P r o t o k ó ł nr OK.1611.3.2.2022

z k o n t r o l i

przeprowadzonej w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Żywcu kierowanej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego mgr inż. Martę Micor.

Kontrolę przeprowadzili przedstawiciele Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego:

1. Tomasz Bojkowski – kierownik Oddziału Epidemiologii działający na podstawie upoważnienia nr 58, który dokonał wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Żywcu pod nr 12.
2. Józef Lipa – kierownik Oddziału Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku działający na podstawie upoważnienia nr 62, który dokonał wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Żywcu pod nr 9.
3. Anna Tatar – kierownik Oddziału Higieny Komunalnej i Środowiska działająca na podstawie upoważnienia nr 64, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Żywcu pod nr 14.
4. Barbara Patro – starszy asystent Oddziału Bezpieczeństwa Wody działający na podstawie upoważnienia nr 65, który dokonał wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Żywcu pod nr 6.
5. Izabela Piątek – kierownik Oddziału Higieny Pracy i Nadzoru nad Środkami Zastępczymi działająca na podstawie upoważnienia nr 61, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Żywcu pod nr 6.
6. Monika Karczmarek – kierownik Oddziału Higieny Dzieci i Młodzieży działająca na podstawie upoważnienia nr 55, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Żywcu pod nr 13.
7. Anna Gogola – kierownik Oddziału Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego działająca na podstawie upoważnienia nr 63, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Żywcu pod nr 4.
8. Beata Kempa – kierownik Oddziału Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej działająca na podstawie upoważnienia nr 60, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Żywcu pod nr 11.

9. Anna Gwiazdowska – Główny Specjalista do spraw Systemu Jakości działająca na podstawie upoważnienia nr 59, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Żywcu pod nr 8.

10. Iwona Szymala - kierownik Działu Laboratoryjnego działająca na podstawie upoważnienia nr 57, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Żywcu pod nr 7.

Data rozpoczęcia i zakończenia kontroli: 10 – 12.05.2022 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 i Promocji Zdrowia;
2) Główny Specjalista ds. Systemu Jakości.
3) Oddział Laboratoryjny:
   a) Sekcja Badań Żywności i Przedmiotów Użytku,
   b) Sekcja Badań Wody
   c) Sekcja Badań Środowiska Pracy,
   d) Sekcja Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń.

Okres objęty kontrolą: 01.09.2015 r. – 30.04.2022 r.

Przedmiot kontroli:

1) **w zakresie epidemiologii:**
   a) dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych,
   b) realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzania 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 oraz NOP-ów;

2) **w zakresie higieny żywności, żywienia i przedmiotów użytku** – sprawowanie nadzoru bieżącego przez Sekcję Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku;

3) **w zakresie higieny komunalnej:**

a) sposób rozpatrywania skarg, wniosków i interwencji;

4) **w zakresie bezpieczeństwa wody:**

a) prawidłowość prowadzenia nadzoru nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi,

b) prawidłowość prowadzenia nadzoru nad jakością wody w nieckach basenowych,

c) poprawność sporządzania pod względem merytorycznym decyzji, opinii, wydawanych podczas prowadzenia postępowania administracyjnego,

d) poprawność informowania konsumentów o jakości wody (do spożycia, kąpieli),

e) przegląd prowadzonych rejestrów,

f) analiza dokumentacji:

- protokoły pobrania próbek wody,
- oceny jakości wody,
- opinie o materiałach i preparatach kontaktujących się z wodą do spożycia;

5) **w zakresie higieny pracy** – nadzór bieżący nad zakładami pracy, postępowanie w przypadkach chorób zawodowych oraz sprawy dotyczące środków zastępczych;

6) **w zakresie higieny dzieci i młodzieży** – prawidłowość prowadzenia nadzoru nad obiektami (z uwzględnieniem planowania, poprawności i rzetelności prowadzenia dokumentacji pokontrolnej, monitorowania wykonywania zaleceń pokontrolnych) oraz prowadzenie postępowania administracyjnego;

7) **w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego:**

a) analiza dokumentacji dotyczących:

- uzgodnień projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego, studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego,

- uzgodnień na etapie uzyskiwania decyzji o uwarunkowaniach środowiskowych zgody na realizację przedsięwzięcia, uzgodnień dokumentacji projektowych
- uzgodnień dokumentacji projektowych obiektów budowlanych,
- odbiorów i dopuszczenia do użytkowania obiektów budowlanych,

b) ocena wydanych dokumentów pod względem:

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

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

d) przegląd prowadzonych rejestrów;

8) **w zakresie oświaty zdrowotnej:**

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

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

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

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

a) wymagań dotyczących systemu zarządzania:

- nadzoru nad dokumentami i zapisami,
- auditów wewnętrznych,
- odstępstw, działań korygujących i zapobiegawczych,
- przeglądów zarządzania;

b) wymagań dotyczących zasobów (w tym wymagania kompetencyjne, szkolenie, monitorowanie pracy personelu);

c) doskonalenia systemu zarządzania w Oddziale Laboratoryjnym;

10) **w zakresie działu laboratoryjnego**:

a) badań fizykochemicznych, mikrobiologicznych i sensorycznych żywności i wody,

b) badań czynników szkodliwych i uciążliwych dla zdrowia w środowisku pracy oraz w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi,

c) badań chorób zakaźnych i zakażeń.

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

Przed podpisaniem protokołu poinformowano Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Żywcu 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 Żywcu 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 strony oraz 10 załączników.

Żywiec, dnia 02.06.2022 r.

PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
w ŻYWCU
mgr inż. Marta Micor

.....

pieczątka i podpis
Państwowego Powiatowego
Inspektora Sanitarnego w Żywcu

Śląski Państwowy Wojewódzki
Inspektor Sanitarny
lek. med. Grzegorz Hudzik

.....

pieczątka i podpis
Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego
Inspektora Sanitarnego

Protokół otrzymali:

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

Załącznik nr *1
do protokołu nr OK.1611.3.2.2022*
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** Żywcu ul. Krasińskiego 3

II. **Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli:** Sekcja Epidemiologii

III. **Data kontroli** 12.05.2022 r.

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** 18.09.2015 – 11.05.2022 r.

Ostatnia kontrola kompleksowa odbyła się w dniu 17.05.2015 r. Nie wydano zaleceń pokontrolnych
Kontrola problemowa w zakresie higieny lecznictwa w dniu 25.09.2017r.
Kontrola problemowa w zakresie szczepień ochronnych w dniu 16.09.2019r.

Informacje szczegółowe dotyczące nadzorowanego przez PPIS w Żywcu terenu.
PPIS w Żywcu obejmuje swoim nadzorem ludność w liczbie 152,199 tys. w tym dzieci i młodzież objęta PSO - dzieci (8 r. ż)–13,346 , młodzież – 16,880 r. ż.

PPIS w Żywcu sekcja epidemiologii nadzoruje obiekty: szpitali – 2, (w tym 1 jednodniowy), 1 Stacja Dializ, 5 ZOL, przychodnie -73, laboratoria – 2, gabinetów lekarskich -152, praktyk pielęgniarek i położnych – 8, innych praktyk – 24, 44 punkty szczepień.
Zatrudnienie,
W Sekcji Epidemiologii zatrudnione są 4 osoby, stanowiska i wykształcenia zgodnie z załączoną poniżej tabelą:

L.p.	Imię i nazwisko Stanowisko służbowe	Poziom i profil wykształcenia
1.	[redacted] młodszy asystent	Wyższe Licencjat pielęgniarstwa
2.	[redacted] starszy asystent	Wyższe mgr ochrona środowiska, nadzór sanitarno-epidemiologiczny
3.	[redacted] młodszy asystent	Wyższe mgr zdrowie publiczne
4.	[redacted] rejestrator medyczny	Wyższe Licencjat z Administracji zatrudniona na zastępstwo
5.	[redacted] rejestrator medyczny	Rejestrator medyczny (obecnie na urlopie macierzyńskim) (od 2020r.)

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO
[redacted]

V. Kontrola dokumentów

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

W sekcji epidemiologii prowadzone są następujące rejestry:
w formie elektronicznej za pomocą Systemu CRONSOR
- rejestr interwencji
- rejestr mandatów
- rejestr postanowień
- rejestr decyzji płatniczych/ rachunków
- rejestr decyzji administracyjnych
- rejestr protokołów
- rejestr obiektów pod nadzorem

W formie elektronicznej prowadzone są również następujące rejestry:
- Powiatowy Rejestr chorób zakaźnych i zakażeń wszystkie choroby zgodnie ze sprawozdaniem MZ 56;
- rejestr zachorowań na gruźlicę;
- rejestr zakażeń/zachorowań na wzw B, wzw C, wzw A, wzw inne i nieokreślone;
- rejestr ozdrowieńców Salmonella i nosicieli Salmonelli (również w wersji papierowej) ;
- rejestr zgonów z powodu chorób zakaźnych;
- rejestr NOP;
- rejestr uchylających się od szczepień ;
- rejestr punktów szczepień;
- rejestr szkoleń wewnętrznych w formie elektronicznej (na obowiązujących drukach- zgodnie z systemem jakości);
- rejestr szkoleń zewnętrznych w formie elektronicznej (na obowiązujących drukach- zgodnie z systemem jakości);
- System SEPIS
- System Epibaza
- System SRWE

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

1. Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 195 z późn. zm.).
2. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2069 z późn. zm.).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 402).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji (Dz. U. Nr 100, poz. 645).

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO
SEKCJA EPIDEMIO[redacted]

5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych (Dz. U. Nr 100, poz. 646).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania (Dz. U. Nr 254, poz. 1711 z późn. zm.).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 753 z późn. zm.).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2020 r. w sprawie zgłaszania wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych u ludzi (Dz. U. poz. 1118).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2020 r. w sprawie sposobu prowadzenia rejestru chorób zakaźnych oraz okresu przechowywania danych zawartych w tym rejestrze (Dz. U. poz. 1117).
10. Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 735 z późn. zm.).

Rejestr aktów prawnych prowadzony jest w wersji elektronicznej – ostatnia aktualizacja zgodnie Systemem Zarządzania z dnia 26.04.2022r.
Na bieżąco pracownicy mają dostęp do strony internetowej Kancelarii Sejmu, a także do systemu LEX (folder na pulpicie komputera dostępny dla każdego pracownika)

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

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 12.05.2022 r.)

Ilość obiektów w ewidencji		Ilość kontroli		
		planowanych	wykonanych wg planu	ponadpalnowych
2022r.	290	38	3	4
2021r.	291	26	25	10
2020r.	286	87	2	5+*(COVID 19)*
2019r.	288	91	77	19

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO
SEKCJA [redacted] OLOGII

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				
		2019 rok	2020 rok	2021 rok	2022 rok do dnia kontroli	Uwagi:
1	Postanowienia	1	39	39	3	
2	Decyzje	29	8840	47	13	
3	Decyzje - rachunki	4/458,00	35/195,00	1/300,00	1/157,50	
4	Opinie sanitarne/pisma**	0	0	0	0	
5	Kontrole w trakcie realizacji	0	0	0	0	
6	Uczestnictwo w odbiorach	0	0	0	0	
7	Upomnienia					
8	Tytuły wykonawcze	0	0	3	0	
9	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	3	0	
10	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji (również elektronicznie) spraw/obiektów 6/6
   (podać liczbę)
2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/
   2.1 Zgłoszenia SEPIS
   2.2 Plusy SEPIS
   2.3 NOP SEPIS
   2.4 Ogniska SEPIS
   [redacted]
   2.6 [redacted]

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO
[redacted]

3. Ocena wydanych dokumentów

2.1 W oddziale epidemiologii dostęp do systemu ma 5 osób (wszyscy pracownicy).
Ilość załatwionych zgłoszeń – 1626
Ostatnie zgłoszenie 29.04.2022 r. czas realizacji zgłoszenia 2h 12min min.
postępowanie przeprowadzone prawidłowo odpowiedni czas realizacji

2.2
Ilość załatwianych „plusów„ 16994
Ostatnie zgłoszenie wyniku dodatniego wpłynęło 11.05. 2022 r. godz. 16.20
postępowanie przeprowadzone prawidłowo odpowiedni czas realizacji

2.3
Ilość zgłoszonych NOP-ów - 44
Ostatnie zgłoszenie NOP – 19.04.2022 r. godz. 13.42 od wpłynięcia zgłoszenia do podjęcia 29 minut Zgłoszenie NOP poważny – data wpływu 08.04. 2022 r. godz. 14;11 podjęcie 14;52

2.4
Ilość zgłoszonych Ognisk od 01.03.2021r. – 61 ognisk
Ostatnie ognisko - [redacted] rozwojowe, łącznie 3 zakażonych, 38 pod nadzorem, Data utworzenia ogniska 11.05.2022 r.

2.5
[redacted]. Zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli z dnia 16. 06.2022. Protokół kontroli z dnia 15.07.2021 r. Nr 10/1220/NS/EP/2021, podczas kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości. Akta zawierają metrykę sprawy.

2.6
[redacted] Nieprawidłowości sanitarno-techniczne. Zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli z dnia 23.02.2018. Protokół kontroli z dnia 12.04.2018 r. Nr 14/1220/NS/EP/2018. Zawiadomienie o wszczęciu postępowania z dnia 13.04.2018 r. Akta zawierają metrykę sprawy. Decyzja nr 371/18 z dnia 11.05.2018 r. Protokół kontroli z dnia 06.12.2022 r.

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

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

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

a) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli)
2.1 nie dotyczy
2.2 nie dotyczy
2.3 nie dotyczy
2.4 nie dotyczy
2.5 zgodnie
2.6 zgodnie

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

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

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

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

2.6 zgodnie

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

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

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

j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **
2.1 brak
2.2 brak
2.3 brak
2.4 brak
2.5 brak
2.6 brak

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

- Powiatowy Lekarz Weterynarii;
- Urząd Wojewódzki, Starostwo Powiatowe, Urzędy Gmin, Urząd Miasta Żywca;
- Narodowy Instytut Zdrowia Państwowy Zakład Higieny;
- Narodowy Fundusz Zdrowia, Izba Lekarska w Bielsku – Białej;
- Podmioty lecznicze;
- Straż Graniczna;
- Parafie Rzymskokatolickie;

Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE:

- Sekcja Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku - wspólne kontrole w przypadku zgłoszenia ogniska choroby przenoszonej droga pokarmową;

- Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska – powiadomienia o wynikach wody, wspólne kontrole w przypadku zgłoszenia ogniska choroby przenoszonej droga pokarmową;
- Sekcja Higieny Pracy – współpraca w zakresie zgłoszenia zatruć „dopalaczami";
- Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży - wspólne kontrole w przypadku zgłoszenia ogniska choroby przenoszonej droga pokarmową;
- Sekcja Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego- akceptacja projektów opiniowanych dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- Oddział Laboratoryjny PSSE w Żywcu – współpraca w zakresie przekazywania dodatnich wyników badania w kierunku briologicznych czynników chorobotwórczych., zlecanie badań dla ozdrowieńców, nosicieli Salmonelli, Shigelli, zlecanie badan w przypadku zgłoszenia ogniska choroby przenoszonej droga pokarmową.

X. Inne zagadnienia

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

Nie dotyczy

XI. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Zgodnie z zapisami w protokole

XII. Dodatkowe informacje

Sposób i terminowość rozpatrywania interwencji przez Sekcję Epidemiologii

Ilość interwencji w latach 2018-2022

- *Ilość interwencji w roku 2018,* ***4*** *w tym zasadnych –* ***1***
  dot. podejrzenia zakażenia świerzbowcem wśród pacjentów oraz personelu placówki PZOL w Międzybrodziu Bialskim;
- *Ilość interwencji w roku 2019,* ***2*** *w tym zasadnych –* ***1***
- *Ilość interwencji w roku 2020, –* ***0****;*
- *Ilość interwencji w roku 2021 –* ***8,*** *(w tym 6 - dotyczyła przestrzegania reżimu sanitarnego w czasie trwania epidemii SARS-CoV-2), zasadnych –* ***0*** *;*
- *Ilość interwencji w roku 2022 do dnia kontroli –* ***2,*** *zasadnych –* ***0.***

postępowanie w przypadku 2 interwencji:

- *Interwencja zgłoszona drogą elektroniczną w dniu 05.10.2018r.- dotyczyła podejrzenia zakażenia świerzbowcem wśród pacjentów oraz personelu placówki* [redacted] *Interwencję rozpatrywano wspólnie z Sekcją Higieny*

Komunalnej i Środowiska. Kontrolę przeprowadzono w dniach 09.10.2018r.oraz 11.10.2018r. (numery protokołu 261/1220/NS/HK/2018, 66/1220/NS/EP/2018). Odpowiedź stronie przesłano 31.10.2018r. - interwencja zasadna. Postępowanie prawidłowe.

- *Interwencja zgłoszona drogą elektroniczną w dniu 24.08.2021r.- dotyczyła nieprzestrzegania określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii w [redacted] Interwencję rozpatrzono- (pismo do policji w dniu 08.09.2021r., pismo do [redacted] w dniu 13.09.2021r., odpowiedź [redacted] w dniu 20.09.2021r, odpowiedź z Komisariatu Policji [redacted] z dnia 27.09.2021r..) Odpowiedź stronie przesłano w dniu 27.09.2021r.- interwencja bez zasadna. Postępowanie prawidłowe.*

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

<u>3 zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli;</u>

- Obiekt kontrolowany: [redacted] data zawiadomienia – 7.05.2018r. data odebrania – 11.05.2018r. data przeprowadzenia kontroli – 6.06.2018r.;
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej [redacted] data zawiadomienia – 10.02.2020r. data odebrania – 12.02.2020r., data przeprowadzenia kontroli – 27.02.2020r.
- [redacted] data zawiadomienia – 10.02.2020r. data odebrania – 12.02.2020r., data przeprowadzenia kontroli – 27.02.2020r.

