicznej MS Excel 97 i terminowo przekazywane co kwartał oraz na koniec roku do WSSE w Katowicach.

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

Lp.	Rodzaj materiału	Badany czynnik biologiczny	Nazwa dokumentu	Uwagi
1	wymaz z kału, szczep	pałeczki z rodzaju Salmonella i Shigella	Procedura Badawcza OL/B/PB-01 wyd. 6 z dnia 24.04.2015r,,Wykrywanie i różnicowanie pałeczek Salmonella i Shigella"	badania objęte zakresem akredytacji PCA Nr AB 500 wyd.21 z dn.18 maja 2018r
2	Sporal A Sporal S	Geobacillus stearothermophilus Bacillus subtilis	Procedura Badawcza OL/B/PB-02 wyd.3 z dnia 10.02.2009r,,Badanie skuteczności procesów sterylizacji przy użyciu wskaźników biologicznych"	
	wymaz z kału	E. coli z gr.O25,O26, O44,O55,O86,O111, O114,O119,O124, O125,O126,O127, O128,O142,O157.	Procedura Badawcza OL/B/PB-04 wyd.3 z dnia 01.07.2011r,,Wykrywanie i różnicowanie pałeczek Escherichia coli w wymazie z kału"	
3	wymaz z kału	Pałeczki Yersinia sp.	Procedura Badawcza OL/B/PB-06 wyd.3 z dnia 24.04.2015r „Wykrywanie i różnicowanie pałeczek Yersinia w wymazie z kału"	
4	hodowla szczepu na pożywce nieselektywnej np. agar skos		Procedura Badawcza OL/B/PB-03 wyd.6 z dnia 28.08.2018r,,Zasady oznaczania wrażliwości bakterii na antybiotyki metodą dyfuzyjno-krążkową"	badania objęte systemem zarządzania
5	wymaz z kału	Pałeczki z rodzaju Campylobacter	Procedura Badawcza OL/B/PB-05 wyd.5 z dnia 19.06.2017r,,Wykrywanie i różnicowanie pałeczek Campylobacter w wymazie z kału"	
7	wymaz z kału	Pałeczki z rodziny Enterobacteriaceae	Procedura Badawcza OL/B/PB-07 wyd.3 z dnia 28.08.2018r,, Wykrywanie i różnicowanie pałeczek z rodziny Enterobacteriaceae w wymazie z kału"	
8	kał, wymaz z fałd okołoodbytniczych	Pasożyty przewodu pokarmowego, obecność antygenu Giardia lamblia	Procedura Badawcza OL/B/PB-08 wyd.1 z dnia 02.01.2014r,, Wykrywanie i różnicowanie pasożytów przewodu pokarmowego"	
9	kał	Obecność antygenów Rota i Adenowirusów	Instrukcja producenta testu	

VII. Walidacja metod badawczych i szacowanie niepewności

Walidację i szacowanie niepewności przeprowadzono przy użyciu poniższych procedur:

- Instrukcja robocza NR IR-03/KJ-17 „Walidacja metod Mikrobiologicznych" wydanie 7 z dnia 24.04.2015 r. (selektywność, specyficzność, poprawność, precyzja i niepewność metody oraz dokładność metody, granica wykrywalności i niepewność inokulum, niepewność metody)
- Karta walidacji/sprawdzenia metod mikrobiologicznych - Załącznik 1 do Instrukcji nr IR-03/KJ-17 wydanie 7 z dnia 24.04.2015 r.

VIII. Nadzór nad wyposażeniem

1. Klasyfikacja i oznakowanie (wykazy, karty instalacji, napraw, konserwacji itp.)
   Nadzór nad wyposażeniem opisuje i reguluje Procedura Systemu Zarządzania Nr PS - 03 „Nadzór nad wyposażeniem" wydanie 4 z dnia 09.03.2012 r.
   Przyrządy pomiarowe i istotna dla pomiarów aparatura pomocnicza, posiadają instrukcje dostarczone przez producenta lub instrukcje sporządzone w Oddziale Laboratoryjnym (jeśli to konieczne).
   W czasie kontroli sprawdzono „Wykaz wyposażenia pomiarowego Sprzęt pomocniczy", który został sporządzony na załączniku nr 2 do PS -03 wydanie 4 z dnia 09.03.2012 r. Wykaz stanowi (59 pozycji) podpisany przez kierownika Sekcji z datą 24.05.2018 r.
   „Wykaz wyposażenia pomiarowego Przyrządy pomiarowe", który został sporządzony na załączniku nr 2 do PS - 03 wydanie 4 z dnia 09.03.2012 r. Wykaz stanowi (69 pozycji) podpisany przez kierownika Sekcji z datą 24.05.2018 r.
   Sekcja OL/B posiada wykazy wyposażenia, karty instalacji wyposażenia (załącznik nr 1 do PSZ - 15 z dnia 14.03.2018 r. i karty napraw/konserwacji/modernizacji wyposażenia do każdego urządzenia (załącznik nr 5 do PSZ - 15 z dnia 14.03.2018 r.
2. Wzorcowanie/sprawdzanie (harmonogram, świadectwa wzorcowania, świadectwa legalizacji)
   Nadzór nad przyrządami pomiarowymi i sprzętem pomocniczym sprawuje kierownik Sekcji. Sekcja Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń nadzoruje określone wyposażenie przez wzorcowanie, sprawdzanie zewnętrzne, sprawdzanie wewnętrzne i konserwację.
   W Laboratorium sporządza się harmonogramy wzorcowania wyposażenia pomiarowego - załącznik nr 1 do PS-03 data wydania 09.03.2012 r. jest zatwierdzany przez kierownika Sekcji, data zatwierdzenia 28.05.2018 r.
   Ostatnie wzorcowanie - termometr elektryczny z czujnikiem PP/W/S/K/6/OL/B. Wzorcowanie było wykonane przez akredytowane laboratorium wzorcujące - Meraserw - Janowicz Kościan ul. Szkolna 18 data wydania świadectwa 22.05.2018 r.
   Termometry elektryczne są zainstalowane w lodówkach i cieplarkach. Do cieplarek wykonano rozkłady temperatur (rozkłady są sprawdzane co 2 lata).

IX. Obsługa klienta

(rejestr zleceń, zawierane umowy, przeglądy zleceń, sprawozdania z badań)

Odbywa się zgodnie z Procedurą Systemu Zarządzania PS - 02 „Obsługa klienta" wydanie 8 z dnia 19.06.2017 r. Materiał do badania (kał, wymazy z odbytu, szczepy, wymazy z powierzchni) przyjmowany jest w „Punkcie przyjmowania próbek kału" od poniedziałku do czwartku w godzinach od 8.00 do 10.00. Natomiast wskaźniki biologiczne przyjmowane są w miejscu oznakowanym napisem: „Punkt przyjmowania wskaźników biologicznych" znajdującym się na korytarzu obok pomieszczeń pożywkarni. Wydawanie wyników poniedziałek, środa, piątek w godzinach od 13.00 do 14.00. Klienci otrzymują ustną informację o sposobie poboru i transportu materiału do badań oraz informację pisemną opracowaną na podstawie Instrukcji Roboczej nr OL/B/IR-04 wydanie 4 z dnia 05.02.2015 r.

„Zasady pobierania i transportowania próbek badanych w Sekcji Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń". Również na stronie internetowej PSSE w Tychach są dostępne informacje o poborze i transporcie materiału do badań..
Zlecenia pisemne na badania są przyjmowane od klienta zewnętrznego i wewnętrznego wraz z dostarczonymi próbkami materiału biologicznego. Następnie są rejestrowane w systemie komputerowym. W Sekcji OL/B obowiązują załącznik nr 7 „Rejestr zleceń klienta wewnętrznego w Sekcji Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń" do PS-02 wyd. 8. z dnia 02.01.2017 r. oraz załącznik 8 do PS-02 wyd. 8. z dnia 02.01.2017 r.
Każda próbka przyjęta do badania oraz zlecenia są identyfikowane odpowiednim numerem - paskiem papierowym zawierającym kod próbki. Kod każdej próbki zawiera numer dla każdej grupy badanych osób oddzielnie zgodnie z Procedurą Systemu Zarządzania OL/B/PS-14 „Postępowanie z próbkami w Sekcji Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń" wydanie 10 z dnia 02.01.2017 r. Pracownik rejestrujący próbki nakleja odpowiedni numer na próbkę i na zlecenie. Numer jest na trwałe związany z próbką.
W celu zapewnienia możliwości i środków laboratorium do wykonania badań laboratorium, przeprowadza przegląd zlecenia. Przeglądu zlecenia dla badań branżowców (klient zewnętrzny) i dla badań dla klienta wewnętrznego dokonuje osoba przyjmująca próbki do badań, a potwierdzeniem dokonania przeglądu zlecenia jest podpis osoby dokonującej przeglądu w kartach pracy (załącznik nr 12 i 13 Procedury Systemu Zarządzania OL/B/PS-14 wydanie 10 z dnia 02.01.2017 r.). Przeglądu zlecenia dla pozostałych badań dla klienta zewnętrznego dokonuje kierownik Sekcji lub inny pracownik mający tę czynność wpisaną do zakresu obowiązków wypełniając „Przegląd zlecenia" (załącznik nr 3 do Procedury nr PS-02 „Obsługa klienta").
Opracowywanie wyników badań oraz sporządzanie sprawozdań wykonują pracownicy upoważnieni przez kierownika Sekcji OL/B. Zgodnie z Procedurą systemu zarządzania OL/B/PS-14 „Postępowanie z próbkami w Sekcji Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń" wydanie 10 z dnia 02.01.2017 r. przenoszą dane ze zlecenia na badania i z książek do badań mikrobiologicznych oraz zeszytów roboczych na sprawozdania. Za autoryzację wyników badań odpowiedzialny jest diagnosta laboratoryjny.

X. Warunki lokalowe i środowiskowe

Pomieszczenia Sekcji Chorób Zakaźnych i Zakażeń znajdują się na parterze budynku. Dostęp do laboratorium Sekcji OL/B jest ograniczony, możliwy tylko dla uprawnionego personelu. Drzwi do pomieszczeń Oddziału Laboratoryjnego posiadają zamek mechaniczny i elektroniczny.
Przed drzwiami Sekcji OL/B znajduje się punkt przyjmowania próbek do badań. Pomieszczenie to ma ściśle wyznaczoną część przeznaczoną do przyjmowania próbek i część, w której odbywa się tylko praca dokumentacyjna. Przed wejściem do pomieszczeń laboratoryjnych znajduje się śluza. Na terenie Sekcji OL/B występują następujące pomieszczenia wraz z wydzielonymi obszarami. Pokój nr 11 do wykonywania badań skuteczności procesów sterylizacji oraz oglądania preparatów mikroskopowych z wyznaczonymi obszarami do wykonywania badań skuteczności procesów sterylizacji, oglądania preparatów mikroskopowych, obszarem inkubacji oraz prac biurowych. Pracownia schorzeń jelitowych – pokój nr 12 z wydzielonymi obszarami do odczytów, wykonywania lateksów, badań potwierdzających, przygotowywania preparatów mikroskopowych i przygotowania preparatów do badań parazytologicznych, obszarem przesiewów i posiewów, inkubacji oraz prac biurowych. Na terenie Sekcji OL/B znajduje się również zmywalnia i pożywkarnia.