Działania podejmowane w związku z nadzorem nad chorobami zakaźnymi: (lata 2018-2022)

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

- sprawozdawczość;

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

Pisma dotyczące zagrożeń epidemicznych w latach 2018 do 2022m.in.

- 4 lipca 2019r. - NS/EP/0615-3-1/2019 dot. realizacji Programu Eradykacji Poliomyelitis na świecie i konieczności wzmożenia nadzoru nad wykrywaniem i zgłaszaniem ostrych porażeń wiotkich u dzieci do 15 roku życia;
- 7,12 października 2021r. do szpitala pismo o konieczności wzmocnienia nadzoru nad ostrymi porażeniami wiotkimi (OPW);
- 16 maja 2018r.-NS/EP/4710-16/2018 pismo nt zagrożeń i sytuacji epidemiologicznej zachorowań na odrę; 19.12.2018 – NS/EP/4710-16.3/2018 – dotyczyło zachorowań na odrę, różyczkę;
- 29 sierpnia 2019r.- NS/EP/0615-05/2019 - postępowanie, w przypadku wykrycia/podejrzenia przypadków identyfikacji szczepów *Enterobacteriaceae* produkujących karbapenemazy;
- 24.08.2021 - NS/EP/4710—11/2021 zapobieganie i kontrola rozprzestrzeniania się bakterii opornych na karbapenemy, przekazanie podręcznika;
- 21 sierpnia 2019r. - NS/EP/4710-14/2019 dotyczące niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej zachorowań wywołanych przez bakterię *Clostridium difficile;*
- Zagrożenia w związku z napływem na teren Rzeczypospolitej Polskiej uchodźców z Ukrainy, pisma z dnia 28.03.2022r. nr NS-EP.9011.2.28.2022 - do szpitala, NS-EP.9011.2.29.2022 - do laboratorium, NS-EP.9011.2.32.2022 –podmioty wykonujące ambulatoryjną działalność leczniczą;
- NS/EP/4710-01/2020 - 2.01.2020 - nowe rozporządzenie w sprawie zgłaszanie dodatnich wyników badań
- 22 kwietnia 2022r. - NS-EP.9011.2.35.2022 [redacted] podmioty wykonujące ambulatoryjną działalność leczniczą, laboratoria diagnostyczne dotyczy międzynarodowego ogniska Salmonella Typhimurium , zgłaszania tych zakażeń/zachorowań oraz zakażeń/zachorowań wywołanych przez cz..ch. Adenowirus;
- *NS-EP.9011.2.33.2022 z dnia 7.04.2022r. do ośrodków dla uchodźców wojennych z Ukrainy pismo o zagrożeniach epidemicznych wraz z ulotkami.*
- NS/EP/4739-01/2018 z dnia 14.08.2018r., NS/EP/4739-01-1/2018 z dnia 27.12.2018r., NS/EP/0615-11/2019, NS/0615-36/2021 dotyczy zagrożeń związanych z zatruciami środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi;
- NS/EP/4741-01/2018 -7.08.2018 w sprawie kontroli procesów dekontaminacji, w tym procesu sterylizacji;
- NS/EP/0615-4/2019 - 3.06.2019 do gabinetów stomatologicznych w sprawie amalgamatu stomatologicznego;
- Pisma dotyczące poprawy zgłaszalności zakażeń/chorób zakaźnych min:
- NS/EP/4710-5/2019, 29.01.2019r, 12.02.2019, 19.02.2020, 8.02.2021 - zgłaszalność, w tym grypa , komunikaty, ulotki, plakaty, 7.10.2021- w sprawie szczepień na grypę,
- NS/EP/4710-06/2021 – 15.06.2021, 1.09.2021 –3.11.2021 przypominające,
- NS/EP/ 4710-11/2021 zgłaszanie zachorowań na gruźlicę;

- Na bieżąco do wszystkich podmiotów leczniczych, jak również do innych instytucji i zakładów pracy przesyłane były pocztą elektroniczną pisma, informacje, komunikaty, Wytyczne MZ,GIS o zagrożeniach i postępowaniu w związku z wystąpieniem epidemii SARS CoV2.

Przedstawiono rejestr chorób zakaźnych w wersji elektronicznej:
Liczba zachorowań :
2019r. - 2057 w tym hospitalizacji 604
2020 r. - 6347 w tym hospitalizacji 662
2021r. - 11131 w tym hospitalizacji 986
2022r. – do dnia kontroli - 7833 w tym hospitalizacji 409

Nosicielstwo (badania kontrolne):
2019 r. – 17
2020 r. – 4

Grypa
2019 listopad -2686
2020 listopad - 3805

Działania związane z nadzorem nad szczepieniami i szczepionkami 2021 r.
Liczba punktów szczepień - 44
Liczba osób uchylających się od szczepień

2019 – 409
2020 - 496
2021 - 618

Przedstawiono rejestr zapotrzebowania na szczepionki
Zweryfikowany rozchód
Przedstawiono rejestr zamówienia na szczepionki

.

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO
[redacted]

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

Dział Nadzoru Sanitarnego
Kierownik Oddziału Epidemiologii
mgr Tomasz Bojkowski

.....
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.1611.3.2.2022*
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** Żywcu
ul. Krasińskiego 3, 34-300 Żywiec
(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** 11.05.2022r.

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** 2019r. – 2022r. (do dnia 30.04. 2022r.)

Kontrola dokumentów

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

L.p.	Rodzaj rejestrów/ewidencji/wykazu/ bazy danych **	+jest, - nie ma	Nieprawidłowości / uwagi
1.	Rejestr obiektów nadzorowanych	+	
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych	+	*
3.	Zapisy ze szkoleń wewnętrznych	+	
4.	Rejestry szkoleń pracowników (indywidualne)	+	
5.	Rejestry wydanych decyzji (nakazowych terminowych)	+	
6.	Rejestry postanowień	+	
7.	Rejestry: interwencji/ skarg, wniosków**	+	
8.	Rejestr nałożonych mandatów	+	
9.	Rejestr protokołów kontroli	+	
10.	Rejestr dotyczący importu. Rejestr zgłoszeń i świadectw jakości zdrowotnej środka spożywczego/składnika żywności/substancji pomagającej w przetwarzaniu/materiału i wyrobu przeznaczonego do kontaktu z żywnością przekraczającego granicę.	+	
11.	Rejestr dotyczący exportu. Rejestr zgłoszeń i świadectw jakości zdrowotnej środka spożywczego/składnika żywności/substancji pomagającej w przetwarzaniu/materiału i wyrobu przeznaczonego do kontaktu z żywnością przekraczającego granicę.	+	
12.	Rejestr upomnień	+	
13.	Rejestr tytułów wykonawczych	+	

14.	Rejestr decyzji płatniczych	+	
15.	Rejestr protokołów poboru próbek	+	
16.	Rejestr pobranych próbek żywności, substancji pomagających w przetwarzaniu, dozwolonych substancji dodatkowych, innych składników żywności, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, próbek sanitarnych oraz kosmetyków	+	
17	Rejestr zaświadczeń o dokonanie wpisu do rejestru zakładów podlegających urzędowej kontroli PIS	+	
18	Rejestr decyzji innych (zatwierdzających i wykreślających obiekty, umarzających, zmieniających decyzje zatwierdzające	+	
19	Rejestr wysłanych wniosków o nałożenie kary pieniężnej do WSSE	+	
20	Rejestr aktów prawnych	+	

(*) Rejestry prowadzone dla całej stacji wymienione w punkcie 1.5, 1.6, 1.7, 1.14 i 1.18 (za wyj. 1.7 elektronicznie w programie CRONSOR), pozostałe rejestry prowadzone są elektronicznie w sekcji, w tym 1.9 w programie CRONSOR z wyjątkiem pkt. 1.2 i 1.3 prowadzonych w formie papierowej.

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

Pracownicy korzystają z przepisów prawnych z licencjonowanego programu „Lex". Spisy aktów prawnych dostępne są na każdym komputerze w sekcji. W spisie wprowadzone jest przekierowanie do aktu prawnego w licencjonowanym programie. Przepisy aktualizowane są na bieżąco przez wyznaczoną osobę – młodszy asystent [redacted]
Informacje dotyczące wytycznych jednostek nadrzędnych przekazywane są pracownikom podczas szkoleń wewnętrznych oraz narad, co jest potwierdzane w formie podpisów pracowników.

V. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach

w 2019 roku:

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
1685	661	578	438

w 2020 roku:

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
1689	569	128	236

w 2021 roku :

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
1723	408	317	247

w 2022 roku do 30.04.2022r.

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
1650	250	174	98

Zatrudnienie w sekcji NS-HŻŻ od 2019r. zmieniało się:

- w 2019r. roku zatrudnionych było 9 osób (kierownik sekcji, 2 starszych asystentów, 1 asystent, 2 młodszych asystentów, 2 starszych instruktorów oraz 1 starszy rejestrator medyczny);
- w 2020r. zatrudnionych było 8 osób (kierownik sekcji, 3 starszych asystentów, 2 młodszych asystentów, 1 starszy instruktor higieny oraz 1 starszy rejestrator medyczny);
- w 2021r. roku zatrudnionych było 10 osób (kierownik sekcji, 2 starszych asystentów, 5 młodszych asystentów, 1 starszy instruktor higieny oraz 1 starszy rejestrator medyczny). Jeden pracownik od 06.07.2021r. przebywał na L4, z dniem 15 września 2021r. wygasła umowa o pracę w związku z jego zgonem, drugi przebywał na L4 od 11.02.2021r., potem na urlopie macierzyńskim. W 2021 roku zostało zatrudnionych trzech nowych pracowników, którzy w początkowym okresie zatrudnienia pracowali pod nadzorem. Dwóch po przeprowadzonej obserwacji w terenie w miesiącu listopadzie zostało dopuszczonych do samodzielnego wykonywania zadań jakie otrzymali w zakresie obowiązków, trzeci do chwili obecnej pracuje pod nadzorem.
- W 2022r. zatrudniony został dodatkowy pracownik stażysta, natomiast na emeryturę odszedł starszy rejestrator medyczny. W obecnej chwili zatrudnionych w sekcji jest 9 osób, w tym 1 osoba w dalszym ciągu przebywa na urlopie rodzicielskim.

Zwrócono uwagę kierownikowi sekcji, iż zbieg stosunkowo niskiej liczby zaplanowanej do kontroli liczby zakładów (należy przeanalizować poprawność oceny ryzyka) oraz niskiego wykonania planu (należy zapewnić udokumentowanie odstępstw, ustalić priorytety), (co według otrzymanych informacji było spowodowane przeniesieniem wszystkich możliwych środków na walkę z COVID-19) - może w przyszłości wywołać efekt „nieskuteczności" nadzoru wraz ze wszystkimi następstwami (wzrost liczby interwencji, zatrucia , RASFF itp.)

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

		2019 rok	2020 rok	2021 rok	2022 rok do dnia 30.04	
1.	Postanowienia	8	15	3	4	
2.	Decyzje	206	135	191*	72	*W tym 1 dot. nałożenia kary pieniężnej w 2021
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	-	-	-	-	
4.	Decyzje – rachunki	107/ 11.263 zł	46/ 5.470 zł	96/ 10.869, 50 zł	38/ 3.285 zł	

5.	Opinie sanitarne/pisma**	-	-	-	-	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	-	-	-	-	
7.	Mandaty	37/ 9.700 zł	17/ 4.100 zł	47/ 10.800 zł	24/ 6.000 zł	
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	-	-	-	-	
9.	Uczestnictwo w odbiorach	-	-	-	-	
10.	Upomnienia	4	1	1	-	
11.	Tytuły wykonawcze	-	-	-	-	
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	-	-	-	-	
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	-	-	-	-	

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

VII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów – dokonano analizy poniższych, wybranych teczek /spraw/obiektów - 2
2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/

Sklep [redacted]

Sklep [redacted]

Ocena wydanych dokumentów:

a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem:
nie stwierdzono nieprawidłowości;

b) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa:
nie stwierdzono nieprawidłowości;

c) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach:
nie stwierdzono nieprawidłowości;

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

e) kontrola doręczeń
nie stwierdzono nieprawidłowości; zasygnalizowano kierownikowi sekcji potrzebę rozważenia wprowadzenia do stosowania tzw. „białych potwierdzeń doręczenia";

f) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)
nie stwierdzono nieprawidłowości;

Zwrócono uwagę kierownikowi sekcji aby w sytuacjach na to pozwalających dokonywać sprawdzenia wykonania zaleceń za pomocą innych dostępnych środków – nie tylko kontroli na miejscu

g) poprawność rozpatrywanych odwołań / zażaleń

W 2021r. 1 odwołanie – poza zakresem merytorycznym komórki.
Strona odwołała się od decyzji wymierzającej karę pieniężną w wysokości 20000,- zł. za niezastosowanie się do obowiązku czasowego ograniczenia prowadzenia działalności polegającej na przygotowywaniu i podawaniu posiłków i napojów gościom siedzącym przy stołach lub gościom dokonującym własnego wyboru potraw z wystawionego menu, spożywanych na miejscu. Ograniczenie wynikało z § 10 ust. 9 rozporządzenia Rady Ministrów z 21 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. 2020 r., poz. 2316 ze zm.). Odwołanie zostało wniesione w terminie, korespondencję otrzymano w dniu 26.02.2022, a w dniu 05.03.2021r. przesłane do ŚPWIS. Decyzja została uchylona przez ŚPWIS w części dotyczącej wysokości kary.

h) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **
patrz pkt XIII

IX Współpraca z innymi organami/jednostkami (podmioty zewnętrzne)

Wg. oświadczenia kierownika sekcji współpraca z Inspekcją Weterynaryjną jest stała i wynika z podpisanego Porozumienia ramowego. Polega na przekazywaniu informacji dotyczących powiadomień w systemie RASFF, a także kwestionowanych wyników badań laboratoryjnych artykułów spożywczych pochodzenia zwierzęcego. Od 2019r. brak obiektów pod wspólnym nadzorem (w dniu 07.06.2019r. została przesłana lista zakładów objętych wspólnym nadzorem obu Inspekcji - uzgodniona przez WLW oraz ŚPWIS). Przeprowadzane były wspólne kontrole w zw. z ASF w obiektach nadzorowanych przez inspekcję sanitarna (2019r) oraz w związku z epidemią Covid-19 w obiekcie nadzorowanym przez inspekcję weterynaryjną (2021r.)
Współpraca z PIORiN oraz IOŚ jest realizowana na podstawie Porozumienia z dnia 22.12.2020r. w sprawie współdziałania organów PIS, PIORiN oraz IOŚ w zakresie bezpieczeństwa produkcji pierwotnej żywności pochodzenia roślinnego. W ramach realizacji rocznych planów działań przeprowadzane są wspólne kontrole u producentów rolnych, o wynikach których przesyłane są informacje do właściwych jednostek. W ramach współpracy z Inspekcją Farmaceutyczną przekazywane są informacje w związku z zawartym porozumieniem ramowym dot. wyników badań próbek pobranych w Aptekach.
Współpraca doraźna:
- z Państwową Inspekcją Pracy dotyczyła wymiany informacji, stwierdzanych nieprawidłowości w obiektach pod nadzorem PIS,
- z Policją polegała na przeprowadzaniu wspólnych akcji kontrolnych w związku z pandemią,
- z innymi Organami (Starostwo Powiatowe) dotyczyła wymiany informacji, przekazywania corocznej informacji dot. oceny sanitarnej powiatu, przygotowaniu obiektów do sezonu letniego, informacji epidemiologicznej.

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

X Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

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

Współpraca z Higieną Dzieci i Młodzieży prowadzona jest w zakresie nadzoru w placówkach wypoczynku zimowego i letniego dzieci i młodzieży oraz nadzoru nad obiektami żywienia zbiorowego w placówkach oświatowo-wychowawczych.
Z Higieną Komunalną i Epidemiologią polega na kontrolowaniu „wspólnych" obiektów, działaniach związanych z podejrzeniem wystąpienia zatrucia. Z Oświatą Zdrowotną w ramach programu ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu i przestrzegania zakazu palenia – sprawozdania miesięczne o ilości kontroli w tym zakresie (współpraca ciągła); Z Higieną Pracy – w zakresie wymiany informacji (współpraca doraźna).

XI Inne zagadnienia

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

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

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XII Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Nie kontrolowano

XIII Dodatkowe informacje

1. Skargi/ wnioski/interwencje

Tryb postępowanie ze skargami określa „Regulamin postępowania ze skargami i wnioskami" wprowadzony Zarządzeniem nr 2/2015 Dyrektora PSSE w Żywcu z dnia 1 lutego 2015r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu postępowania ze skargami (z późniejszymi zmianami).
Regulamin ten został opracowany na podstawie art. 221 – 259 Ustawy z dnia 14 czerwca 1966r. Kodeks Postępowania Administracyjnego oraz Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków (Dz. U. z 2002r. Nr 5, poz. 46). Centralny Rejestr Skarg Wniosków oraz rejestr Interwencji prowadzony jest przez pracownika Sekretariatu. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Żywcu (dalej PPIS) przyjmuje Strony w sprawie skarg i wniosków we wtorki i w czwartki w godz. 10.00 - 12.00. Petenci mają możliwość składania skarg, wniosków, interwencji petycji w godzinach pracy Stacji: osobiście, w formie pisemnej, telefonicznie, oraz całodobowo za pośrednictwem platformy ePUAP. Do załatwiania interwencji przekazanych przez PPIS do sekcji NS-HŻŻ został upoważniony kierownik sekcji oraz pracownicy sekcji. W komórce prowadzony jest (w formie elektronicznej) Rejestr interwencji do rozpatrzenia - w tym anonimowych. W przypadku braku danych koniecznych do przeprowadzenia kontroli wzywa się Stronę do ich uzupełnienia. W okresie sprawozdawczym do PPIS w Żywcu nie wpłynęła żadna skarga na pracowników sekcji NS-HŻŻ.

Zestawienie ilości załatwianych wniosków i interwencji w kontrolowanym okresie:

Rok	2019	2020	2021	2022 do 30.04.
Ogółem:	36	32	32	12
Uznane za zasadne (w tym):	18	11	11	5
na jakość środka spożywczego	10	1	4	2
Na zły stan sanitarny	5	7	5	3

Inne uchybienia	3	3	2	0
Pobrane próbki/ kwest.	16/2	8/0	8/0	5/0
Mandaty liczba/kwota/zł	10/2850	7/1800	11/2850	9/2500
Decyzje administracyjne	0	0	2	3
Wnioski o ukaranie			2	

Wszystkie sprawy były załatwione przez wskazanych pracowników w ustawowym terminie i bez zbędnej zwłoki. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości podjęto przewidziane prawem działania administracyjne. W uzasadnionych przypadkach pobrano próbki do badań laboratoryjnych fizykochemicznych i mikrobiologicznych. W odpowiedziach kierowanych do Stron ustosunkowano się do zarzutów podniesionych w interwencjach i informowano o podjętych działaniach. W przypadku załatwiania spraw przekazywanych przez WSSE udzielano odpowiedzi o sposobie załatwienia sprawy. W uzasadnionych przypadkach podejmowano współpracę z innymi komórkami np. NS-HK, NS-HD oraz przekazywano informacje do właściwych PSSE i innych Organów : PIP, KPP,WIIH.

Informacje w zakresie pkt.XIII.1 – wg. oświadczenia i informacji przedłożonych przez kierownika Sekcji.

2. Szkolenia i podnoszenie kwalifikacji

Personel Sekcji :

Stanowisko	Ilość pracowników	Wykształcenie (kierunek)	Studia podyplomowe	Inicjały pracownika
Kierownik	1	mgr inż. technologii żywności i żywienia człowieka studia	„Zarządzanie jakością w przemyśle spożywczym" AR w Krakowie	EB
Starszy asystent	2	mgr inż. technik komputerowych w gospodarce żywnościowej	„Gospodarka żywnościowa Polski i UE" AR w Krakowie	CP
		mgr inż. technologii żywności i żywienia człowieka	„Jakość żywności i systemy jej gwarantowania" AR w Krakowie	MK
Młodszy asystent	4	mgr biologii	„Higiena i epidemiologia w profilaktyce i promocji zdrowia" Wyższa Szkoła Nauk	SG

			Pedagogicznych w Warszawie	
		mgr dietetyk	-	MJ
		inż. technologii żywności i żywienia człowieka, mgr zarządzania jakością i analizy żywności	-	KL
		mgr zootechnik	-	CK
Stażysta	1	mgr inż. technologii żywności i żywienia człowieka	-	KM
Starszy instruktor higieny	1	Średnie zawodowe - dietetyk	-	UB

Zestawienie tematów szkoleń za lata 2020-2022 przedstawiono w poniższej tabeli:

Rok 2020	
TEMAT SZKOLENIA	ILOŚĆ OSÓB PRZESZKOLONYCH
1. Wybrane obowiązki wynikające z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/625 z dnia 15 marca 2017r. w sprawie kontroli urzędowych i innych czynności urzędowych (…)	W - 7
2. Szkolenie iRASFF	W - 6
3. Pobieranie próbek z obszarów produkcji żywności i obrotu żywnością (aspekty teoretyczno-praktyczne). Elementy walidacji, sterowania jakością i szacowania niepewności procesu pobierania próbek	W - 7
4. Narada dotycząca bezpieczeństwa żywności w kontekście Covid-19 *(kontrole zdalne, pobieranie próbek)*	Z - 1
5. Aktualne informacje dot. bezpieczeństwa żywności w kontekście pandemii	W - 7
6. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad produkcją pierwotną żywności pochodzenia roślinnego	Z - 1
7. Współpraca w zakresie wspólnych kontroli w zakładach produkujących żywność pochodzenia zwierzęcego w zakresie procedur Covid *(wyznaczenie osoby do kontroli w zakładach podlegających kontroli IW)*	Z - 1
8. Nadzór nad producentami żywności gotowej do spożycia (RTE)	Z - 2

ROK 2021	
TEMAT SZKOLENIA	ILOŚĆ OSÓB PRZESZKOLONYCH
1. RASFF – najistotniejsze informacje, omówienie spraw problemowych	Z - 1/W - 8

2. Przypomnienie instrukcji IR/NS/02, IK/PK/BŻ/02/01 oraz podanie wytycznych GIS do planowania na 2021r. oraz zamierzeń na 2021r	W - 6
3. Rozporządzenie z dn. 06.05.2021r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U z 2021r., poz. 861). Procedura postępowania w sytuacjach Korupcjogennych PSSE w Żywcu	W - 7
4. Nadzór nad procedurami żywności gotowej do spożycia (RTE) *(przekazanie ze szkolenia zewnętrznego z 2020r.)*	W - 7
5. Omówienie aktualnych zagadnień związanych z nadzorem nad bezpieczeństwem żywności *(pobieranie próbek, suplementy diety)*	Z - 8
6. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad produkcją pierwotną żywności pochodzenia roślinnego *(przekazanie ze szkolenia zewnętrznego z 2020r.)*	W - 6
7. Zanieczyszczenie żywności tlenkiem etylenu (ETO) i związane z tym ryzyko dla zdrowia konsumentów	Z - 1/W - 6
8. Dochodzenie epidemiologiczne w ognisku – bezpieczeństwo żywności w kontekście działań przeciwepidemicznych	Z – 1/W-7
9. Zanieczyszczenia żywności, w tym zanieczyszczenia mikrobiologiczne	W - 8
10. Produkcja pierwotna, RHD, kuchnie domowe - przepisy prawne, wytyczne	W - 8

ROK 2022 do 30.04.2022r.	
TEMAT SZKOLENIA	ILOŚĆ OSÓB PRZESZKOLONYCH
1. Wprowadzenie stopnia alarmowego CRP	W - 7
2. Materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością	W - 6
3. System RASFF	W - 7
4. Przypomnienie instrukcji I/PT/NB/01 Postępowanie w ognisku choroby przenoszonej drogą pokarmową; Zapoznanie z procedurą EWRS	W - 7

Dokonano oceny dokumentacji sporządzonej dla pracownika p. [redacted] (zatrudniona 2021) Pracownik został przeszkolony wstępnie. Przedstawiono kartę szkolenia wstępnego z okresu 20.04-9.11.2021 r. W okresie szkolenia wstępnego pracownik posiadał zakres obowiązków dostosowany do wykonywanych zadań – pod nadzorem. Zgodnie z procedurą pracownik podlegał monitorowaniu kontroli 19.10.2021. prot. Nr 407/1220/NS/HŻŻ/2021 - ocena akceptowana.
Zwrócono uwagę kierownikowi sekcji na konieczność dostosowania zapisów w protokole z kontroli obserwowanej w zakresie charakteru osoby obserwującej oraz uregulowanie kwestii uczestnictwa szkolących się pracowników w kontrolach sanitarnych w charakterze obserwatorów.
Analiza przygotowania zawodowego personelu i powyższych tabel (ilość i zakres tematyczny) wskazuje na bardzo wąski zakres tematyczny szkoleń i małą liczbę szkoleń zewnętrznych (część tematów trudno uznać za szkolenia o których mowa w przepisach prawa żywnościowego). Zasygnalizowano kierownikowi sekcji potrzebę rozważenia innych form szkolenia np. samokształcenia.
Należy odnotować fakt podnoszenia kwalifikacji pracowników w drodze studiów podyplomowych i innych kursów (np. klasyfikatora grzybów).

Zwrócono uwagę na konieczność przeprowadzenia (i odpowiedniego udokumentowania) analizy potrzeb szkoleniowych dla każdego z podległych pracowników (uwzględniając posiadane wykształcenie, kwalifikacje i doświadczenie oraz w szczególności zakres powierzonych zadań) – której wyniki powinny zostać uwzględnione przy sporządzaniu planów szkoleń zew. i wew.
Tematyka szkoleń powinna uwzględniać przede wszystkim tak określone potrzeby, jednakże bezwzględnie należy dążyć do realizacji obowiązku określonego w art. 5.1.e) oraz art. 5.4 Rozporządzenia (UE) 2017/625 z dnia 15 marca 2017 r., starając się zapewnić możliwości udziału pracowników w szkoleniach z obszarów tematycznych określonych w rozdz. I i II zał. II w/w rozporządzenia.

KIEROWNIK

.....

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. Piotr Lipa

.....

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

Załącznik nr ..3.....*
do protokołu nr.OK.1611.3.2.2022*
kontroli .....

Ustalenia w zakresie higieny komunalnej.

I. **Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Żywcu,** zlokalizowana jest w Żywcu przy ul. Krasińskiego 3.

(adres)

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

III. **Data kontroli: 12.05.2022r.**

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** 15.09.2015 r. - 12.05.2022 r.

V. **Kontrola dokumentów**

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

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

Ww rejestry prowadzone są w wersji elektronicznej.

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych.
W sekcji prowadzony jest rejestr przepisów prawnych zgodnie z Procedurą Ogólną Systemu Zarzadzania PO-01. Ponadto pracownicy mają dostęp do licencjonowanego programu aktów prawnych LEX który jest zainstalowany na każdym komputerze w Sekcji. W Sekcji jest 5 komputerów. Przepisy sprawdzane są na bieżąco. W PSSE dwa razy w tygodniu dostępny jest Radca Prawny.

VI. **Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 12.05.2022r.).**

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
720	95	66	19

Jezyk

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 2019	Rok 2020	Rok 2021	rok do dnia kontroli 2022	
1.	Postanowienia	37	20	32	12	
2.	Decyzje	75	32	62	31	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	-	-	-	-	
4.	Decyzje - rachunki	46/6225,33	18/3820,39	43/9233,06	11/1721,78	
5.	Opinie sanitarne/pisma**	15	32	25	3	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	-	-	-	-	
7.	Mandaty	7/1100,00	7/2200,00	7/1550,00	0	
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	-	-	-	-	
9.	Uczestnictwo w odbiorach	12	3	10	1	
10.	Upomnienia	5	2	2	0	
11.	Tytuły wykonawcze	0	0	1	0	
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	1/1000,00	0	
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	
14.	Ilość wpływających interwencji:	11	30	33	2	
15.	-rozpatrzonych przez PPIS	9	19	25	2	
16.	-przekazanych do rozpatrzenia	2	10	7	0	

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

VII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów: 7
2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/

- Interwencja mailowa z dnia 28.06.2019 dotycząca nieprawidłowej gospodarki odpadami medycznymi w placówce ochrony zdrowia w [redacted]
- Interwencja mailowa [redacted] z dnia 18.11.2020 dotycząca działania [redacted]
- Interwencja mailowa z dnia 15.11.2021 [redacted] dotycząca występowania insektów w obiekcie „[redacted] zlokalizowanym w [redacted]
- Interwencja zgłoszona telefonicznie, odnotowana na druku interwencji, w dniu 16.08.2019 [redacted] dotycząca złych warunków sanitarnych w [redacted]
- Interwencja anonimowa z dnia 09.08.2019 dotycząca złych warunków sanitarnych na polu namiotowym w [redacted]
- Interwencja mailowa z dnia 24.08.2021 [redacted] dotycząca fatalnych warunków sanitarnych w [redacted] W przedmiotowej sprawie wydane zostały dwie decyzje: rachunkowa i merytoryczna . Decyzje te zostały wydane i przesłane stronie tego samego dnia. Wg informacji kierownika Sekcji taki system występuje również w innych komórkach, ze względów ekonomicznych, należałoby poddać pod rozwagę słuszność takiego postępowania,
- Interwencja mailowa, anonimowa z dnia 22.05.2020 dotycząca nieprzestrzegania obostrzeń covidowych w [redacted]

Dokumenty z lat poprzednich tj. 2015 - 2019 przekazano już do archiwizacji. Uzyskano informację, iż w latach 2015 - 2022 nie wpłynęły do sekcji HK zarówno: skargi w zakresie nadzoru bieżącego HK jak też i wnioski.

3. Ocena wydanych dokumentów.

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

Wydawane dokumenty są czytelne i kompletne jak również poprawne pod względem stosowanego w nich nazewnictwa,

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

Stosowane w Sekcji protokoły kontroli sanitarnej są zgodne z Systemem Jakości obowiązującym w Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Po każdej kontroli protokół jest zatwierdzany przez kierownika technicznego w komórce.

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa.

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

d) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach.
Uzasadnienia wydawanych decyzji i postanowień są sporządzane poprawnie.

e) stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie.
Wydawane decyzje i postanowienia zawierały poprawne klauzule dot. możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie. Decyzje i postanowienia w miarę możliwości są akceptowane przez Radcę Prawnego.

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

g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli).

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

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

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

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

Współpraca z:

- Policją oraz Służbami Ochrony Kolei – kontrole, wizje lokalne związane z COVID-19,
- Policją – udział w kontrolach oraz udostępnianie dokumentacji związanych z rozpatrywanymi interwencjami,
- Prokuratura Rejonowa w Żywcu – udział w przeprowadzanych ekshumacjach,
- Urzędy Gmin – udział w kontrolach interwencyjnych, wydawanie opinii do przedkładanych Regulaminów utrzymania czystości i porządku na terenach Gmin,
- Urzędem Marszałkowskim – kontrole związane z wydaniem opinii dla obiektów wczasowych na turnusy rehabilitacyjne,
- Urząd Wojewódzki – kontrole związane z wydaniem opinii dot. kategoryzacji obiektów hotelarskich,

XI. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi psse

Sekcje: NS-HP - wspólne kontrole (pralnie, zakłady pogrzebowe)
NS-NZ - współudział w odbiorach nowopowstałych obiektów, wydawanie wstępnych opinii do dokumentacji projektowej
NS-HD - wspólne kontrole obiektów wypoczynkowych
NS-HŻŻ - opinie pomocnicze niezbędne do wydawanych opinii o warunkach sanitarno-higienicznych

Sekcja NS-HK z w/w Sekcjami współpracuje doraźnie (w miarę potrzeby).

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

XII. Inne zagadnienia

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

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XIII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

W Sekcji HKiŚ kierownikiem technicznym jest [redacted] System Jakości poddany został kontroli przez Głównego Specjalistę ds. Systemu Jakości w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej.

XIV. Dodatkowe informacje

Nie wniesiono

KIEROWNIK SEKCJI
[redacted]

.....

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

Kierownik Oddziału Higieny Komunalnej i Środowiska
mgr inż. Anna Tatar

.....

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

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Załącznik nr 4..*
do protokołu nr OK.1611.3.2.2022*
kontroli .....

Ustalenia w zakresie bezpieczeństwa wody:

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Żywcu , ul. Krasińskiego 3; 34-300 Żywiec

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

III. Data kontroli 10.05.2022 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli 18.09.2015 r. -30.04.2022 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

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

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

L.p.	Stanowisko służbowe	Poziom i profil wykształcenia	Szkolenie /narada (ilość)				
			Wewnętrzne	Zewnętrzne			
				WSSE	GIS	inne	
						Organizator	przedmiot
1	Kierownik Sekcji NS-HK [redacted]	Wyższe – technologia żywności i żywienie człowieka	44	10	2	2 (WHO, PZH)	0

2	Asystent [redacted]	Wyższe – ochrona środowiska	52	6	2	1 (WHO)	0
3	Asystent [redacted]	Wyższe – ochrona środowiska	16	2	2	1 (Centrum Szkolenia Gdańska Fundacja Wody)	0
4	Młodszy asystent [redacted]	Wyższe – ochrona środowiska	8	1	2	1 (Centrum Naukowo-Techniczne A2KCeNT s.c.)	0
5	Młodszy asystent [redacted]	Wyższe – biologia eksperymentalna i środowisko	10	1	3	2 (WHO, PZH)	0
6	Młodszy asystent [redacted]	Wyższe – ochrona środowiska	11	1	2	1 (WHO)	0

VII. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 30.04.2022 r.)

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
227	2	2	9 + 2 interwencje (studnie przydomowe)

VIII. 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 1.10. 2015	rok 2016	rok 2017	rok 2018	rok 2019	rok 2020	rok 2021	do dnia 30.04. 2022	
1.	Postanowienia	0	0	0	0	0	0	0	0	-
2.	Decyzje	20	34	23	100	106	92	93	84	
3.	~~Decyzje dot. chorób zawodowych~~ [3]	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4.	Decyzje - rachunki	13/1420, 42	31/3635, 55	33/275 1,67	13/1552, 23	13/205 7,29	10/128 1,82	46/910 5,51	6/103 4,63	-
5.	Opinie sanitarne/pisma	0	0	0	0	0	0	0	0	-

6.	~~Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2~~	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7.	Mandaty	0	0	0	2/800	0	0	0	4/750	-
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	0	0	0	0	0	0	0	0	-
~~9.~~	~~Uczestnictwo w odbiorach~~	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10	Upomnienia	0	0	0	0	0	0	0	0	-
11	Tytuły wykonawcze	0	0	0	0	0	0	0	0	-
12	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	0	0	0	0	0	0	-
13	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	0	0	0	0	-

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

IX. Kontrola dokumentacji

Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów 14

1. Identyfikacja sprawy

1.1. Protokół pobrania próbki wody z pływalni [redacted] nr NS/HK/211/2021 z dnia 22.06.2021 r.

1.2. Protokół pobrania próbki wody z pływalni [redacted] nr NS/HK/212/2021 z dnia 22.06.2021 r.

1.3. Protokół pobrania próbki wody powierzchniowej ujmowanej do celów wodociągowych [redacted] nr NS/HK/104/2021 z dnia 12.05.2021 r.

1.4. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzory sanitarnego z [redacted], nr NS-HK-26/22 z dnia 23.03.2022 r.