Czystość w Sekcji Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń jest sprawdzana zgodnie z Instrukcją Roboczą nr OL/IR- 15 „Sprawdzanie mikrobiologicznej czystości powietrza i powierzchni". wydanie 5 z dnia 02.01.2017 r. Zapisy dotyczące czystości powietrza prowadzone są

na załączniku nr 1 - „Karta sprawdzania czystości mikrobiologicznej powietrza metodą sedymentacji" do OL/IR- 15, data wydania 02.01.2017 r. (ostatni zapis 10.10.2018 r.). Natomiast zapisy dotyczące czystości blatów laboratoryjnych są wpisywane do załącznika nr 2 - „Karta sprawdzania czystości mikrobiologicznej powierzchni" do Instrukcji Roboczej OL/IR- 15, data wydania 02.01.2017 r. (ostatni zapis10.10.2018 r.)
Rozmieszczenie pracowni i wykonywanie badań w odpowiednio ustalonej kolejności oraz zapewnienie integralności badań i próbek gwarantuje wyeliminowanie krzyżowego zanieczyszczenia. Pracownie są wyposażone w odpowiedni nowy sprzęt potrzebny do badań (komora laminarna II klasy bezpieczeństwa mikrobiologicznego, cieplarki.) Praca sprzętu, który tego wymaga jest nadzorowana, monitorowana jest w nim temperatura, zapisy tych czynności są dokonywane przez wyznaczonych pracowników. Są prowadzone zapisy temperatury. Temperatura w pracowni jest monitorowana za pomocą termohigrimetru PP/S/K/01/DL/B, ostatni wpis 22,42°C dnia 15.10.2018 r. W pomieszczeniach gdzie są wykonywane badania znajduje się klimatyzacja.
Transport podłoży z Pożywkami do pomieszczeń Sekcji Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń odbywa się w zamkniętym pojemniku. Podłoża przechowywane są w opisanych lodówkach.
Odpady pozostające po badaniach są gromadzone i utylizowane zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 24 października 2017r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi DZ.U.2017 poz. 1975.

XI. Skargi w okresie kontrolowanym

1. Rejestr skarg .....nie dotyczy.....
2. Sposób załatwiania skarg (jeśli dotyczy) .....
   Brak skarg.

XII. Udział w badaniach biegłości i uzyskane wyniki

Lp.	**Data porównania**	**Organizator**	**Wynik**	**Ocena wyniku**
1.	18.11.2014r	Gdańska Fundacja Wody ul. Rycerska 9 80-882 Gdańsk	Sp-A1 brak wzrostu Sp-A2 brak wzrostu	Pozytywny
2.	22.10.2015r	Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej ul. Rydygiera 8 bud.20A 01-793 Warszawa	Próbka-A Salmonella Enteritidis, Salmonella gr. E Salmonella gr. G	Pozytywny
3.	10.10.2017r	Labquality Kumpulanite 15 FIN-00520 Helsinki SOWA- med. ul. Dębinki 7 80-211 Gdańsk	**Próbka 001-** E. coli O25 **Próbka 002-** Aeromonas sp.	Pozytywny
4.	21.11.2017r	PSSE Tychy Sekcja OL/B ul. Budowlanych 131 43-100 Tychy	**Próbka A,B-**wzrost **Próbka C,D-** brak wzrostu	Pozytywny
5.	22.09.2014r-26.09.2014r	Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej ul. Rydygiera 8 bud.20A 01-793 Warszawa	**Szczep-A** **Salmonella gr.C** **Szczep –B** **Salmonella gr.C**	Pozytywny

6.	18.11.2014r- 25.11.2014	Gdańska Fundacja Wody ul. Rycerska 9 80-882 Gdańsk	**Sp-A1** brak wzrostu **Sp-A2** brak wzrostu	Pozytywny
7.	23.03.2015r- 27.03.2015r.	Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej ul. Rydygiera 8 bud.20A 01-793 Warszawa	**Próbka A-** Shigella boydii **Próbka B-** Escherichia coli	Pozytywny
8.	22.10.2015r- 27.10.2015r	Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej ul. Rydygiera 8 bud.20A 01-793 Warszawa	**Próbka-A** Salmonella Enteritidis, Salmonella gr. E Salmonella gr. G	Pozytywny
9.	10.10.2017r- 14.10.2017r.	Labquality Kumpulanite 15 FIN- 00520 Helsinki SOWA- med. ul. Dębinki 7 80-211 Gdańsk	**Próbka 001-** E. coli O25 **Próbka 002-** Aeromonas sp.	Pozytywny
10.	21.11.2017r- 28.11.2017r.	PSSE Tychy Sekcja OL/B ul. Budowlanych 131 43-100 Tychy	**Próbka A,B-**wzrost **Próbka C,D-** brak wzrostu	Pozytywny

XIII. Podwykonawstwo
Brak podwykonawstwa.

XIV. Inne zagadnienia

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

XV. Wyjaśnienia osób kontrolowanych

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

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:

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

[redacted]

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

KIEROWNIK
Oddziału Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń
Kubala
mgr Agnieszka Kubala

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

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

Załącznik nr 12*
do protokołu nr CK.1611.2.4.2018.*
kontroli

Ustalenia w zakresie działalności laboratoryjnej:

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Tychach

43-100 Tychy, ul. Budowlanych 131

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli:

Sekcja Badań Higieny Komunalnej i Środowiska (w zakresie badań na stanowiskach pracy oraz hałasu w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi).

III. Data kontroli: 17.10.2018 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli: październik 2013 r. – październik 2018 r.