1.5. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego w [redacted] nr NS/HK/35/2021 z dnia 16.03.2021 r.

1.6. Protokół pobrania próbki wody ciepłej z [redacted] nr NS/HK/27/2018 z dnia 16.03.2018 r.

1.7. Protokół pobrania próbki wody ciepłej ze [redacted] nr NS/HK/405/2021 z dnia 8.10.2021 r.

1.8. Protokół pobrania próbki wody z pływalni [redacted] nr NS/HK/214/2020 z dnia 18.08.2020 r.

1.9. Obszarowa ocena o jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi dla [redacted] za rok 2021 nr sprawy NS-HK.9022.1.96.2022 z dnia 17.03.2022 r.

1.10. Obszarowa ocena o jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi dla [redacted] za rok 2019 nr sprawy NS/HK/4562-81/2020 z dnia 11.03.2020 r.

1.11. Decyzja o weryfikacji na materiały i wyroby stosowane do dystrybucji wody w sieci wodociągowej [redacted] nr sprawy NS/HK/4569-2/2021 z dnia 24.09.2021 r.

1.12. Decyzja w sprawie uzyskania oceny higienicznej dopuszczającej zastosowanie określonych materiałów, urządzeń i wyrobów mających kontakt z wodą przeznaczoną do spożycia przez ludzi, w celu budowy zbiornika wody uzdatnionej dla wodociągu sieciowego [redacted] nr sprawy NS/HK/4569-6/2020 z dnia 23.09.2020 r.

1.13. Decyzja w sprawie uzyskania oceny higienicznej dopuszczającej zastosowanie określonych materiałów, urządzeń i wyrobów mających kontakt z wodą przeznaczoną do spożycia przez ludzi w celu jej uzdatniania w układzie technologicznym oraz dystrybucji na [redacted] nr sprawy NS/HK/4569-1/2021 z dnia 21.06.2021 r.

1.14. Interwencja dotycząca zanieczyszczenia wody w studni przydomowej w miejscowości [redacted] z dnia 22.06.2022 r.(data wpływu do PSSE 22.07.2020 r.)

1.15. Protokół Kontroli Nr 40/1220/NS/2020 z dnia 28.07.2020 r. w związku z interwencją dot. zanieczyszczenia studni przydomowej.

1.16. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego studnia [redacted] nr NS/HK/189/2020 z dnia 28.07.2020 r.

1.17. Odpowiedź dot. zanieczyszczenia wody w studni przydomowej w miejscowości [redacted] nr sprawy NS/HK/0911.37-17/2020 z dnia 3.08.2020 r.

1.18. Zawiadomienie o wszczęciu postępowania dotyczące wydania zbiorczej rocznej oceny jakości wody na pływalni [redacted] prowadzonego przez zarządzającego [redacted] w [redacted] nr sprawy NS-HK.9022.2.18.2022 z dnia 4.03.2022 r.

1.19. Decyzja dotyczącą zbiorczej rocznej oceny jakości wody na pływalni [redacted] prowadzonego przez zarządzającego [redacted] nr sprawy NS-HK.9022.2.18.2022 z dnia 30.03.2022 r.

2. Ocena wydanych dokumentów

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

brak uwag

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

brak uwag

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa

brak uwag

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

brak uwag

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

klauzula jest stosowana prawidłowo

f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń

brak uwag

g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)

brak uwag

h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń

brak uwag

i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji

brak uwag

j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **

brak uwag

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

Brak uwag

XI. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Brak uwag

XII. Inne zagadnienia

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

Nie dotyczy

XIII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Brak uwag

XIV. Dodatkowe informacje

Nie dotyczy

KIEROWNIK SEKCJI
[redacted]

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

Dział Nadzoru Sanitarnego
Oddział Bezpieczeństwa Wody
starszy asystent
mgr Barbara Patro

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

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Załącznik nr 5.*
do protokołu nr OK.1611.3.2.2022
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 Żywcu**
34-300 Żywiec ul. Krasińskiego 3
(adres)

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

III. **Data kontroli:** 11.05.2022 r.

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** 01.01.2016 r. do 30.04.2022 r.

V. **Kontrola dokumentów**

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

L.p.	Rodzaj rejestrów/ewidencji/wykazu/ bazy danych **	+jest, -nie ma	nieprawidłowości
1.	Rejestr obiektów nadzorowanych *	+	
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych	+	
3.	Zapisy ze szkoleń wewnętrznych	+	
4.	Rejestry szkoleń pracowników (indywidualne)	+	
5.	Rejestry wydanych decyzji merytorycznych*	+	
6	Rejestr wydanych decyzji płatniczych*	+	
7.	Rejestry postanowień	+	
8.	Rejestry: interwencji~~/ skarg, wniosków**~~	+	
9.	Rejestr nałożonych mandatów	+	
10.	Rejestr upoważnień do przeprowadzenia kontroli *	+	
11.	Rejestr protokół kontroli *	+	
12.	Rejestr tytułów wykonawczych	+	
13.	Rejestr odwołań	+	
14.	Rejestr upomnień	+	
15.	Rejestr wprowadzających do obrotu prekursory kat. 2 i 3 /forma elektroniczna	+	
16.	Rejestr funkcjonariuszy odpowiedzialnych za wprowadzanie do obrotu prekursorów kat. 2 /forma elektroniczna	+	
17.	Rejestr powiadomień o zgłoszeniu do Inspektora ds. Substancji Chemicznych podmiotów gospodarczych wprowadzających do obrotu prekursory kat. 2	+	
18.	Ewidencja zakładów pracy w których występują substancje ich mieszaniny, czynniki lub procesy technologiczne o działaniu rakotwórczym lub mutagennym/forma elektroniczna	+	
19.	Rejestr przepisów prawnych forma elektroniczna	+	
20.	Rejestr decyzji dot. chorób zawodowych *	+	
21.	Rejestr postanowień dot. chorób zawodowych *	+	
22.	Rejestr zgłoszeń podejrzeń i skutków chorób zawodowych	+	

* prowadzone w CRONSOR.

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

Tak. Bez zastrzeżeń.

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 30.04.2022.)

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	Planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
376	16	13	48

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

L.p.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota /1							Uwagi
		2016 rok	2017 rok	2018 rok	2019 rok	2020 rok	2021 rok	2022 do dnia 30.04.22	
1.	Postanowienia	16	12	20	23	30	16	83	
2.	Decyzje	39	36	35	46	32	33	8	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	6	9	6	11	12	9	3	
4.	Decyzje - rachunki	31 (4167,99 zł)	45 (6188,04 zł)	25 (3476,13 zł)	37 (7835,40 zł)	14 (2870,50 zł)	21 (4321,51 zł)	3 (618,75 zł)	
5.	Opinie sanitarne/pisma**	0	0	0	0	0	0	0	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	0	0	0	0	0	0	0	
7.	Mandaty	0	0	0	2 (1000zł)	4 (1600zł)	3 (1100zł)	0	
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	0	0	0	0	0	0		
9.	Uczestnictwo w odbiorach	2	4	1	3	3	1	0	
10.	Upomnienia	0	0	0	1	0	0	0	
11.	Tytuły wykonawcze	0	0	0	0	0	0	0	
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	0	0	0	0	0	
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	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

VII 2. Kontrola prowadzonego postępowania w sprawach chorób zawodowych

Lp.	Postępowanie administracyjne w sprawie chorób zawodowych	2016 rok	2017 rok	2018 rok	2019 rok	2020 rok	2021 rok	2022 do 30.04.2022r.	Uwagi
1	Liczba zgłoszonych podejrzeń chorób zawodowych	6	5	13	16	9	5	7	
2	Liczba decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej	3	6	3	4	5	7	1	
3	Liczba decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej	3	3	3	7	7	2	2	
4	Liczba prowadzonych postępowań wyjaśniających w sprawie choroby zawodowej	20	16	13	12	1	19	5	
5	Liczba postanowień	12	12	20	23	30	17	6	
6	Liczba wystawionych kart stwierdzeń	3	9	3	12	5	21	4	
7	Liczba decyzji o umorzeniu postępowania	0	0	1	0	0	1	0	

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji:
   obiektów: 5 (zakłady pracy)
   spraw: 6 (choroby zawodowe)

2. A. Identyfikacja obiektów:

   2.1 [redacted]
   Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 21.06.2021 r.
   Protokół kontroli nr 33/1220/NS/HP/2021z dnia 21.06.2021 r.
   Decyzja z dnia 19.07.2021 r. nr 376/21
   Protokół kontroli nr 90/1220/NS/HP/2021 z dnia 25.11.2021 r.

   2.2 [redacted]
   Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 25.03.2022 r.
   Protokół kontroli nr 10/1220/NS/HP/2022 z dnia 25.03.2022 r.
   Decyzja z dnia 21.04.2022 r. nr 281/22

   2.3 [redacted]
   Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 13.04.2022 r.
   Protokół kontroli nr 3/1220/NS/HP/2021 z dnia 13.04.2022 r.
   Zawiadomienie o wszczęciu postępowania z dnia 19.04.2022 r.
   Pismo strony z 05.05.2022 r. informujące o wykonaniu zaleceń

2.4 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 19.02.2021 r.
Protokół kontroli nr 3/1207/NS/HP/2021 z dnia 19.02.2021 r.
Decyzja z dnia 05.03.2021 r. nr 150/21
Pismo PPIS w Żywcu do Biura ds. Substancji Chemicznych z dnia 10.03.2021r.
Pismo z Biura ds. Substancji Chemicznych do PPIS w Żywcu z dnia 10.03.2021 r.
Odpowiedź skarżącemu z dnia 24.03.2021 r.
Protokół kontroli nr 6/1220/ NS/HP/2021 z13.04.2021.

2.5 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 5.03.2019 r.
Protokół kontroli nr 20/1220/NS/HP/20 z dnia 05.03.2019 r.
Decyzja z dnia 05.04.2019 r. nr 228/19
Protokół kontroli nr 112/1220/NS/HP/2019 z dnia 18.09.2019 r.

B. Identyfikacja spraw (choroby zawodowe):

2.1 NS/HP-4432-7/2020 choroba zawodowa poz. 19.1

2.2 NS/HP-4432-4/2020 choroba zawodowa poz. 26

2.3 NS/HP-4432-1/2021 choroba zawodowa poz. 26

2.4 NS/HP-4432-6/2021 choroba zawodowa poz. 15

2.5 NS/HP-4432-9/2020 choroba zawodowa poz. 26

2.6 NS/HP-90221.1.2022 choroba zawodowa poz. 20.1

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 **

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

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

- Wojewódzkim Ośrodkiem Medycyny Pracy w Sosnowcu w zakresie chorób zawodowych (rozporządzenie),
- Instytutem Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu w zakresie chorób zawodowych (rozporządzenie),
- Małopolskim Ośrodkiem Medycyny Pracy w Krakowie w zakresie chorób zawodowych (rozporządzenie)
- Państwową Inspekcją Pracy w zakresie chorób zawodowych oraz spraw dot. prowadzenia nadzoru bieżącego nad zakładami pracy (porozumienie),
- Państwową Strażą Pożarną
- Urzędem Rejestracji ds. Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych
- Powiatowym Inspektoratem Nadzoru Budowlanego
- Biurem ds. Substancji Chemicznych w Łodzi
- Komendą Policji w zakresie środków zastępczych (porozumienie),
- Prokuratura Rejonowa w Żywcu,

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Współpraca zależności od potrzeb z:

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

XI. Inne zagadnienia

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

Nie dotyczy

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Nie dotyczy

XIII. Dodatkowe informacje

Rok	Ilość nadzorowanych obiektów	Ilość kontroli	Ilość pobranych próbek	Ilość przebadanych próbek
2016	0	0	0	0
2017	0	0	0	0
2018	0	0	0	0
2019	0	0	0	0
2020	0	0	0	0
2021	0	0	0	0
do dnia 30.04.2022 r.	0	0	0	0

Rok	Ilość decyzji art. 27 ust. 6 (ust. 4) ustawy o PIS	Ilość decyzji art.44c (ust.1)	Ilość decyzji art. 44c (ust. 4)	Ilość decyzji art.44c ust. 6 (ust. 7)	Ilość wydanych kar pieniężnych	Kwota wydanych kar pieniężnych	Liczba spraw przekazanych przez Policję i Prokuraturę Postanowienie Sądu
2016	0	0	24	0	2	60 000	20
2017	0	0	33	6	1	20 000	18
2018	0	0	16	0	1	20 000	20
2019	0	0	2	0	1	20 000	2
2020	0	0	1	0	0	0	1
2021	0	0	0	0	0	0	0
do dnia 30.04.2022	0	0	0	0	0	0	0

Na terenie przez PPIS w Żywcu aktualnie wszystkie punkty sprzedaży środków zastępczych są zamknięte. Od 2020 roku organ I instancji nie prowadził postępowań administracyjnych w przedmiocie wprowadzania do obrotu środków zastępczych.

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:

Nie dotyczy

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO

[redacted]

.....

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

Dział Nadzoru Sanitarnego
KIEROWNIK
Oddziału Higieny Pra
i Nadzoru nad Środkami Zastępczymi

.....

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.1611.3.2.2022
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 Żywcu**
34-300 Żywiec, ul. Krasińskiego 3
(adres)

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

III. **Data kontroli** 12.05.2022 r.

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** 18.09.2015 r. – 30.04.2022 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 – pracownicy Sekcji mają stały dostęp do licencjonowanego programu prawnego LEX, z którego korzystają na bieżąco. Prowadzony jest rejestr aktów prawnych, sprawdzany co najmniej 1 raz w roku - brak uwag.

VI. **Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 12.05.2022r.)**

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
230	69	11	21

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,	Uwagi:								Uwagi:
	nałożone mandaty i grzywny	2015 rok	2016 rok	2017 rok	2018 rok	2019 rok	2020 rok.	2021 rok	do 30.04. 2022 r.	
1.	Postanowienia	0	1	2	3	1	1	3	0	-
2.	Decyzje	59	55	51	43	46	19	30	9	-
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	0	0	0	0	0	0	0	0	-
4.	Decyzje – rachunki	30	39	39	37	35	15	18	5	-
5.	Opinie sanitarne/ ~~pisma~~**	0	0	12	6	6	7	204	217	-
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	-_	-	-	-_	-_	-_	-_	-_	-
7.	Mandaty	2	4	0	3	3	2	3	2	-
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	–	–	–	–	–	–	–	–	-
9.	Uczestnictwo w odbiorach	8	6	3	3	8	3	2	1	-
10.	Upomnienia	1	2	1	8	1	0	0	1	-
11.	Tytuły wykonawcze	0	0	0	0	0	0	0	0	-
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	0	0	0	0	0	0	-
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	0	0	0	0	-

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

VIII. Kontrola dokumentacji

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

2. Identyfikacja ~~sprawy~~/ obiektu **

2.1 Żłobek [redacted] – ostatnia kontrola placówki przeprowadzona została w dniu 19.04.2021r. Związana była z anonimową interwencją dot. nieprzestrzegania wytycznych przeciwepidemicznych GIS i obejmowała również kompleksową ocenę stanu sanitarnego żłobka. Sporządzono protokół nr 7/1220/NS/HD/2021 i wypełniono formularz nr F/HDM/01, odnotowując ten fakt w protokole. Kontrola nie wykazała nieprawidłowości i nie potwierdziła zarzutów zawartych w interwencji.

Kontrole w przedmiotowej placówce w zakresie oceny bieżącego stanu sanitarnego przeprowadzane były w dniu 18.12.2019r. (sporządzono protokół nr 202/1220/NS/HD/2029) oraz w dniu 18.12.2018r. (sporządzono protokół nr 213/1220/NS/HD/2018), natomiast poprzednia kompleksowa ocena stanu sanitarnego dokonana została w dniu 8.11.2017r. – protokół nr 207/1220/NS/HD/2017 wraz z wypełnionym formularzem F/HDM/01. W trakcie tych kontroli nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości, w związku z czym nie prowadzono postępowania administracyjnego.

2.2 Szkoła Podstawowa [redacted] – planowana kontrola kompleksowa została przeprowadzona w dniu 28.03.2022r. i obejmowała zakresy: ocena stanu sanitarnego szkoły, ocena dostosowania mebli edukacyjnych do wymagań ergonomii oraz ocena przestrzegania wytycznych przeciwepidemicznych. Sporządzony został protokół kontroli nr 23/1220/NS-HD/2022 oraz wypełniono formularze nr F/HDM/04 i F/HDM/05 i w pkt II.13 protokołu odnotowano ten fakt. Protokół został zatwierdzony w dniu 29.03.2022r. przez kierownika ONS. W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami sanitarno-technicznymi (*zły stan sanitarno-techniczny ścian i sufitów w 8 salach lekcyjnych, w korytarzu oraz w części klatki schodowej, zły stan sanitarno-techniczny podłóg w 7 salach zajęć*) w dniu 31.03.2022r. wobec organu prowadzącego wszczęto postępowanie administracyjne informując o możliwości zapoznawania się z aktami sprawy i wnoszenia wyjaśnień lub dowodów w sprawie przed wydaniem decyzji, a w dniu 20.04.2022r. wydana została decyzja administracyjna nr 273/22 z terminem realizacji do dnia 31.08.2023r. oraz decyzja płatnicza nr 274/Op/22. Niezależnie od tego toczy się odrębne postępowanie z uwagi na wydaną decyzję administracyjną nr 201/16 z dnia 8.04.2016r. w zakresie pkt 3 – dotyczącego zapewnienia dobrego stanu sanitarno-technicznego podłogi w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla chłopców, której termin został na wniosek dyrektora placówki prolongowany do dnia 31.12.2022r.

2.3 Przedszkole [redacted] – planowana kontrola kompleksowa została przeprowadzona w dniu 22.04.2021r. w zakresie oceny stanu sanitarnego przedszkola oraz oceny dostosowania mebli edukacyjnych do wymagań ergonomii. Sporządzony został protokół kontroli nr 8/1220/NS/HD/2021, w którym zawarto informację o wypełnieniu formularzy nr F/HDM/02 i F/HDM/05. W trakcie przedmiotowej kontroli stwierdzone zostały nieprawidłowości (zły stan sanitarno-techniczny stolarki drzwiowej i okiennej w obiekcie, zły stan ścian w 2 salach zajęć, w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych oraz w szatni, niedostosowane do wymagań ergonomii meble edukacyjne), w związku z czym wszczęte zostało postępowanie administracyjne wobec organu prowadzącego, tj. [redacted] (zawiadomienie z dnia 23.04.2021r.). W odpowiedzi pismem z dnia 5.05.2021r. [redacted] poinformował m.in. o tym, iż nieprawidłowości związane z niedostosowaniem mebli edukacyjnych do wzrostu

dzieci zostaną usunięte do 15.05.2021r. w dniu 18.05.2021r. przeprowadzono kontrolę w zakresie dostosowania stolików i krzeseł do ergonomii dzieci i stwierdzono, że ww. nieprawidłowość została usunięta (protokół kontroli nr 21/1220/NS/HD/2021). W dniu 19.05.2021r. wydano decyzję administracyjną nr 227/21 z terminem wykonania do 31.12.2022r. oraz decyzję płatniczą nr 228/Op/21.

2.4 Szkoła Podstawowa [redacted] – kontrola kompleksowa ww. szkoły przeprowadzona została w dniu 13.12.2019r. i obejmowała zakres: ocena stanu sanitarnego szkoły; ocena dostosowania mebli edukacyjnych do wymagań ergonomii w klasach od 1 do 3 oraz ocena obciążenia uczniów ciężarem plecaków. Sporządzony został protokół kontroli nr 199/1220/NS/HD/2019. Odnotowano w nim informację o wypełnieniu załączników nr F/HDM/04 i F/HDM/05. Protokół zatwierdzony w dniu 16.12.2019r. przez Kierownika ONS. Z uwagi na stwierdzone nieprawidłowości dot. złego stanu sanitarno-technicznego ścian klatki schodowej, podłóg i stolarki drzwiowej w dwóch salach lekcyjnych, w dniu 16.12.2019r. wobec organu prowadzącego wszczęte zostało postępowanie administracyjne, a po upływie wskazanego w nim terminu na możliwość zapoznawania się z aktami sprawy i składania wyjaśnień lub dowodów w sprawie, w dniu 13.01.2020r. wydano decyzję administracyjną nr 14/20 oraz płatniczą nr 15/Op/20. Wystosowano również wystąpienie pokontrolne w sprawie niewystarczających warunków do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego w ww. szkole.
W dniu 20.05.2021r. przeprowadzono kontrolę sprawdzającą wykonanie obowiązków decyzji w związku z pismem dyrektora szkoły z dnia 12.02.2021r., która potwierdziła ich realizację (protokół nr 22/1220/NS/HD/2021). Ponadto w tym samym dniu sporządzono protokół kontroli nr 23/1220/NS/HD/2021 w zakresie oceny przestrzegania wytycznych przeciwepidemicznych. Oba protokoły zostały zatwierdzone w dniu 24.05.2021r. przez Kierownika ONS.

2.5 Przedszkole [redacted] – w dniu 18.03.2022r. przeprowadzono planowaną kontrolę kompleksową w zakresie oceny stanu sanitarnego przedszkola oraz oceny dostosowania mebli edukacyjnych do wymagań ergonomii. W jej trakcie nie stwierdzono nieprawidłowości. Sporządzony został protokół kontroli nr 17/1220/NS/HD/2022 oraz wypełniono formularze kontroli nr F/HDM/02 i F/HDM/05, co zostało zapisane w protokole. Zatwierdzony został 21.03.2022r. przez Kierownika ONS. W protokole nawiązano do wystąpienia pokontrolnego z dnia 19.10.2017r. skierowanego do [redacted] dot. zbyt małej powierzchni w salach zajęć, przypadającej na 1 dziecko i stwierdzono, że sytuacja nie uległa poprawie. Ponadto kontrola wykazała, że dzieci przedszkolne korzystają z sali zajęć zlokalizowanej na kondygnacji, na której funkcjonuje szkolne schronisko młodzieżowe. W związku z tym w dniu 19.04.2022r. wystosowano wystąpienie w tej sprawie.

2.6 Szkoła Podstawowa [redacted] – planowana kontrola kompleksowa została przeprowadzona w dniu 22.03.2022r. (protokół kontroli nr 20/1220/NS-HD/2022). W jej trakcie dokonano m.in. higienicznej oceny rozkładu zajęć lekcyjnych i stwierdzono, że nie są równomiernie rozłożone z uwagi na różnicę w liczbie godzin pomiędzy dniami tygodnia wynoszącą 2 godz. Sporządzony został protokół nr 20/1220/NS-HD/2022r., w którym zanotowano wypełnienie formularzy nr F/HDM/04 i F/HDM/05. Kierownik ONS zatwierdził protokół w dniu 23.03.2022r. W dniu 1.04.2022r. do dyrektora szkoły zostało wystosowane wystąpienie pokontrolne w sprawie oceny rozkładu zajęć lekcyjnych.

2.7 Zespół Szkół [redacted] w dniu 18.06.2021r. przeprowadzona została kontrola sanitarna w zakresie oceny przestrzegania wytycznych przeciwepidemicznych GIS. W jej trakcie nie stwierdzono nieprawidłowości. Sporządzony protokół

kontroli nr 41/1220/NS/HD/2021 został zatwierdzony w dniu 21.06.2021r. przez Kierownika ONS. W tym samym dniu przeprowadzono kontrolę w zakresie przygotowania szkoły do nowego roku szkolnego, która również nie wykazała nieprawidłowości. Sporządzono protokół nr 39/1220/NS/HD/2021. Został on zatwierdzony w dniu 18.06.2021r.

2.8 Zespół [redacted] - kontrola planowa została przeprowadzona w dniu 7.12.2021r. w zakresie oceny stanu sanitarnego szkoły, oceny przestrzegania wytycznych przeciwepidemicznych oraz oceny dostosowania mebli edukacyjnych do wymagań ergonomii. Protokół kontroli nr 121/1220/NS/HD/2021, do którego wypełniono formularze nr F/HDM/04 i F/HDM/05 został zatwierdzony w dniu 8.12.2021r. przez Kierownika ONS. Z uwagi na stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości wszczęto postępowanie administracyjne wobec organu prowadzącego (zawiadomienie z dnia 9.12.2021r.). Decyzją z dnia 5.01.2022r. Nr 1/22 PPIS w Żywcu nakazał wykonać w terminie do 31.08.2022r. obowiązki dot. zapewnienia dobrego stanu technicznego podłogi w sali lekcyjnej oraz osłonić grzejniki c.o. sali gimnastycznej oraz wydał decyzję płatniczą .

2.9 [redacted] – ostatnia kontrola ośrodka przeprowadzona w dniu 28.06.2019r.. Sporządzono protokół nr 97/1220/NS/HD/2019, który został zatwierdzony przez kierownika technicznego w dniu 8.07.2019r. Kontrola nie wykazała nieprawidłowości. Nie wydawano także zaleceń pokontrolnych.

2.10 [redacted] – organizatorem wypoczynku był [redacted] Kontrola została przeprowadzona w dniu 22.02.2022r. Sporządzono protokół kontroli nr 8/1220/NS-HD/2022, w którym wpisano informację o wypełnieniu formularza F/HDM/14. Został on zatwierdzony w dniu 23.02.2022r. przez Kierownika ONS.

3. Ocena wydanych dokumentów
a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem akt - brak uwag,
b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli) - brak uwag,
c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa – brak uwag,
d) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach - brak uwag,
e) stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie – brak uwag,
f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń – brak uwag,
h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń - nie dotyczy,
i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji - nie dotyczy,
j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi ** - nie dotyczy.

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

1. **Śląski Kurator Oświaty** – doraźna współpraca w zakresie przekazywania informacji o obiektach, w którym planowany jest wypoczynek, a nie będących pod nadzorem PPIS w Żywcu; doraźna współpraca w zakresie przesłania informacji dot. 2 placówek szkolnych, w których występują liczne nieprawidłowości związane z przeniesieniem liceum ogólnokształcącego do budynku szkoły podstawowej bez uzyskania opinii PPIS w Żywcu;

doraźna współpraca w zakresie wspólnych kontroli związanych z przeprowadzeniem oceny obciążenia uczniów ciężarem plecaków – październik 2018r.

2. **Organy prowadzące placówki oświaty i wychowania (jednostki samorządu terytorialnego, fundacje, osoby fizyczne)** – doraźna współpraca w zakresie kierowania wystąpień pokontrolnych w celu podjęcia przez te jednostki działań mających na celu poprawę warunków pobytu dzieci i młodzieży w prowadzonych przez siebie placówkach; doraźna współpraca w zakresie uzyskiwania informacji o stanie przygotowania szkół do nowego roku szkolnego.
3. **Rzecznik Praw Dziecka** – przekazywanie na wniosek RPD informacji o stanie sanitarno-higienicznym 4 placówek, [redacted]

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

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

1. **Sekcja Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku** – ciągła współpraca w zakresie przekazywania aktualnych wykazów wypoczynku dzieci i młodzieży; współpraca doraźna w zakresie przeprowadzania wspólnych kontroli wypoczynku.
2. **Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska** – ciągła współpraca w zakresie otrzymywania orzeczeń o jakości wody oraz otrzymywania informacji nt. stanu sanitarnego (w tym jakości wody) obiektów będących pod nadzorem NS-HK, zgłaszanych w elektronicznej bazie MEN w których planowany jest wypoczynek; doraźna współpraca w ramach przedsięwzięć, np. przygotowanie do sezonu letniego w 2019r. (wspólne kontrole przed letnim wypoczynkiem).
3. **Sekcja Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego** – ciągła współpraca w zakresie udziału pracowników NS-HD w kontrolach odbiorowych obiektów przeznaczonych na placówki dziecięco-młodzieżowe oraz udziału pracowników NS-NZ w kontrolach na podstawie których wydawane są przez Sekcję NS-HD opinie sanitarne.
4. **Sekcja Higieny Pracy** – doraźna współpraca w zakresie przeprowadzania wspólnych kontroli w placówkach oświaty i wychowania oraz doraźna w zakresie przeprowadzania szkoleń wewnętrznych.
5. **Sekcja Epidemiologii** – doraźna współpraca w zakresie działań związanych z wystąpieniem ogniska choroby przenoszonej drogą pokarmową oraz współpraca związana z wykonywaniem zadań związanych z epidemią COVID-19, mających na celu przeciwdziałanie rozprzestrzeniania się zakażeń. Pracownicy Sekcji NS-HD brali udział w różnych działaniach, np.: dyżury pod telefonem alarmowym, przeprowadzanie wywiadów epidemiologicznych, praca w systemie SEPIS, sporządzanie decyzji dot. kwarantanny, wpisywanie danych do systemu EWP, udzielanie telefonicznych lub mailowych odpowiedzi na liczne zapytania dot. epidemii, prowadzenie postępowania na podstawie notatek policji w sprawie nieprzestrzegania nakazów, zakazów i ograniczeń w związku z epidemią.
6. **Sekcja Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia** – ciągła współpraca w zakresie przekazywania informacji dot. przestrzegania palenia wyrobów tytoniowych i papierosów elektronicznych w kontrolowanych jednostkach oświaty oraz w zakresie dystrybucji materiałów edukacyjnych zawierających treści kształtujące zachowania prozdrowotne (np. ulotki, broszury, plakaty) do wykorzystania w działaniach profilaktycznych, szczególnie w placówkach wypoczynku.

(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 dotyczy

XIII. Dodatkowe informacje - nie dotyczy

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów: nie dotyczy

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO
SEKCJA HIGIENY DZIECI
[redacted]

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

Dział Nadzoru Sanitarnego
Kierownik
Oddziału Higieny Dzieci i Młodzieży
mgr Monika Karczmarek

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

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Załącznik nr 7..*
do protokołu nr 01.16.11.3.2.2022
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 Żywcu**
34-300 Żywiec, ul. Krasińskiego 3

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

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

III. **Data kontroli: 10.05.2022 r.**

IV. **Okres działalności podlegający kontroli:** od października 2015 r. do dnia 30.04.2022 r.

V. **Kontrola dokumentów**

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

L.p.	Rodzaj rejestrów/ewidencji/wykazu/ bazy danych **	+jest, - nie ma	nieprawidłowości
1.	Rejestr obiektów nadzorowanych	-	-
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych	+	-
3.	Zapisy ze szkoleń wewnętrznych	+	-
4.	Rejestry szkoleń pracowników (indywidualne)	+	-
5.	Rejestry wydanych decyzji	+	-
6.	Rejestry postanowień	+	-
7.	Rejestry: interwencji/ ~~skarg, wniosków~~**	+	-
8.	Rejestr nałożonych mandatów	-	-
9.	Rejestry spraw wpływających: odbiory obiektów, uzgodnienia projektów, oceny oddziaływania na środowisko, uzgodnienia studiów i planów zagospodarowania	+	-

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 w Internetowym Systemie Aktów Prawnych isap.sejm. gov.pl lub na stronie Rządowego Centrum Legislacji www.rcl.gov.pl. oraz program LEX.

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				
		rok 2019	rok 2020	rok 2021	rok 2022 do dnia kontroli	Uwagi:
1.	Postanowienia	0	0	0	0	-
2.	Decyzje	0	0	0	0	-
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	-	-	-	-	-
4.	Decyzje - rachunki	89/ 15404,78	77/ 13452,34	97/ 20598,0	27/ 6840,57	-
5.	Opinie sanitarne/pisma**	203	102	166	40	-
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	5	2	2	2	-
7.	Mandaty	-	-	-	-	-
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	0	0	0	0	-
9.	Uczestnictwo w odbiorach	86	54	75	20	-
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: 9
(podać liczbę)

2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/

2.1. Znak sprawy: NS-NZ.9027.7.1.2022 opinia z dnia 27.01.2022 r. dotycząca zaopiniowania pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych projektu zmiany miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego części [redacted]

2.2. Znak sprawy: NS-NZ.9027.3.1.2022 opinia z dnia 25.04.2022 r. dot. stwierdzenia konieczności sporządzenia raportu oddziaływania na środowisko dla przedsięwzięcia pn. Przebudowa [redacted]

2.3. Znak sprawy: NS/NZ/524-1/2021 opinia z dnia 05.02.2021 r. dot. warunków realizacji przedsięwzięcia polegającego na budowie zakładu [redacted]

2.4. Znak sprawy: NS/NZ/524-2/2021 opinia z dnia 22.04.2021 r. dot. warunków realizacji przedsięwzięcia pn.: [redacted]

2.5. Znak sprawy: NS-NZ.90272.2.2022 pismo z dnia 09.03.2022 r. dot. uzgodnienia w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych projektu technologicznego obiektu [redacted]

2.6. Znak sprawy: NS-NZ.9027.2.1.2022 opinia z dnia 10.01.2022 r. dotycząca zgodności wykonania z projektem pomieszczeń POZ zlokalizowanych w [redacted]

2.7. Znak sprawy: NS/NZ/526-78/2021 opinia z dnia 04.02.2022 r. dotycząca zgodności wykonania z projektem budowlanym pomieszczeń [redacted] zlokalizowanego w [redacted]

2.8. Znak sprawy: NS-NZ.9027.1.20.2022 opinia z dnia 26.04.2022 r. dotycząca zgodności wykonania z projektem pomieszczeń lokalu [redacted]

2.9. Znak sprawy: NS/NZ/526-64/2021 opinia z dnia 29.10.2021 r. dotycząca zgodności wykonania z projektem technologicznym pomieszczeń [redacted] zlokalizowanego w budynku [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. Po zakończeniu kontroli, protokoły są zatwierdzane przez kierownika technicznego komórki organizacyjnej. Na ich podstawie wydawane są prawidłowe stanowiska PPIS.

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa
Postępowanie jest prowadzone zgodnie z przepisami. Skontrolowane stanowiska posiadają właściwe podstawy prawne.

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

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

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

g) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji
Nie dotyczy.

h) dodatkowe zagadnienia/ ~~uwagi~~ **

- w Sekcji ZNS zatrudnione są 2 osoby. Pracownicy uczestniczą w szkoleniach zarówno zewnętrznych jak i wewnętrznych co potwierdzają rejestry szkoleń znajdujące się w komórce.

- W trakcie kontroli stwierdzono że wszystkie skontrolowane sprawy zostały rozstrzygnięte co poświadczają wydane stanowiska.
- W trakcie kontroli dokonano również oceny merytorycznej wydawanych opinii sanitarnych.
- Wskazano, że w protokołach kontroli należy wpisywać w punkcie II.10 z jakich badań i pomiarów korzystano podczas kontroli. Z protokołu powinno wynikać czy się z nich korzystało. Z uwagi że organy PIS sprawdzają wyniki np. badania wody, pomiarów skuteczności wentylacji należy je przywoływać we wskazanym punkcie protokołu.
- Polecono, aby w protokołach kontroli dokładniej opisywać sposób wentylacji pomieszczeń (jak zapewniony jest nawiew powietrza wentylacyjnego i wywiew).
- Wskazano, aby sentencje w opiniach sanitarnych dot. miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego projekty miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego były zgodne w brzmieniem przepisu. Zamiast „opiniuje pozytywnie w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych projekt miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego" powinno być: „opiniuje pozytywnie w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych projekt miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego wraz z prognozą oddziaływania na środowisko". Powyższe wynika z zapisów art. 54 ust. 1 ustawy o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko.
- Wskazano, aby warunki w opiniach sanitarnych wydawanych na podstawie art. 77 ust. 1 pkt 2 oraz art. 78 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku o jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko, precyzyjnie wskazywały niezbędne działania realizacyjne i eksploatacyjne minimalizujące oddziaływanie przedsięwzięcia na zdrowie ludzi (np. zapewnienie odpowiedniej wysokości i średnicy emitora, skuteczności filtrów, stosowanie obudowy dźwiękochłonnej, ekranów akustycznych, określenie sposobu oczyszczania i odprowadzania ścieków itp.).