VI. Kontrola dokumentów

1. Wykaz kontrolowanych dokumentów

L.p.	Nazwa dokumentu	Uwagi
1.	Procedura Systemu Zarządzania Nr PS-01 „Nadzór nad dokumentami" z dnia 03.03.2011 r., wydanie 5	-
2.	Wykaz przepisów prawnych (Załącznik nr 8 do Procedury nr PS-01 wyd. 5 z dnia 03.03.2011 r.) sporządzony 05.06.2018 r.	-
3.	Sprawozdanie z badań nr OL/KŚ.7040-3P/17	-
4.	Zlecenia roczne nr NS/HK.4562-5/1/8 z dnia 03.01.2018 r.	-
5.	Zlecenie nr ONS-HKiŚ.0911.1.2018 z dnia 15.01.2018 r.	-
6.	Zlecenie nr 17/NS/HK-3/18 z dnia 22.01.2018 r.	-
7.	Sprawozdanie z badań nr OL/KŚ.7040-2P/18 z dnia 14.02.2018 r.	-
8.	Protokół z pomiarów hałasu w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi nr OL/KŚ.7030-2/18	-
9.	Karta pomiarów hałasu w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi nr OL/KŚ.7042-7/18/K-1/2	-
10.	Sprawozdanie z badań nr OL/KŚ.7040-3P/18 z dnia 01.02.2018 r.	-
11.	Karta pomiarów hałasu w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi nr OL/KŚ.7042-7/18/K-2/2	-
12.	Protokół z pomiarów hałasu w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi nr OL/KŚ.7030-1/18	-
13.	Karta pomiarów hałasu w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi nr OL/KŚ.7042-5/18/K-2/5	-
14.	Karta pomiarów hałasu w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi nr OL/KŚ.7042-5/18/K-3/5	-
15.	Karta pomiarów hałasu w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi nr OL/KŚ.7042-5/18/K-4/5	-
16.	Karta pomiarów hałasu w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi nr OL/KŚ.7042-5/18/K-1/5 Karta pomiarów hałasu w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi nr OL/KŚ.7042-5/18/K-5/5	-
17.	Zakres akredytacji laboratorium badawczego nr AB 500 wydany przez Polskie Centrum Akredytacji z dnia 24.07.2013 r., wydanie nr 15	-
18.	Zakres akredytacji laboratorium badawczego nr AB 500 wydany przez Polskie Centrum Akredytacji z dnia 15.07.2014 r., wydanie nr 16	-
19.	Zakres akredytacji laboratorium badawczego nr AB 500 wydany przez Polskie Centrum Akredytacji z dnia 16.06.2015 r., wydanie nr 17	-
20.	Zakres akredytacji laboratorium badawczego nr AB 500 wydany przez Polskie Centrum	-

	Akredytacji z dnia 15.07.2015 r., wydanie nr 18	
21.	Zakres akredytacji laboratorium badawczego nr AB 500 wydany przez Polskie Centrum Akredytacji z dnia 24.06.2016 r., wydanie nr 19	-
22.	Zakres akredytacji laboratorium badawczego nr AB 500 wydany przez Polskie Centrum Akredytacji z dnia 18.05.2018 r., wydanie nr 21	-
23.	Plan zasadniczych zamierzeń PSSE w Tychach na 2018 r.	-
24.	Załącznik nr 1 z dnia 03.03.2011 r. do Procedury nr PS-01 wyd. 5 „Przegląd dokumentu" Nazwa dokumentu: Strona internetowa Polskiego Komitetu Normalizacyjnego	-
25.	Polska Norma PN-EN ISO 9612:2011	-
26.	Polska Norma PN-87/B-02156	-
27.	Instrukcja Robocza nr OL/KŚ/IR-14 z dnia 06.12.2011 r. „Sprawdzanie i konserwacja przyrządów pomiarowych do pomiaru hałasu"	-
28.	Wykaz dokumentów związanych z działalnością techniczną opracowane w Oddziale Laboratoryjnym – Instrukcje Robocze. Załącznik nr 8 z dnia 03.03.2011 r. do Procedury nr PS-01 wyd. 5 – data sporządzenia 02.03.2018 r.	-
29.	Wykaz dokumentów związanych z działalnością techniczną pochodzące ze źródeł zewnętrznych – Normy i metodyki związane z działalnością techniczną. Załącznik nr 8 z dnia 03.03.2011 r. do Procedury nr PS-01 wyd. 5 – data sporządzenia 26.03.2018 r.	-
30.	Wykaz dokumentów związanych z działalnością techniczną pochodzące ze źródeł zewnętrznych – Instrukcje obsługi wyposażenia pomiarowego. Załącznik nr 8 z dnia 03.03.2011 r. do Procedury nr PS-01 wyd. 5 – data sporządzenia 19.06.2018 r.	-
31.	Protokół uzgadniający do zlecenia rocznego klienta wewnętrznego z dnia 03.01.2018 r.	-
32.	Instrukcja do Księgi Jakości nr IR-02/KJ-17 z dnia 04.01.2018 r., wydanie 5	-
33.	Karta sprawdzania miernika poziomu dźwięku – załącznik nr 1 do Instrukcji nr OL/KŚ/IR-14 wyd. 5 z dnia 07.05.2012 r. (nr karty 1/2018)	-
34.	Karta sprawdzania metody nr 1/2015 – hałas w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi	-
35.	Karta sprawdzania metody nr 1/2011 – hałas na stanowiskach pracy.	
36.	Karta sprawdzania metody nr 1/2012 – hałas na stanowiskach pracy.	-
37.	Program sterowania jakością – hałas w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi – 1/2017 (Załącznik nr 1 z dnia 02.01.2013 r. do Procedury nr PS-13 wyd. 8)	-
38.	Program sterowania jakością – pomiary dźwięku w środowisku pracy – 1/2012 (Załącznik nr 1 z dnia 02.01.2012 r. do Procedury nr PS-13 wyd. 7)	-
39.	Procedura Systemu Zarządzania nr PS-03 „Nadzór nad wyposażeniem" z dnia 09.03.2012 r. wydanie 4	-
40.	Wykaz wyposażenia pomiarowego – wzorce pomiarowe robocze – data sporządzenia 09.03.2012 r. (Załącznik nr 2 z dnia 09.03.2012 r. do procedury nr PS-03 wyd. 4)	-
41.	Wykaz wyposażenia pomiarowego – przyrządy pomiarowe – data sporządzenia 19.06.2018 r. (Załącznik nr 2 z dnia 09.03.2012 r. do procedury nr PS-03 wyd. 4)	-
42.	Wykaz wyposażenia pomiarowego – sprzęt komputerowy – data sporządzenia 05.02.2018 r. (Załącznik nr 2 z dnia 09.03.2012 r. do procedury nr PS-03 wyd. 4)	-
43.	Karta instalacji wyposażenia pomiarowego – kalibrator akustyczny nr WO/W/K/5/OL/KŚ (Załącznik nr 5 do Procedury nr PS-03 z dnia 17.10.2008 r., wydanie 3)	-
44.	Karta instalacji wyposażenia pomiarowego – miernik poziomu dźwięku nr PP/W/S/K/37/OL/KŚ (Załącznik nr 5 do Procedury nr PS-03 z dnia 09.03.2012 r., wydanie 4)	-
45.	Karta instalacji wyposażenia pomiarowego – laptop nr SK/S/K/7/OL/KŚ (Załącznik nr 5 do Procedury nr PS-03 z dnia 09.03.2012 r., wydanie 4)	-
46.	Harmonogram wzorcowania zewnętrznego wyposażenia pomiarowego z dnia 02.07.2018 r. (Załącznik nr 1 z dnia 09.03.2012 r. do Procedury nr PS-03, wydanie 4)	-
47.	„Karta napraw/konserwacji/modernizacji wyposażenia pomiarowego" - załącznik nr 7 do Procedury PS-03 z dnia 21.12.2015 r. – dot. Miernika poziomu dźwięku SVAN 971 nr identyfikacyjny PP/W/S?K/37/OL/KŚ	-
48.	Świadectwo wzorcowania miernika poziomu dźwięku nr 756/02/2017 z dnia 24 listopada 2017 r.	-
49.	Harmonogram okresowego wzorcowania/sprawdzania wewnętrznego wyposażenia pomiarowego z dnia 12.01.2018 r. (Załącznik nr 8 do procedury nr PS-3 z dnia 09.03.2012	-