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

- Organy administracji architektoniczno-budowlanej w zakresie wyrażania opinii w związku ze zmianą sposobu użytkowania pomieszczeń lub budynku.
- Urzędy Gmin w zakresie wydawania opinii co do potrzeby przeprowadzenia oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko oraz sprawdzania czy inwestycja jest zgodna z miejscowym planem zagospodarowania przestrzennego
- Powiatowy Inspektor Nadzoru Budowlanego w Żywcu w trakcie kontroli związanych z odbiorem obiektów budowlanych oraz przy uzgadnianiu dokumentacji projektowej.

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

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Realizowana jest ciągła współpraca z poszczególnymi komórkami merytorycznymi nadzoru bieżącego polegająca na konsultacjach zagadnień dotyczących skomplikowanych rozwiązań projektowych przedstawianych przez projektantów, inwestorów lub najemców, a także zagadnień dotyczących możliwości dostosowania obiektów istniejących do wymagań higieniczno – sanitarnych itp. Doraźnie w razie potrzeby przeprowadzane są wspólne kontrole, w tym kontrole zespołowe przy udziale pracowników innych sekcji, które dotyczą wspólnych odbiorów, zaistniałych problemów, wynikają z interwencji, skarg, donosów itp.

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

XI. Inne zagadnienia

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

Zainteresowanym przekazywana jest informacja, że lista rzeczoznawców ds. sanitarno-higienicznych jest dostępna na stronie internetowej WSSE w Katowicach.

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Nie dotyczy.....

.....

.....

.....

.....

XIII. Dodatkowe informacje

Nie dotyczy.....

.....

.....

.....

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:
jak w pkt VIII. 2.1-2.9

STARSZY ASYSTENT

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO
SEKCJA ZAPOBIEGAWCZEGO

[redacted]

.....

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

Dział Nadzoru Sanitarnego
Kierownik
Oddziału Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego

mgr inż. Anna Gogola

.....

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

Oddziału Zabobleweckiego Nadzoru Sanitarnego
Kierownik
mgr inż. Anna Gogola

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

1. Struktura zatrudnienia:

a) obsada kadrowa w pionie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia: **2**
(liczba osób)

b) wykształcenie pracowników:

magister filologii germańskiej – specjalizacja pedagogiczna, studia podyplomowe „Edukacja zdrowotna z promocją zdrowia" i magister biologii, studia podyplomowe „Edukacja zdrowotna z promocją zdrowia"

c) staż pracy pracowników zatrudnionych w pionie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia:
3 i 4 lata

2. Warunki lokalowe i zaplecze dydaktyczne PSSE (rodzaj i sposób wykorzystywania).
Warunki lokalowe - dobre z pełnym oprzyrządowaniem biurowym. Pracownicy dysponują dodatkowo laptopem i drukarką przenośną, wykorzystywaną podczas wizytacji. Na potrzeby akcji profilaktycznych opracowano wiele autorskich pomocy dydaktycznych, takich jak: prezentacje multimedialne, gry edukacyjne, stacje zadaniowe, pakiety elektronicznych materiałów edukacyjnych.

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: 151 731

liczba gmin: 15

liczba zakładów opieki zdrowotnej: 290

liczba innych jednostek: 230

b) realizowane interwencje programowe:

ogólnopolskie:
- Ogólnopolski Program Edukacyjny „Trzymaj Formę"
- Ogólnopolski Program Edukacyjny „Bieg po zdrowie"

M. Wia Jahan

- Ogólnopolskie Program Edukacyjny dla przedszkoli „Skąd się biorą produkty ekologiczne?"
- Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS
- Program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość?"
- Program edukacyjny „Czyste Powietrze wokół nas"

wojewódzkie:
- „Wybierz życie – pierwszy krok"
- „Smak życia, czyli debata o dopalaczach"
- „Podstępne WZW"
- „Znamię! Znam je?"
- „Klub Zdrowego Przedszkolaka"

własne: brak

c) realizowane interwencje nieprogramowe:
ogólnopolskie:
- Światowy Dzień Zdrowia
- Światowy Dzień bez Tytoniu
- Światowy Dzień Rzucania Palenia
- Światowy Dzień AIDS

wojewódzkie:
- Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach
- Dopalacze, wypalacze – „groźne narkotyki"
- Koronawirus. Przestrzegaj podstawowych zasad bezpieczeństwa i higieny.
- Wirusoochrona
- Brązowo, ale czy zdrowo
- Bezpieczne wakacje
- Bezpieczne ferie
- Kampania „Zaszczep w sobie chęć szczepienia"
- Profilaktyka zatruć grzybami
- Lekki tornister
- Promocja zdrowego stylu życia i aktywności fizycznej

własne: Koronawirus „Chroń siebie i innych"

4. Realizacja zaleceń pokontrolnych
- brak zaleceń pokontrolnych po kontroli przeprowadzonej w dniu 16.09.2015 r .

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

Największy problem epidemiologiczny na przestrzeni ostatnich lat stanowiła zachorowalność na COVID-19. W 2020 r. na terenie powiatu żywieckiego potwierdzono 5 621 przypadków zakażeń wirusem SAR-CoV-2. Natomiast w 2021r. zarejestrowano 9 735 potwierdzonych laboratoryjnie zakażeń SARS-CoV-2.
W Powiecie Żywieckim ponadto na przełomie lat 2020 i 2021 zanotowano wzrost przypadków zatruć i zakażeń pokarmowych. W roku 2020 zarejestrowano łącznie 229 przypadków zatruć i zakażeń pokarmowych, z czego blisko 32,3% u dzieci do lat 2 (74 przypadki). W roku 2021 zarejestrowano łącznie 356 przypadków zatruć i zakażeń pokarmowych, z czego blisko 23,6% u dzieci do lat 2 (84 przypadki). Liczba ta zwiększyła się w stosunku do roku 2020 .
Kolejny problem stanowiła grypa i infekcje grypopochodne. W roku 2020 na terenie powiatu żywieckiego zarejestrowano 3 805 zachorowań oraz podejrzeń zachorowań na grypę, tj. o 1 119 przypadków więcej niż w roku poprzednim. Natomiast w roku 2021 na terenie powiatu żywieckiego zarejestrowano 1 669 zachorowań oraz podejrzeń zachorowań na grypę.
Sytuacja dotycząca zachorowalności na gruźlicę sukcesywnie z roku na rok ulega poprawie, ale mimo to w roku 2020 odnotowano 11 przypadków zachorowań i 12 przypadków w 2021r.
W powiecie żywieckim w stosunku do lat poprzednich zmniejszyła się liczba zgłoszonych zachorowań na boreliozę (w 2020 r. zanotowano 132 przypadki, a w 2021 tylko 63 przypadki).
Zachorowania na ospę wietrzną utrzymują się od lat na wysokim poziomie. Aczkolwiek od roku 2018 liczba zachorowań na tę chorobę wieku dziecięcego utrzymuje się na znacznie niższym poziomie niż w latach poprzedzających. I tak w powiecie żywieckim w roku 2020 zarejestrowanych zostało 401 przypadków, a w 2021 383 przypadki.
Odnotowano również przypadki wirusowego zapalenia wątroby typu B i C. W 2021r. ogólna liczba zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B ma terenie powiatu żywieckiego wynosiła 10 przypadków. Ogólna liczba zachorowań na WZW C w 2021r. na terenie powiatu żywieckiego wyniosła 5 przypadków (w 2020r. – 1) W roku 2021 nie odnotowano na terenie powiatu żadnego przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu A, w 2020 r. tylko 1 zachorowanie.

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

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

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

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

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

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

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

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

Urząd Miasta w Żywcu - umożliwienie realizacji działań profilaktycznych, ekspozycja materiałów edukacyjnych.
Urzędy Gmin powiatu żywieckiego - ekspozycja materiałów edukacyjnych.
Starostwo Powiatowe - udostępnienie sali szkoleniowej, ekspozycja materiałów edukacyjnych.
Dyrekcje placówek oświatowych powiatu żywieckiego - realizacja programów i akcji profilaktycznych, ekspozycja materiałów edukacyjnych.
Komenda Powiatowa Policji w Żywcu - organizacja spotkań profilaktycznych, dotyczących środków psychoaktywnych.
Miejskie Centrum Kultury w Żywcu (Kluby Środowiskowe) - pomoc w organizacji spotkań profilaktycznych i udostępnienie Sali.
Żywiecka Fundacja Rozwoju - umożliwienie organizacji Punktów Promocji Zdrowia podczas imprez i eventów.
Szpital i ośrodki zdrowia- dystrybucja i ekspozycja materiałów edukacyjnych.
Klub Honorowych Dawców Krwi przy UM w Żywcu - umożliwienie organizacji Punktów Promocji Zdrowia podczas akcji Honorowych Dawców Krwi.
PCK – zaproszenie do udziału w Komisjach Konkursowych.
Kino „Janosik" w Żywcu - udostępnienie Sali, pomoc w organizacji spotkań profilaktycznych, ekspozycja materiałów edukacyjnych.
Muzeum Miejskie w Żywcu- udostępnienie miejsca w celu organizacji akcji profilaktycznych,
Spółka „ BESKID" w Żywcu - ekspozycja materiałów edukacyjnych na tablicach ogłoszeń i okrąglakach.
Spółka MZK w Żywcu - ekspozycja materiałów edukacyjnych w autobusach.
Żywiecka Biblioteka Samorządowa – organizacja spotkań profilaktycznych.
Miejskim Ośrodkiem Sportu i Rekreacji (Pływalnia Miejska) - udostępnienie miejsca do organizacji Punktów Promocji Zdrowia podczas zawodów pływackich.
Żywiecki Uniwersytet Trzeciego Wieku - organizacja spotkań profilaktycznych.

Media lokalne: żywiec-info, żywiec-supernowa, Radio ESKA - zamieszczenie informacji na stronach internetowych/przeprowadzenie wywiadów odnośnie organizowanych akcji profilaktycznych.

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

Współpraca między sekcjami PSSE w Żywcu na rzecz realizacji interwencji programowych i nieprogramowych:

Sekcja Epidemiologii - pomoc w dystrybucji materiałów edukacyjnych do przychodni punktów szczepień;

Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży - pomoc w dystrybucji materiałów edukacyjnych w placówkach oświatowych oraz podczas turnusów letnich i zimowych;

Sekcja Higieny Żywienia, Żywności i Przedmiotów Użytku - pomoc merytoryczna w trakcie przygotowywania spotkań profilaktycznych i szkoleń.

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

PPIS w Żywcu zna zakres realizowanych zadań w pionie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia, wspiera wszystkie akcje i działania promujące zdrowie. W miarę możliwości uczestniczy w przedsięwzięciach realizowanych przez Sekcję Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia. PPIS nadaje rangi działaniom oświatowo-zdrowotnym poprzez udział w szkoleniach, konkursach oraz innych przedsięwzięciach organizowanych w ramach wspierania wdrażanych interwencji z zakresu promocji zdrowia.

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 5/1220/OZ/2016 z dnia 29.04.2016 r.

Nr 5/1220/OZ/2017 z dnia 08.06.2017 r.

Nr 5/1220/OZ/2019 z dnia 15.04.2019 r.

Nr 6/1220/OZ/2020 z dnia 27.02.2020 r.

Nr 5/1220/OZ/2021 z dnia 23.06.2021 r.

Nr 2/1220/OZ/2022 z dnia 01.04.2022 r.

Ilość zaplanowanych i wykonanych wizytacji w latach 2016- 2022 - do dnia 30.04.2022 r.

Rok	Ilość wizytacji zaplanowanych	Ilość wizytacji wykonanych
2016	10	7
2017	10	6
2018	10	0
2019	10	10
2020	16	6
2021	10	8
2022	13	8

W latach 2016 do 2018 plan wizytacji nie został w pełni wykonany z powodu absencji chorobowej pracownika. W latach 2020 i 2021 nie wykonanie planu wizytacji wynikało z sytuacji epidemiologicznej związanej z zakażeniami SARS-CoV2. W roku 2022 do 30 kwietnia wykonano 8 wizytacji.

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 Żywcu: Ocena zgodności dokumentowania działań w zakresie działalności oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia zgodnie ze standardami postępowania podczas realizacji interwencji. Ocena realizacji działań na podstawie: doboru metod i form, zgodności realizowanych działań z rocznym planem zasadniczych przedsięwzięć, zgodności oddziaływań w stosunku do potrzeb wynikających z sytuacji epidemiologicznej, społecznej i demograficznej terenu. Współpraca z instytucjami, organizacjami pozarządowymi itp. w okresie od 1.10.2015 r. do 30.04.2022 r.
W Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Żywcu realizowane są ogólnopolskie programy zdrowotne i interwencje nieprogramowe oraz wojewódzkie programy edukacyjne i interwencje nieprogramowe zalecane przez Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego. Zapoznano się z dokumentacją realizowanych programów edukacyjnych „Bieg po zdrowie", Ars czyli jak dbać o miłość", „Smak życia-czyli debata

o dopalaczach", „ Podstępne wzw" oraz interwencji „Dopalacze - Wypalacze - Groźne narkotyki" i Kampanii „Zaszczep w sobie chęć szczepienia".
Ocenę realizacji działań i dokumentacji przeprowadzono na podstawie przeglądu i analizy posiadanej dokumentacji w miejscu kontroli, sprawozdań przesyłanych do Oddziału Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Katowicach, zgodnie z ustalonymi terminami, przebiegu współpracy oraz kontroli problemowych przeprowadzonych w PSSE w Żywcu: 24.05.2016 r. - Protokół Nr PZ.1611.3.18.2016, 25.09.2017 r. - Protokół PZ.1611.3.30.2017 r., 12.12.2018 r. - Protokół Nr PZ.1611.3.51.2018, 04.09.2019 r. - Protokół Nr PZ.1611.3.29.2019.

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

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

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

…[redacted]
(podpis (-y) pracownika (-ów)*PSSE)*

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

*właściwe podkreślić

Załącznik nr 9..*
do protokołu nr OK.1611.3.2.2022
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 Żywcu**
ul. Krasińskiego 3, 34-300 Żywiec
(adres)

II. **Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli:**
Kierownik ds. jakości w Oddziale Nadzoru Sanitarnego oraz Sekcji Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia,
Asystent ds. jakości w Oddziale Laboratoryjnym

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

III. **Data kontroli 10.05.2022 r.**

IV. **Okres działalności podlegający kontrol**i 17.09.2015 - 30.04.2022

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

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

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

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

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

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych

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

AJ

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

AŻ

.....

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)

A9

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 (systemu zarządzania jakością)

[redacted] Kierownik Oddziału Nadzoru Sanitarnego pełni również obowiązki Kierownika ds. jakości w Oddziale Nadzoru Sanitarnego oraz w Sekcji Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia (NS i OZ). Funkcję zastępcy pełni [redacted] starszy asystent w Sekcji Higieny Dzieci i Młodzieży.
Asystentem ds. jakości w Oddziale Laboratoryjnym jest [redacted] – starszy asystent w Sekcji Badań Wody, a zastępuję ją [redacted] - starszy asystent w Sekcji Badań Żywności i Przedmiotów Użytku.
Odpowiednie zapisy widnieją w Księgach Jakości oraz Zakresach obowiązków służbowych i odpowiedzialności ww. pracowników odpowiednio z dnia: 01.07.2021, 03.01.2022, 14.03.2022, 14.03.2022.

Wymagania dotyczące systemu zarzadzania:
Nadzór nad dokumentami

Piąte wydanie Księgi Jakości (KJ) obowiązujące w Oddziale NS i OZ zostało zatwierdzone przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Żywcu w dniu 10.06.2020 r.
W rozdziale 8 „Wymagania dotyczące systemu zarządzania" na str. 1/4 istnieje zapis, że odpowiedzialnym za utrzymanie odpowiedniego i aktualnego systemu zarządzania w Oddziale Nadzoru Sanitarnego oraz w Sekcji Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia jest Kierownik ds. jakości (SJ). W ww. rozdziale podano również personalia tej osoby jak również personalia osoby przejmującej obowiązki w czasie jego nieobecności. Na str. 1/4, 2/4 zapisano zakres obowiązków Kierownika ds. jakości, a w rozdziale 5 „Wymagania dotyczące struktury" określono ogólne zadania kierowników/kierowników technicznych. Zgodnie z wymaganiami normy PN-EN ISO/IEC 17020:2012 podano nazwiska kierowników komórek organizacyjnych/kierowników technicznych i zastępców.

Wszystkie zmiany w KJ dokonywane są przez zarządzającego (SJ) w Karcie zmian. Zmieniane strony lub cały nieaktualny dokument odpowiednio opisane są przechowywane przez zarządzającego. Zmiany są zapisywane w Karcie zmian do pierwszego wydania KJ z 25.01.2008 (w poz. 31 zmiana dotycząca rozdziału 5). Wg oświadczenia SJ o wszystkich zmianach w dokumentacji systemowej kierownicy są informowani podczas szkoleń i narad.
np.
- szkolenie nr 2/2022 podczas, którego SJ przekazał informację o zmianie z dnia 21.03.2022 r. w KJ wydanie 5 (wniosek nr SJ/1/2022 z dnia 21.03.2022 r.), w szkoleniu uczestniczyło 12 pracowników NS i OZ.

Rozdzielnik KJ podaje, że SJ posiada egzemplarz nr 1 Księgi Jakości w wersji papierowej natomiast PPIS, pracownicy sekcji NS i OZ posiadają dostęp do egzemplarza nr 2 w wersji pdf.