	r., wydanie 4)	
50.	Procedura Systemu Zarządzania nr OL/KŚ/PS-14/02 „Wykonywanie pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku" z dnia 02.01.2017 r., wydanie 6	-
51.	Rejestr reklamacji OL.7045 od dnia 05.05.2005 r.	-
52.	Procedura Systemu Zarządzania nr PS-15 „Postepowanie z reklamacjami" z dnia 12.04.2006 r., wydanie 3	-
53.	Sprawozdanie z udziału w badaniu biegłości z zakresu pomiarów hałasu w środowisku pracy (dot. Raportu z badań nr PMH/1/2015)	-
54.	Sprawozdanie z udziału w badaniu biegłości z zakresu pomiarów hałasu na stanowiskach (dot. Raportu nr OL/KŚ.7040-2P/14)	-
55.	Sprawozdanie nr PMH/1/2015 z badania biegłości poprzez porównanie miedzylaboratoryjne w zakresie pomiarów hałasu w środowisku pracy	-
56.	Sprawozdanie z badań nr OL/KŚ.7040-2P/14 z zakresu pomiarów hałasu na stanowiskach pracy	-
57.	Plan udziału w badaniu biegłości porównaniach miedzylaboratoryjnych, cykl akredytacji IV (Załącznik nr 2 z dnia 19.12.2016 r. do Procedury nr PS-3 wyd. 8)	-
58.	Procedura Systemu Zarządzania Nr PS-02 „Obsługa klienta" z dnia 02.01.2017 r., wyd. 8	-

2. Aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

Sekcja Badań Higieny Komunalnej i Środowiska posługuje się obowiązującymi przepisami prawnymi. Wykaz sporządzany jest przez właściwego kierownika Sekcji. Kierownik ten sporządza kopię wykazu i przekazuje ją kierownikowi Oddziału Laboratoryjnego.
Za rozpowszechnianie dokumentów odpowiedzialni są zarządzający danym dokumentem.
Za aktualizację dokumentów w Oddziale Laboratoryjnym w zakresie przepisów prawnych odpowiedzialny jest kierownik Oddziału Laboratoryjnego. Zatwierdzone wykazy dokumentów dostępne są w Sekcji Badań Higieny Komunalnej i Środowiska. Akty prawne są aktualizowane na bieżąco.

VII. Realizacja planów pracy w bieżącym roku

Do dnia 17.10.2018 r. Sekcja Badań Higieny Komunalnej i Środowiska nie otrzymała żadnego zlecenia od klienta zewnętrznego w zakresie pomiaru hałasu w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi.
Do dnia 17.10.2018 r. Sekcja Badań Higieny Komunalnej i Środowiska otrzymała dwa zlecenia w ramach sprawowanego przez PIS nadzoru dotyczące pomiarów hałasu w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi:

- 22.01.2018 r. – zlecenie na podstawie zlecenia rocznego z dnia 03.01.2018 r. w zakresie pomiarów hałasu w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi w ramach interwencji przy [redacted] - zrealizowane dnia 26/27.01.2018 r. – sporządzono protokół z badań nr OL/KŚ.7030-1/18, kartę pomiarów hałasu w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi nr OL/KŚ.7042-5/18/K-1/5, nr OL/KŚ.7042-5/18/K-2/5, nr OL/KŚ.7042-5/18/K-3/5, nr OL/KŚ.7042-5/18/K-4/5 i nr OL/KŚ.7042-5/18/K-5/5 oraz sprawozdanie z badań nr OL/KŚ.7040-3P/18 z dnia 01.02.2018 r.
- 25.01.2018 r. – zlecenie na podstawie zlecenia rocznego z dnia 03.01.2018 r. w zakresie pomiarów hałasu w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi w ramach interwencji przy [redacted] - zrealizowane dnia 06/07.02.2018 r. – sporządzono protokół z badań nr OL/KŚ.7030-2/18, kartę pomiarów hałasu w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi nr OL/KŚ.7042-7/18/K-1/2 i nr OL/KŚ.7042-7/18/K-2/2 oraz sprawozdanie z badań nr OL/KŚ.7040-2P/18 z dnia 14.02.2018 r.

Sekcja Badań Higieny Komunalnej i Środowiska od 2016 r. nie wykonuje pomiarów hałasu na stanowiskach pracy.

Zasadnicze przedsięwzięcia zaplanowane przez Sekcję Badań Higieny Komunalnej i Środowiska na 2018 r. dotyczą udziału w szkoleniu organizowanym przez WSSE w Katowicach – przedsięwzięcie zostało zrealizowane 25.07.2018 r. – w szkoleniu wzięły udział [redacted]

Zmiany w zakresie akredytacji nr AB 500 od ostatniej kontroli kompleksowej w odniesieniu do badań w środowisku pracy są następujące:

Przedmiot badań/wyrób	**Rodzaj działalności/badane cechy/metoda 2013 r.**	**Rodzaj działalności/badane cechy/metoda 2014 r.**	**Rodzaj działalności/badane cechy/metoda 2015 r.**	**Rodzaj działalności/badane cechy/metoda od 2016 r. do 2018 r.**
hałas – środowisko pracy	- Równoważny poziom dźwięku A - Maksymalny poziom dźwięku A Zakres: (56-118) dB - Szczytowy poziom dźwięku C Zakres: (56-135) dB Metoda pomiarowa bezpośrednia Poziom ekspozycji na hałas odniesiony do: -8 godz. dobowego wymiaru czasu pracy -tygodnia pracy (z obliczeń)	- Równoważny poziom dźwięku A - Maksymalny poziom dźwięku A Zakres: (56-118) dB - Szczytowy poziom dźwięku C Zakres: (56-135) dB Metoda pomiarowa bezpośrednia Poziom ekspozycji na hałas odniesiony do: -8 godz. dobowego wymiaru czasu pracy -tygodnia pracy (z obliczeń)	- Równoważny poziom dźwięku A - Maksymalny poziom dźwięku A Zakres: (56-118) dB - Szczytowy poziom dźwięku C Zakres: (56-135) dB Metoda pomiarowa bezpośrednia Poziom ekspozycji na hałas odniesiony do: -8 godz. dobowego wymiaru czasu pracy -tygodnia pracy (z obliczeń)	brak akredytacji

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

Sekcja Badań Higieny Komunalnej i Środowiska wykonuje badania w oparciu o metody znormalizowane i własne instrukcje robocze obowiązujące w całej Sekcji. Normy są zatwierdzone poprzez parafowanie oraz datowanie na pierwszej stronie. Data zatwierdzenia dokumentu jest jednocześnie datą wprowadzenia do stosowania.
Na stronie tytułowej norm znajdują się: pieczęć Oddziału Laboratoryjnego oraz data i podpis kierownika Oddziału Laboratoryjnego. Aktualizacji polskich norm dokonuje kierownik Oddziału Laboratoryjnego, kierownik sekcji oraz kierownik ds. Systemu Jakości przeglądając trzy razy w miesiącu stronę internetową Polskiego Komitetu Normalizacji. Potwierdzeniem przeglądów jest zapis w Załączniku nr 1 z dnia 03.03.2011 r. do Procedury nr PS-01 wyd. 5 „Przegląd dokumentu". Instrukcje robocze przeglądane są raz w roku przez zarządzającego dokumentem. Potwierdzone jest to wpisem w załączniku nr 1 z dnia 12.04.2006 r. do Procedury nr PS-01 wyd. 4 „Przegląd dokumentu" (sprawdzono na przykładzie Instrukcji Roboczej OL/KŚ-IR-14 z dnia 06.12.2011 r. „Sprawdzanie i konserwacja przyrządów pomiarowych do pomiaru hałasu").

Wykazy związane z działalnością techniczną znajdują się w Sekcji Badań Higieny Komunalnej i Środowiska. Wykaz dokumentów sporządza kierownik Sekcji Badań Higieny Komunalnej i Środowiska. Kopia wykazu przekazana jest kierownikowi Oddziału.

Normy wycofane są oznaczone na pierwszej stronie danej normy następującym opisem: np. PN-87/B-02156 „Akustyka budowlana. Metody pomiaru poziomu dźwięku A w budynkach." została opisana: Norma wycofana bez zastąpienia od 17.12.2012 r.

W przypadku stosowania wycofanych norm do wykonywania badań w zakresie pomiarów hałasu w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi klient zewnętrzny informowany jest o tym fakcie w przeglądzie zlecenia w punkcie „Inne uzgodnienia", natomiast klient wewnętrzny również jest informowany o tym fakcie w protokole uzgadniającym do zlecenia w punkcie „Inne uzgodnienia".
W badaniach dotyczących pomiarów hałasu w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi oraz na stanowiskach pracy stosowany jest właściwy tok badań zgodny z zapisami w zatwierdzonych do stosowania normach i instrukcjach. Zapisy dotyczące przebiegu badania prowadzone są czytelnie i przejrzyście, z możliwością odtworzenia toku badania.

IX. Walidacja metod badawczych i szacowanie niepewności

Metody badawcze stosowane w Sekcji Badań Higieny Komunalnej i Środowiska są walidowane lub sprawdzane w warunkach laboratorium celem potwierdzenia, czy są właściwe do zamierzonego celu zgodnie z Instrukcją do Księgi Jakości nr IR-02/KJ-17 wyd. 7 z dnia 04.01.2018 r.
Zgodnie z pkt. 3.2. Instrukcji nr IR-02/KJ-17 z dnia 04.01.2018 r. Kierownik Sekcji jest odpowiedzialny za walidacje/sprawdzenie danej metody oraz ustala zakres walidacji/sprawdzenia.
Sekcja wykonuje pomiary hałasu w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi metodami nieakredytowanymi.
Dla hałasu w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi zakres walidacji/sprawdzenia obejmuje: granicę wykrywalności metody, zakres roboczy, czułość metody i precyzję metody.

Od 2016 r. Sekcja nie wykonuje pomiarów hałasu na stanowiskach pracy.
Dla hałasu na stanowiskach pracy zakres walidacji/sprawdzania metody obejmował: zakres roboczy, precyzja metody, niepewność metody oraz granicę oznaczalności i czułość metody.

W czasie kontroli sprawdzono programy sterowania jakością i karty sprawdzenia metody dla hałasu na stanowiskach pracy i hałasu w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi.

X. Nadzór nad wyposażeniem

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

Nadzór nad wyposażeniem jest prowadzony zgodnie z obowiązującą Procedurą Systemu Zarządzania PS-03 „Nadzór nad wyposażeniem" z dnia 09.03.2012 r.
Sekcja Badań Higieny Komunalnej i Środowiska posiada aktualne szczegółowe wykazy/rejestry wyposażenia pomiarowego, które są zatwierdzone przez kierownika Sekcji:
- wykaz wyposażenia pomiarowego – wzorce pomiarowe robocze z dnia 09.03.2012 r.;
- wykaz wyposażenia pomiarowego – przyrządy pomiarowe z dnia 19.06.2018 r.;
- wykaz wyposażenia pomiarowego – sprzęt komputerowy z dnia 05.02.2018 r.