Potwierdzono aktualność dokumentów systemu zarządzania posiadanych przez kierownika ds. Systemu Jakości w wersji elektronicznej. Sprawdzono procedury ogólne systemu zarządzania:
PO-01 wydanie 6 z 22.12.2014 r. – ostatnia zmiana z 01.07.2019 r. str.6/16;
PO-02 wydanie 8 z 18.05.2017 – ostatnia zmiana z 24.06.2021 r. str.3/9;
PO-03 wydanie 4 z 22.12.2014 – ostatnia zmiana z 01.06.2017 r. zał. nr 2
PO-04 wydanie 4 z 22.12.2014 – ostatnia zmiana z 01.07.2019 r. str.4/6;
PO-06 wydanie 5 z 22.12.2014 – ostatnia zmiana z 14.10.2016 r. str.3/5.

Dla dokumentów technicznych z GIS otrzymanych poprzez WSSE w Katowicach sporządzane są rozdzielniki, w których wpisane są nazwy odpowiednich sekcji otrzymujący elektroniczne wersje poszczególnych dokumentów np.:
- rozdzielnik Procedury pobierania próbek żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz próbek sanitarnych przekazanej zarządzeniem nr 292/19 GIS z dnia 13.12.2019 r.

Gron

AG

określa, iż dostęp do wersji elektronicznej posiada SJ oraz pracownicy Sekcji Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku.

Dokumenty systemu zarządzania opracowane w WSSE w Katowicach rozpowszechniane są również elektronicznie np.
- wg rozdzielnika Instrukcji Robocza nr IR/NS-BW/02 „Pobieranie próbek wody do badań laboratoryjnych" wydanie 4 z dnia 15.03.2019 r. ze zmianą z dnia 14.09.2020 r., egzemplarz nr 2 w wersji elektronicznej (PDF) jest dostępny dla SJ, pracowników Sekcji HK.

Rejestry dokumentów prowadzone są w formie elektronicznej. Sprawdzono przykładowy rejestr prowadzony przez SJ:
- Rejestr dokumentów - Normy, piśmiennictwo i akty prawne stosowane przez kierownika ds. jakości (załącznik nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 6 Procedury Ogólnej systemu Zarządzania nr PO-01), wpis w poz. 31 z dnia 1.06.2020 r. dot. dokumentu PCA: DAK-07, wydanie 9 z dnia 30.09.2019 r.; wpis w poz. 32 z dnia 05.05.2021 r. DAK-08 wydanie 3 z 30. 03.2021 r.

Według informacji SJ przepisy prawne dostępne są dla pracowników głównie w wersji elektronicznej w programie LEX i na stronie internetowej np. isap.sejm.gov.pl. Tryb postępowania jest zgodny z wymogami procedury nr PO-01.
Dokumenty zewnętrzne związane z systemem zarządzania są zatwierdzane przez Kierownika ds. Jakości, sprawdzono sposób zatwierdzania dokumentów do stosowania na przykładzie dokumentu PCA: DAK-07, wydanie 9 z dnia 30.09.2019 r., dokument został wpisany do rejestru w poz. 31.
Poprawność wprowadzania zmian do dokumentów sprawdzono na przykładzie zmiany do KJ (wniosek nr SJ/1/2022 z dnia 21.03.2021 r.).

Nadzór nad zapisami
Nadzór nad zapisami obejmuje ich sprawdzanie, przeglądanie, zatwierdzanie, właściwe przechowywanie i archiwizację. Zgodnie z dyspozycją zawartą w pkt. 3.3 na str.12/16 obowiązującej Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-01 zapisy dotyczące działań inspekcyjnych muszą zawsze przywoływać właściwe i aktualne przepisy prawne. Poprawność postępowania sprawdzono na przykładzie protokołów kontroli:
Nr 40/1220/NS/NZ/2019 przeprowadzonej w dniu 04.07.2019 r., protokół został zatwierdzony przez kierownika Oddziału Nadzoru Sanitarnego w dniu 10.07.2019.r.;
Nr 1/1220/NS/EP/2020 przeprowadzonej w dniu 11.02.2020 r., protokół został zatwierdzony przez kierownika Oddziału Nadzoru Sanitarnego w dniu 18.02.2020.r.;
Nr 121/1220/NS/HD/2021 przeprowadzonej w dniu 07.12.2021 r. r., protokół został zatwierdzony przez kierownika Oddziału Nadzoru Sanitarnego w dniu 08.12.2021 r;
Nr 10/1220/NS/HP/2022 przeprowadzonej w dniu 25.03.2022 r. r., protokół został zatwierdzony przez kierownika Oddziału Nadzoru Sanitarnego w dniu 01.04.2022 .
W protokołach zastosowano obowiązujący w chwili cytowania tekst jednolity ustawy o PIS oraz obowiązujący tekst jednolity ustawy Kodeks Postępowania Administracyjnego.
Prawidłowość sprawowania nadzoru nad pozostałymi zapisami sprawdzono na podstawie:
- listy obecności na szkoleniu nr 2/2022 (załącznik nr 5 z dnia 22.12.2014 do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04), w liście podpisało się 12;
- planu szkoleń wewnętrznych na I półrocze 2019 r., opracowany w dniu 30.01.2019 r., zaplanowano i zrealizowano 3 szkolenia;
- planu szkoleń wewnętrznych na I półrocze 2020 r., opracowany w dniu 28.01.2022 r., zaplanowano 1 szkolenie.
Sprawdzone zapisy są nadzorowane w sposób prawidłowy.
Według oświadczenia Głównego Specjalisty ds. Systemu Jakości zapisy gromadzone w formie elektronicznej są zabezpieczone poprzez tworzenie kopii zapasowych na serwerze.

Audity wewnętrzne
Każdego roku Kierownik ds. jakości dokonuje oceny auditorów wewnętrznych, na podstawie, której sporządzany jest rejestr auditorów. Rejestr auditorów wewnętrznych zatwierdzany jest przez PPIS. Rejestr sporządzony 30.03.2022 r. zawiera 10 nazwisk. Zgodnie z zapisami procedury nr PO-02 programy auditów

wewnętrznych powinny zostać zatwierdzone do 15 lutego roku, którego dotyczą. PPIS w Żywcu zatwierdził programy auditów wewnętrznych na rok 2022 w dniu 14.02.2022 r. Zakres auditów opracowany jest tak, że obejmuje wszystkie elementy systemu zarządzania i działań technicznych w cyklu dwuletnim we wszystkich komórkach organizacyjnych NS i OZ oraz u SJ/ kierownika NS. W roku 2020 z uwagi na wprowadzenie stanu epidemii SARS-CoV - 2 i obciążenie personelu dodatkowymi zadaniami auditów wewnętrznych nie zrealizowano.
Na 2022 r. zaplanowano 9 auditów wewnętrznych.
Sprawdzane Programy auditów wewnętrznych zostały sporządzone na załączniku nr 1 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 procedury nr PO-02. Np. w 2019 r. program auditów Sekcji Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku PPIS zatwierdził 12.02.2019 r. Dokument powołania auditorów do przeprowadzenia auditu (załącznik nr 2 z dnia 18.05.2017 r. do wyd. 8 procedury nr PO-02) został podpisany przez PPIS w Żywcu w dniu 11.03.2019 r.
W celu stwierdzenia poprawności postępowania przeanalizowano pozostałe zapisy dotyczące tego auditu. Plan auditu wewnętrznego opracowany został przez auditora wiodącego na załączniku nr 3 do wyd. 8 procedury nr PO-02 w dniu 22.10.2019 r. (został zachowany termin wymaganych 7 dni przed terminem auditu). Audit wewnętrzny przeprowadzono w dniach 29-30.10.2019 r. Raport opracowano w dniu 20.11.2019 r. (w terminie nie dłuższym niż 15 dni roboczych od terminu auditu). W załącznikach do raportu zostały zapisane ustalenia z auditu, które pozwalają prześledzić przebieg auditu oraz zawierają dowody zgodności – próbki auditowe, wnioski i wszystkie inne wymagane informacje. SJ ocenił pracę auditora na Karcie oceny auditora 4/2019 i 5/2019 (załącznik nr 7 z dnia 18.05.2017 r. do wyd. 8 procedury nr PO-02).
Tryb postępowania podczas przygotowania, przeprowadzania i dokumentowania auditów wewnętrznych jest prawidłowy i zgodny z wymaganiami procedury nr PO-02 „Audit wewnętrzny".
Podczas tego auditu członek zespołu auditującego zapisał 2 niezgodności. Prawidłowość postępowania opisano poniżej.

Odstępstwa, działania korygujące i zapobiegawcze

Odstępstwa – w ostatnich latach nie zapisano odstępstw.
Działania korygujące – w roku 2019 prowadzono 3 działania korygując, a w 2021 r. 1 działanie korygujące do niezgodności z audtiów wewnętrznych.
Poprawność postępowania oceniono na przykładzie kart niezgodności nr 1 i nr 2 do auditu wewnętrznego nr NS/HŻŻ/1/2019. Oceny skuteczności działań korygujących dokonał auditor wiodący podczas kolejnego auditu wewnętrznego w komórce. Tryb postępowania jest zgodny z wymaganiami procedury nr PO-02.
SJ nie prowadziła w ostatnim czasie działań zapobiegawczych. Prawidłowość postepowania oceniono na podstawie Karty działań zapobiegawczych nr NS/HŻŻ/1/2019.
Podejmowanie działań zapobiegawczych jest ważnym elementem doskonalenia systemu zarządzania i należy dążyć do ich inicjowania.

Przeglądy zarządzania

Sprawdzono dokumentację dotyczącą przeglądów zarządzania z lat: 2019, 2021 i 2022.
W 2022 r. przegląd zarządzania został przeprowadzony w dniu 30.03.2022 r., co jest zgodne z pkt. 3.1 procedury nr PO-06, który mówi, że przeglądy zarządzania powinny być przeprowadzone do końca I kwartału. Program przeglądu zarządzania został sporządzony przez SJ i zatwierdzony przez PPIS w Żywcu w dniu 21.03.2022 r. (na załączniku nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do procedury nr PO-06). W programie przeglądu zarządzania ujęto między innymi punkt dotyczący oceny realizacji ustaleń z poprzedniego przeglądu, wyniki monitorowania pracowników przeprowadzających kontrolę, informację o podjętych działaniach korygujących, propozycje zmian w systemie zarządzania oraz dodatkowo informację o stanie kontroli zarządczej.
Wszyscy uczestnicy przeglądu zarządzania otrzymali program przeglądu zarządzania z zachowaniem wymaganych 7 dni przed wyznaczonym terminem przeglądu, co potwierdzili swoim podpisem w programie.
W przeglądzie zarządzania oprócz prowadzącego przegląd PPIS w Żywcu uczestniczył SJ/ kierownik NS, kierownicy komórek NS i OZ i Główna Księgowa.
Podczas przeglądu ustalono cel operacyjny: Podnoszenie kwalifikacji pracowników poprzez udział w szkoleniach zewnętrznych, w tym szkolenie dla przyszłych auditorów wewnętrznych. Z przeglądu zarządzania SJ sporządził protokół (załącznik nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 procedury nr PO-06 „Przegląd zarządzania"), który został zatwierdzony przez PPIS w Żywcu.

Zgodnie z wymaganiami normy PN-EN ISO/IEC 17020 i procedury nr PO-06 SJ przechowuje wszystkie zapisy z przeglądu, tj. program przeglądu zarządzania, protokół z przeglądu zarządzania z załącznikami.
Prawidłowość postępowania z zapisywanymi podczas przeglądu zarządzania ustaleniami oceniono na podstawie Ustalenia nr 1 do Protokołu z przeglądu zarządzania przeprowadzonego w dniu 25.03.2019 r. Ustalenie dotyczyło przeszkolenia i przygotowania nowych pracowników do roli auditorów wewnętrznych. Ocenę realizacji ustalenia przeprowadzono w dniu 16.12.2019 r. i opisano w protokole z kolejnego przeglądu zarządzania.
Tryb postępowania w zakresie planowania, przeprowadzania i dokumentowania przeglądów zarządzania jest zgodny z wymaganiami obowiązującej procedury nr PO-06 „Przegląd zarządzania".

Wymagania dotyczące zasobów w tym:
Wymagania kompetencyjne, szkolenie, monitorowanie pracy personelu
W rozdziale 6 Księgi Jakości zapisano wymagania dotyczące personelu kierowniczego /technicznego zatrudnionego w NS i OZ.
Kwalifikacje i doświadczenie personelu kierowniczego/technicznego są zgodne z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu MZ z dnia 22 marca 2010 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególne stanowiska pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej (Dz.U. nr 48 z 2010 r., poz. 283). Wg oświadczenia kierownika ds. jakości opisane w tym rozdziale wymagania dla personelu są zachowane. Sprawdzono zapisy dotyczące wymaganych kwalifikacji na przykładzie SJ, który spełnia ww. wymagania: posiada wykształcenie wyższe, magisterskie, studia podyplomowe: „Zarządzanie w ochronie zdrowia" ukończył różne kursy i szkolenia dotyczące systemu zarządzania jakością, staż pracy w Inspekcji Sanitarnej 13 lat.
Dla każdego pracownika prowadzone są rejestry szkoleń zewnętrznych i wewnętrznych, a dla nowo przyjmowanych pracowników karty szkolenia wstępnego.
Sprawdzono Kartę szkolenia wstępnego młodszego asystenta z Sekcji Higieny Komunalnej i Środowiska zatrudnionej 14.04.2021 r. Szczegółowy program szkolenia wstępnego został opracowany w dniu 19.04.2021 r. przez kierownika sekcji.
W dniu 14.04.2021 r. ww. pracownik otrzymał pierwszy zakres czynności i obowiązków, w którym otrzymał szczegółowy zakres obowiązków wykonywanych pod nadzorem doświadczonego pracownika sekcji. Zakres szkoleń wymienionych w Karcie szkolenia wstępnego został zrealizowany, w dniu 21.02.2022 r. przeprowadzono obserwację pracy, od dnia 01.03.2022 r. pracownik może samodzielnie wykonywać powierzone zadania.
Do chwili obecnej ww. pracownik uczestniczył w 11 szkoleniach wewnętrznych, (rejestr szkoleń wewnętrznych, załącznik nr 6 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury nr PO-04), oraz w 4 szkoleniach zewnętrznych (organizatorzy to GIS, WSSE w Katowicach, UNECE i WHO).

Protokoły z kontroli sanitarnej są sprawdzane i zatwierdzane przez kierownika Nadzoru Sanitarnego/ kierowników sekcji/ kierowników technicznych.
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 w Żywcu również podlegają monitorowaniu.
Pierwszy czteroletni program obserwacji kontroli został sporządzony na lata 2009-2012, drugi obejmował lata 2013-2016, trzeci 2017-2020, czwarty obejmujący lata 2021-2024 został zatwierdzony przez PPIS w Żywcu w dniu 28.01.2021 r.
Roczny program obserwacji kontroli opracowany na rok 2022 został sporządzony przez kierownika NS na obowiązującym załączniku nr 2 do wydania 5 procedury nr PO-07. Został on zatwierdzony przez PPIS w Żywcu w dniu 14.02.2022 r.
Zawiera on nazwiska 16 pracowników NS i OZ.
Przeanalizowano sprawozdanie z obserwacji pracy ww. pracownika przeprowadzającego kontrolę z sekcji Higieny Komunalnej i Środowiska, które zostało sporządzone na załączniku nr 3 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 Procedury Ogólnej nr PO-07 i Kartę Oceny Pracownika Przeprowadzającego Kontrolę (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 Procedury Ogólnej nr PO-07). Obserwację kontroli przeprowadzono w dniu 21.02.2022 r.

Gzor

AL

Zapisy sporządzono w dniu 25.02.2022 r. Pracownik otrzymał 17 punktów z 20 możliwych i uzyskał ocenę akceptowalną. Kierownik sekcji przeprowadzający obserwację znajduje się w „Liście osób, które będą przeprowadzać obserwację pracy pracowników w 2022 r." (zatwierdzonej przez PPIS w Żywcu dnia 27.01.2022 r.), która zawiera nazwiska dziewięciu obserwatorów kontroli.
Tryb postępowania w tym zakresie zgodny jest z wymaganiami zawartymi w Procedurze PT/01 i procedurze nr PO-07 „Monitorowanie przeprowadzania kontroli".