Wykazy zawierają następujące informacje: liczbę porządkową, nazwę obiektu wyposażenia, numer identyfikacyjny, producent, typ i numer seryjny/rok produkcji.
Wyposażenie podlegające nadzorowi oznakowane jest w sposób prawidłowy niepowtarzalnym numerem identyfikacyjnym zgodnie z zasadami opisanymi w obowiązującej procedurze.
Dla każdego przyrządu pomiarowego, wzorca pomiarowego roboczego oraz sprzętu komputerowego zakładane są „Karty instalacji wyposażenia pomiarowego" (Załącznik 5 do PS-03). Karty są nadzorowane przez właściwego kierownika sekcji.

Procedurę nadzorowania wyposażenia sprawdzono na przykładzie miernika poziomu dźwięku SVAN 971 o nr fabrycznym 44082 z przedwzmacniaczem typ SV18 nr 47223 z mikrofonem typ 7052E nr 60289. Karta określa częstotliwość wzorcowania (zgodnie z harmonogramem wzorcowania zewnętrznego wyposażenia pomiarowego - co 48 miesięcy), sprawdzania i konserwacji.
Każda konserwacja, naprawa lub modernizacja wyposażenia pomiarowego i badawczego dokumentowana jest przez Kierownika Sekcji Badań Higieny Komunalnej i Środowiska w „Karcie napraw/konserwacji/modernizacji wyposażenia pomiarowego" - załącznik nr 7 do Procedury PS-03 z dnia 21.12.2015 r. i potwierdzana podpisem Kierownika Sekcji.

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

Wzorcowanie przyrządów oraz wzorców pomiarowych wykonywane jest dla każdego urządzenia zgodnie z „Harmonogramem wzorcowania zewnętrznego wyposażenia pomiarowego" – aktualny na 2018 r. (załącznik nr 1 do Procedury Systemu Zarządzania PS-03 z dnia 09.03.2012 r.) opracowywanym przez Kierownika Sekcji, który jest równocześnie odpowiedzialny za nadzór nad jego realizacją. Harmonogram jest dostępny dla całego personelu Sekcji.
Przyrządy pomiarowe oraz wzorce odniesienia posiadają aktualne świadectwa wzorcowania, co sprawdzono na przykładzie świadectwa wzorcowania miernika poziomu dźwięku SVAN 971 o nr fabrycznym 44082 z przedwzmacniaczem typ SV18 nr 47223 z mikrofonem typ 7052E nr 60289 - świadectwo wzorcowania nr 756/02/2017 z 24 listopada 2017 r. wydane przez akredytowane laboratorium wzorcujące SVANTEK. Świadectwo wzorcowania nr 756/02/2017 z 24 listopada 2017 posiada znak ILAC MRA, odniesienie do państwowego wzorca pomiarowego oraz określoną niepewności pomiaru dla poszczególnych punktów wzorcowania.
Przyrządy pomiarowe i wzorce pomiarowe posiadają aktualne świadectwa wzorcowania wydane przez akredytowane laboratoria wzorcujące.
Wewnętrzne sprawdzanie przyrządów pomiarowych odbywa się w sposób podany w instrukcjach dostarczonych przez producenta oraz w procedurze opracowanej w Oddziale Laboratoryjnym i jest wykonywane przez upoważniony personel.
Przyrządy pomiarowe są sprawdzane wewnętrznie zgodnie z zapisami w kartach instalacji wyposażenia pomiarowego i programach sterowania jakością. Zapisy sprawdzania miernika poziomu dźwięku prowadzone są w „Karcie sprawdzania miernika poziomu dźwięku".
Sprzęt komputerowy jest sprawdzany przez informatyka Stacji Powiatowej, który sprawdza integralność i techniczną sprawność sprzętu komputerowego zgodnie z harmonogramem okresowego wzorcowania/sprawdzania wewnętrznego wyposażenia pomiarowego.
Laboratorium odpowiednio nadzoruje i wzorcuje przyrządy pomiarowe zapewniając spójność pomiarową. Sprzęt pomocniczy jest właściwie nadzorowany, sprawdzany, prowadzone są wszystkie niezbędne zapisy.

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

Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska realizuje zlecenia dla klientów wewnętrznych oraz dla klientów zewnętrznych w zakresie pomiarów hałasu w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi.
Współpraca z klientem odbywa się zgodnie z założeniami zawartymi w Procedurze Systemu Zarządzania Nr PS-02 dnia 02.01.2017 r. „Obsługa Klienta " oraz w Procedurze Systemu Zarządzania Nr OL/KŚ/PS-14/02 z dnia 02.01.2017 r. „Wykonywanie pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku".

Klient zewnętrzny zleca wykonanie badań na piśmie w sekcji Badań Higieny Komunalnej i Środowiska. Zlecenie rejestrowane jest w Rejestrze klienta zewnętrznego (Załącznik nr 2 do Procedury Systemu Zarządzania PS-02 „Obsługa Klienta" z dnia 02.01.2017 r., wyd. 8) w sposób określony w Procedurze Systemu Zarządzania Nr PS-02 z dnia 02.01.2017 r.
Zlecenia od klienta wewnętrznego mają charakter zleceń rocznych składanych do kierownika Oddziału Laboratoryjnego oraz załączników do zleceń rocznych przekazywanych bezpośrednio właściwym kierownikom Sekcji w Oddziale Laboratoryjnym.
Przegląd zlecenia rocznego przeprowadzany jest w sposób uproszczony. Wybór metod badawczych, ocena wyposażenia pomiarowego oraz wymagania dotyczące pomiarów określone są w protokole uzgadniającym do rocznego zlecenia, który sporządza kierownik Oddziału Laboratoryjnego.
Do sprawdzenia prawidłowości postępowania wybrano zlecenie w zakresie pomiarów hałasu w pomieszczeniu przeznaczonym na pobyt ludzi w ramach interwencji przy ul. Wieniawskiego30/11 w tychach nr ONS-HKiŚ z dnia 15.01.2018 r., na podstawie zlecenia rocznego nr NS/HK.4562-5/1/18 z dnia 03.01.2018 r. Na podstawie powyższego zlecenia został sporządzony protokół uzgadniający do zlecenia rocznego klienta wewnętrznego. Zlecenie zostało zrealizowane dnia 26/27.01.2018 r. Z przeprowadzonych pomiarów sporządzono protokół z badań nr OL/KŚ.7030-1/18, kartę pomiarów hałasu w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi nr OL/KŚ.7042-5/18/K-1/5, nr OL/KŚ.7042-5/18/K-2/5, nr OL/KŚ.7042-5/18/K-3/5, nr OL/KŚ.7042-5/18/K-4/5 i nr OL/KŚ.7042-5/18/K-5/5 oraz sprawozdanie z badań nr OL/KŚ.7040-3P/18 z dnia 01.02.2018 r. Sprawozdanie z powyższych badań zostało podpisane przez osobę autoryzującą oraz zatwierdzone przez kierownika Oddziału Laboratoryjnego. Do powyższego sprawozdanie nie wnosi się uwag.