Doskonalenie systemu zarządzania w Oddziale Laboratoryjnym PSSE w Żywcu:
Według informacji przekazanej przez asystenta ds. jakości Oddział Laboratoryjny doskonali wdrożony system zarządzania zgodny z wymaganiami normy nr PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02, między innymi poprzez:
1. Uaktualnienie/ rozszerzenie zakresu akredytacji AB - 518
Zakres Akredytacji wyd. 15 z dnia 18.06.2015
Uaktualnienie:
Procedura Badawcza nr LB/PB-01 wyd. 2 z dnia 04.02.2008r. - wykrywanie pałeczek *Salmonella* i *Shigella* w próbkach kału - zastąpiona wydaniem 3 z dnia 05.02.2016,
PN-EN 1622:2003 - oznaczanie smaku i zapachu w wodzie - zastąpiona PN-EN 1622:2006 pkt. 10.2.2 i 10.3.1,
PN-EN ISO 6579:2003 wykrywania obecności Salmonella spp. w żywności i paszach - uwzględniono zmianę: AC:2014-11.
Rozszerzenie:
PN-EN ISO 8467:2001 - oznaczanie indeksu nadmanganianowego w wodzie,
PZH ZHK:2007 - wykrywanie obecności i liczby *gronkowców koagulazo – dodatnich* w wodzie,
PN-EN 14253+Ap1:2011 - badania drgań mechanicznych o ogólnym działaniu na organizm,
PN-EN ISO 5349-1:2004; PN-EN ISO 5349-2:2004 - badania drgań działających na organizm człowieka przez kończyny górne,
PONADTO:
PN-A- 79529-13:2005 pkt. 5.2 - badania zawartości cyjanowodoru w napojach alkoholowych - rozszerzono zakres pomiarowy metody,
PN-EN ISO 14673-1:2004+Ap 1:2007 - badania zawartości azotanów i azotynów w środkach specjalnego przeznaczenia żywieniowego - rozszerzono górny zakres pomiarowy,
PN-A-79033:1985 pkt. 3.8.2 - badania zawartości kwasów napojach bezalkoholowych - rozszerzono i uaktualniono zakres pomiarowy,
Zakres Akredytacji wyd. 16 z dnia 23.06.2016
Rozszerzenie:
PN-EN ISO 11731-2:2008 - wykrywanie obecności i oznaczanie liczby *Legionella sp.* w wodzie,
PN-EN ISO - 14189:2016-10 - wykrywanie obecności i oznaczanie liczby *Clostridium perfringens* w wodzie,
badania/pomiary wykonywane w terenie, w wodzie na pływalniach, w zakresie:
LW/PB-07 wydanie 1 z dnia 07.11.2016 r. Aplikacja HACH: Metoda 8021 - oznaczania chloru wolnego w wodzie,
LW/PB-07 wydanie 1 z dnia 07.11.2016 r. Aplikacja HACH: Metoda 8167 - oznaczania chloru ogólnego w wodzie,
LW/PB-07 wydanie 1 z dnia 07.11.2016 17r. Aplikacja HACH: Metoda 8021 i Metoda 8167 - oznaczania chloru związanego (z obliczeń) w wodzie ,
LW/PB-06 wydanie 1 z dnia 26.09.2016 r. – oznaczanie pomiaru potencjału redox w wodzie względem elektrody Ag/AgCl, 3.5 M KCl,
PONADTO:
rozszerzono zakres pomiarowy dla badań wykonywanych techniką NPL w żywności, na następujący : od 0 NPL/g lub ml".
Zakres Akredytacji wyd. 17 z dnia 21.08.2017
Uaktualnienie:
PN-EN ISO 6579:2003 - wykrywanie obecności Salmonella spp. w żywności i paszacH - zastąpiona PN-EN ISO 6579-1:2017-04,

PN-EN ISO 11290-2:2000+A1:2005+Ap1:2006+Ap2:2007 - oznaczanie w żywności liczby *Listeria monocytogenes* i innych Listeria spp - zastąpiona PN-EN ISO 11290-2:2017-07,
PN-EN ISO 21528-2:2005 - oznaczanie w żywności i próbkach środowiskowych liczby *Enterobacteriaceae* wykonywanych metodą płytkową – zastąpiona przez PN-EN ISO 21528-2:2017-08
Zakres Akredytacji wyd. 18 z dnia 02.03.2018
Uaktualnienie:
PN-EN ISO 11290-1:1999+A1:2005 - wykrywania obecności *Listeria monocytogenes* w żywności - zastąpiona PN-EN ISO 11290-1:2017-07.
Zakres Akredytacji wyd. 19 z dnia 11.06.2018
Uaktualnienie:
PN-EN ISO 6888-1:2001+A1:2004 - uwzględniono zmianę A2:2018-1 z wyłączeniem punktu 9.5.3),
Zmiana wydań:
PB LW/PB-07 - oznaczania chloru wolnego, ogólnego i związanego (z obliczeń) w wodzie - wyd. 1 z dnia 07.11.2016 na wyd. 2 z dnia 18.02.2019,
PB LW/PB-06 - oznaczanie potencjału utleniająco – redukującego (redox) w wodzie - wyd. 1 z dnia 26.09.2016 na wyd. 2 z dnia 18.02.2019,
PB LŻ/PB-05 - ocena cech organoleptycznych przecierów i koncentratów pomidorowych wyd. 1 z dnia 18.11.2009 na wyd. 2 z dnia 18.02.2019,
PB LŻ/PB-07 - ocena cech organoleptycznych produktów warzywnych wyd. 1 z dnia 01.03.2010 na wyd. 2 z dnia 18.02.2019PB LŻ/PB-03 - wykrywania obecności szkodników i ich pozostałości wyd. 3 z dnia 26.02.2010 na wyd. 4 z dnia 18.02.2019,
PB LŻ/PB-04 - wykrywanie obecności zanieczyszczeń fizycznych wyd. 2 z dnia 27.02.2008 na wyd. 3 z dnia 18.02.2019,
PB LB/PB-01 - wykrywanie obecności *Salmonella spp* i *Shigella spp* w próbkach materiału biologicznego (kału) wyd. 3 z dnia 05.02.2016 na wyd. 4 z dnia 18.02.2019,
PB LŚ/PB-03 - oznaczanie stężenia gazów metodą elektrochemiczną wyd. 1 z dnia 16.03.2006 na wyd. 3 z dnia 30.04.2019.
Rozszerzenie:
PN-EN ISO 11731:2017-08 - oznaczanie liczby bakterii z rodzaju *Legionella* w wodzie
uwzględnienie frakcji respirabilnej w obszarze pobierania próbek powietrza do oceny narażenia zawodowego na substancje nieorganiczne wg PN-Z-04008-7:2002; PN-Z-04008-7:2002+Az1:2004.
Zakres Akredytacji wyd. 20 z dnia 19.07.2019
Uaktualnienie:
PN-EN ISO 11731:2017-0 - oznaczanie liczby bakterii z rodzaju *Legionella* w wodzi - uwzględniono poprawkę PN-EN ISO 11731:2017-08/Ap1:2019-12,
Rozszerzenie:
metodę badawczą wg PN-A-74108:1996 pkt. 2 dotyczącą oceny sensorycznej pieczywa z zastosowaniem prostego testu opisowego (wyróżniki organoleptyczne: wygląd zewnętrzny, skórka: barwa, grubość, pozostałe cechy, miękisz: elastyczność, porowatość, pozostałe cechy, smak i zapach).
Zakres Akredytacji wyd. 21 z dnia 10.11.2020
Uaktualnienie:
PN-EN ISO 6579-1:2017-04 - wykrywanie obecności Salmonella spp. w żywności i paszach – (uwzględniono zmianę: PN-EN ISO 6579-1:2017-04/A1:2020-09),
PN-EN ISO 7932:2005 - oznaczanie liczby przypuszczalnych Bacillus cereus w żywności i paszach (uwzględniono zmianę PN-EN ISO 7932:2005/A1:2020-09).

2. Walidację/ weryfikację metod

2016

Sekcja Badań Wody:

Przeprowadzono sprawdzenie cech charakterystycznych:
metody oznaczania ilościowego *gronkowców koagulazo – dodatnich* w wodzie wg metodyki PZH ZHK:2007,
metody oznaczania indeksu nadmanganianowego w wodzie wg PN-EN ISO 8467:2001,

Sekcja Badań Środowiska Pracy:

Przeprowadzono sprawdzenie cech charakterystycznych metody dotyczącej drgań –działających na organizm człowieka przez kończyny górne wg PN-EN ISO 5349-1:2004, PN-EN ISO 5349-2:2004 , PN-EN ISO 5349-2:2004/A1:2005-11 oraz drgań o ogólnym działania na organizm człowieka PN-EN 14253+A1:2011,

Sekcja Badań Żywności i Przedmiotów Użytku:

Przeprowadzono sprawdzenie cech charakterystycznych metod fizykochemicznych:

PN-EN ISO 14673-1:2004+Ap1:2007 „Oznaczanie zawartości azotanów (III) i azotanów (V). Metoda z wykorzystaniem redukcji kadmem i spektrofotometrii – sery, mleko w proszku i środki specjalnego przeznaczenia żywieniowego dla niemowląt i małych dzieci: kaszki i produkty na bazie mleka",

2017

Sekcja Badań Wody:

Przeprowadzono sprawdzenie cech charakterystycznych: metody oznaczania ilościowego *bakterii Legionella* w wodzie wg metodyki PN-EN ISO 11731-2:2008,

metody oznaczania ilościowego *Clostridium perfringens* w wodzie wg metodyki PN-EN ISO 14189:2016-10

Przeprowadzono walidację metody oznaczania stężenie chloru wolnego, chloru ogólnego i chloru związanego (z obliczeń) wg Procedury badawczej nr LW/PB-07 wydanie 1 z dn. 07.11.2016 r.

metody oznaczania potencjału utleniająco-redukujący wg Procedury badawczej nr LW/PB-06 wydanie 1 z dn. 26.09.2016 r.

Sekcja Badań Żywności i Przedmiotów Użytku:

Przeprowadzono sprawdzenie cech charakterystycznych metody wg PN-EN ISO 6579-1:2017-04 dotyczącej wykrywania obecności *Salmonella spp.* w próbkach żywności

2018

Sekcja Badań Żywności i Przedmiotów Użytku – metody mikrobiologiczne:

Przeprowadzono sprawdzenie cech charakterystycznych:

metody wg PN-EN ISO 11290-2:2017-07 dotyczącej oznaczania w żywności liczby *Listeria monocytogenes* i innych Listeria spp wykonywanych metodą płytkową – posiew powierzchniowy,

metody wg PN-EN ISO 21528-2:2017-08 dotyczącej oznaczania w żywności i próbkach środowiskowych liczby Enterobacteriaceae wykonywanych metodą płytkową – posiew wgłębny,

metody wg PN-EN ISO 11290-1:2017-07 dotyczącej wykrywania w żywności obecności *Listeria monocytogenes* metodą hodowlaną z potwierdzeniem biochemicznym,

Przeprowadzono rewalidację:

metody wg LZ/PB-03 wyd. 3 dotyczącej wykrywania obecności szkodników i ich pozostałości,

metody wg LZ/PB-04 wyd. 2 dotyczącej wykrywania obecności zanieczyszczeń fizycznych,

Sekcja Badań Żywności i Przedmiotów Użytku – **metody sensoryczne:**

Przeprowadzono sprawdzenie cech charakterystycznych:

metody PN-A-88032:1998+Ap1:2001 „Wyroby cukiernicze. Badania organoleptyczne",

metody PN-A-74252:1998 pkt.4 „Wyroby i półprodukty ciastkarskie. Metody badań",

metody PN-85/A-79033 pkt.3.4 i 3.5 „Napoje bezalkoholowe. Pobieranie próbek i metody badań",

metody PN-A-75100:1994 pkt.5.3.1+Az1:2000 „Produkty owocowe. Dżemy",

metody PN-A-86951:2006 pkt.6.1 „Produkty warzywne, owocowe, warzywno – owocowe i warzywno-grzybowe. Sosy",

metody PN-A-79011-2:1998 pkt.2.2+Az1:2000+Az2:2008 „Koncentraty spożywcze. Metody badań. Badania organoleptyczne, sprawdzanie stanu opakowań, oznaczanie zanieczyszczeń"

metody PN-A-74108:1996 pkt.4 „Pieczywo. Metody badań",

metody PN-A-82107:1996 pkt.2.2 „Wyroby garmażeryjne. Badania organoleptyczne i fizyczne",

metody PN-A-75958:2002 pkt.4 „Produkty warzywne i owocowo – warzywne. Soki" ,

Przeprowadzono rewalidację:

metody wg LŻ/PB-05 wyd. 1 z dnia 18.11.2009r. dotyczącej oceny cech organoleptycznych koncentratu i przecieru pomidorowego,

metody wg LŻ/PB-07 wyd. 1 z dnia 01.03.2010r. dotyczącej ocena cech organoleptycznych produktów warzywnych,

2019

Sekcja Badań Wody:

Przeprowadzono sprawdzenie cech charakterystycznych:

metody wg PN-EN ISO 11731:2017-08 dotyczącej wykrywania i oznaczania ilościowego bakterii z rodzaju *Legionella* metodą filtracji membranowej,

Sekcja Badań Środowiska Pracy:

Przeprowadzono walidację:

metody wg Procedury Badawczej nr LŚ/PB-03, wyd. 3 z dnia 30.04.2019r. dotyczącą oznaczania tlenku węgla, tlenku azotu i ditlenku azotu w powietrzu na stanowiskach pracy,

Sekcja Badań Żywności i Przedmiotów Użytku:

Przeprowadzono weryfikację:

metody organoleptycznej wg PN-ISO 6658:1998 w zakresie wykrywania i rozpoznawania zapachów, sprawdzania wrażliwości smakowej i analizy opisowej tekstury,

2020

Sekcja Badań Wody:

Przeprowadzono powtórną weryfikację metody: dotyczącej wykrywania i oznaczania ilościowego bakterii z rodzaju *Legionella* wg PN-EN ISO 11731:2017-08 metodą filtracji membranowej,

Sekcja Badań Środowiska Pracy:

Przeprowadzono powtórną weryfikację metod dotyczących:

pobierania próbek powietrza na stanowiskach pracy wg PN-Z-04008-7:2002,

badania zawartości pyłów frakcji wdychalnej i respirabilnej na stanowiskach pracy wg PN-91/Z-04030/05 i PN-91/Z-04030/06,

Sekcja Badań Żywności i Przedmiotów Użytku:

Przeprowadzono:

powtórną weryfikację metod dotyczących oznaczania:

liczby Enterobacteriaceae - metoda płytkowa (posiew wgłębny) wg PN- EN ISO 21528-2:2017-08 - przedmiot badań: próbki środowiskowe (wymaz) oraz próbki żywności (2 kategorie matryc)

liczby drożdży - metoda płytkowa (posiew powierzchniowy) wg PN- EN ISO 21527-1:2009 - przedmiot badań: próbki żywności o aktywności wody wyższej niż 0,95,

liczby pleśni - metoda płytkowa (posiew powierzchniowy) wg PN- EN ISO 21527-1:2009 - przedmiot badań: próbki żywności o aktywności wody wyższej niż 0,95,

liczby pleśni - metoda płytkowa (posiew powierzchniowy) wg PN- EN ISO 21527-2:2009 - przedmiot badań: próbki żywności o aktywności wody niższej lub równej 0,95,

liczby drożdży - metoda płytkowa (posiew powierzchniowy) wg PN- EN ISO 21527-2:2009 - przedmiot badań: próbki żywności o aktywności wody niższej lub równej 0,95,

liczby β-glukuronidazo-dodatnich Escherichia coli - metoda płytkowa (posiew wgłębny) wg PN-ISO 16649-2:2004 - przedmiot badań: próbki żywności,

liczby przypuszczalnych *Bacillus cereus* - metoda płytkowa (posiew powierzchniowy) wg PN- EN ISO 7932-2005 – przedmiot badań: próbki żywności,

liczby bakterii z grupy coli - metoda płytkowa (posiew wgłębny) wg PN-ISO 4832:2007 – przedmiot badań: próbki żywności,

liczby drobnoustrojów - metoda płytkowa (posiew wgłębny) wg PN- EN ISO 4833-1:2013-12 - przedmiot badań: próbki środowiskowe (wymaz sanitarny) oraz próbki żywności (2 kategorie matryc),

liczby gronkowców koagulazo - dodatnich - metoda płytkowa (posiew powierzchniowy) wg PN- EN ISO 6888-1:2001 z wyłączeniem punktu 9.5.3/A1:2004/ A2:2018-10 - przedmiot badań: próbki żywności,

wykrywania obecności bakterii z grupy coli (metoda hodowlana z potwierdzeniem biochemicznym) wg PN-ISO 4831:2007 pkt. 9.1.- przedmiot badań: próbki żywności,

wykrywania obecności gronkowców koagulazo - dodatnich - metoda hodowlana z potwierdzeniem biochemicznym wg PN- EN ISO 6888-3:2004 pkt.9/AC:2005- przedmiot badań: próbki żywności,

wykrywania obecności pałeczek *Salmonella* spp. (metoda hodowlana z potwierdzeniem biochemicznym i serologicznym PN- EN ISO 6579-1:2017-04,

weryfikację metody zgłoszonej do rozszerzenia zakresu akredytacji dotyczącej:

oceny sensorycznej pieczywa z zastosowaniem prostego testu opisowego (wyróżniki organoleptyczne: wygląd zewnętrzny, skórka: barwa, grubość, pozostałe cechy, miękisz: elastyczność, porowatość, pozostałe cechy, sma i zapach) - wg PN-A-74108:1996 pkt. 2,

2021

Sekcja Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń:

Przeprowadzono powtórną walidację metod dotyczących:
wykrywania pałeczek *Salmonella* i *Shigella* w próbkach kału wg LB/PB-01 wydanie 5 z dnia 11.07.2019
wykrywania pałeczek Enterobacteriaceae innych niż *Salmonella* i *Shigella* w próbkach materiału biologicznego wg LB/PB-03 wydanie 4 z dnia 15.11.2021.

3. Inne elementy doskonalenia systemu zarządzania:
W okresie **październik 2015 – kwiecień 2022** doskonalono system zarządzania poprzez:
- udział w badaniach biegłości/międzylaboratoryjnych;
- sprawdzenie cech charakterystycznych/ weryfikację/ walidację metod badawczych;
- dokonywanie zmian w dokumentacji systemu zarządzania i działalności technicznej;
- podnoszenie kwalifikacji pracowników poprzez udział w szkoleniach zewnętrznych oraz w szkoleniach wewnętrznych:

Rok	**Liczba szkoleń**	
	wewnętrznych	**zewnętrznych**
2015	60	16
	(od. 01.10.-31.12.2015):	
	17	7
2016	46	15
2017	67	11
2018	57	15
2019	47	8
2020	30	9
2021	28	23
2022 (stan na 30.04.22)	9	6

- zakup wyposażenia:
automat myjąco-dezynfekującego Miele (LM) – 2016,
dilutor (LŻ) – 2019,
dejonizatory (2 szt), mini piekarnik, dejonizator; chłodziarka, cieplarki (3 szt.), aspiratory indywidualne (5 szt.) – 2020,
rejestratory temperatury z sondami TC, młynek nożowy, dejonizator