XII. Warunki lokalowe i środowiskowe

Sekcja Badań Higieny Komunalnej i Środowiska znajduje się w budynku Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Tychach przy ul. Budowlanych 131. Sekcja zajmuje jeden pokój biurowy, w którym znajduje się dokumentacja Systemu Jakości i dokumentacja techniczna (II piętro, nr 211) oraz pokój przeznaczony do wykonywania pomiarów hałasu w pomieszczeniach na pobyt ludzi (II piętro, nr 210). W pokoju przeznaczonym do oznaczeń fizycznych monitorowana jest temperatura i wilgotność powietrza za pomocą termohigrometru o nr PP/S/K/55/OL/KŚ, a zapisy odnotowane są w „Karta sprawdzania miernika poziomu dźwięku" (Załącznik 1 do Instrukcji nr OL/KŚ/IR-14 z dnia 07.05.2012 r., wydanie 5)
Na podstawie zapisów prowadzonych w „Karcie sprawdzania miernika poziomu dźwięku" potwierdzono, że warunki środowiskowe w pokoju mieszczą się w wyspecyfikowanych wartościach granicznych: temperatura w przedziale od -10 do +50°C oraz wilgotność względna od 30 do 90%.
Laboratorium zapewnia odpowiednie środowisko do wykonywania badań.

XIII. Skargi w okresie kontrolowanym

1. Rejestr skarg znajduje się u Kierownika Oddziału Laboratoryjnego i jest wspólny dla całego Oddziału Laboratoryjnego. W kontrolowanym okresie nie było skarg dotyczących działań Sekcji Badań Higieny Komunalnej i Środowiska.
Rejestr reklamacji znajduje u Kierownika Oddziału Laboratoryjnego i jest wspólny dla całego Oddziału Laboratoryjnego. W kontrolowanym okresie nie było reklamacji dotyczących działań Sekcji Badań Higieny Komunalnej i Środowiska.

2. Sposób załatwiania reklamacji jest zgodny z Procedurą Systemu Zarządzania PS-15 „Postępowanie z reklamacjami" z dnia 12.04.2006 r. r.
Sposób załatwiania skarg jest zgodny z Kodeksem postepowania postępowania administracyjnego .

XIV. Udział w badaniach biegłości i uzyskane wyniki

Wykaz badań biegłości i porównań międzylaboratoryjnych w zakresie badań i pomiarów na stanowiskach pracy

Lp.	Organizator	Data porównania / badania biegłości	Zakres badań	Wynik (z_{score} lub inny)	Ocena wyniku
1.	Naczelna Organizacja Techniczna w Tarnobrzegu we współpracy z WSSE w Rzeszowie – Oddział Laboratoryjny w Tarnobrzegu	01.10.2014 r. – 14.12.2014 r.	XXI Badanie biegłości Program 3/2014 „Pomiary hałasu na stanowisku pracy"	1,15	zadowalająca
2.	WSSE w Katowicach	27.02.2015 r. – 18.06.2015 r.	Badanie biegłości poprzez porównanie międzylaboratoryjne w zakresie pomiarów hałasu w środowisku pracy	0,3	zadawalający

Badania biegłości i porównania międzylaboratoryjne są realizowane zgodnie z Planem uczestnictwa Sekcji Badań Higieny Komunalnej i Środowiska PSSE w Tychach w badaniach biegłości i/lub porównaniach międzylaboratoryjnych w cyklu akredytacyjnym na lata 2016-2020.
Wyniki PT/ILC w zakresie badań i pomiarów na stanowiskach pracy były za każdym razem analizowane po otrzymaniu raportu i oceniane przez kierownika Sekcji.
Sprawdzono na przykładzie następujących raportów:
- sprawozdania nr PMH/1/2015 z badania biegłości poprzez porównanie międzylaboratoryjne w zakresie pomiarów hałasu na stanowiskach pracy;
- sprawozdanie z badań nr OL/KŚ.7040-2P/14 z badania biegłości w zakresie pomiarów na stanowiskach pracy.

Po otrzymaniu raportu z badań biegłości/porównań międzylaboratoryjnych, kierownik Sekcji dokonuje odpowiedniej analizy wyników uczestnictwa (sporządzane jest sprawozdanie z udziału w badaniu biegłości).
Wszystkie wyniki uzyskane w badaniach biegłości i porównaniach międzylaboratoryjnych w zakresie badań i pomiarów na stanowiskach pracy w kontrolowanym okresie były pozytywne (ocena wyniku – zadowalająca).

XV. Podwykonawstwo

Sekcja Badań Higieny Komunalnej i Środowiska nie korzysta z podwykonawstwa w zakresie pomiarów w środowiska pracy i pomiarów hałasu w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi.

XVI. Inne zagadnienia

Sekcja posiada aktualne zakresy obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień dla pracowników. Personel posiada odpowiednie kwalifikacje i kompetencje do powierzonych im zadań.

XVII. Wyjaśnienia osób kontrolowanych

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

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:

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

[redacted]

pieczątki i podpisy pracowników osse uczestniczących w kontroli**

Kierownik Pracowni
Badań i Pomiarów na Stanowiskach Pracy
dr n. o zdr. Anna Kowalska

.....

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

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji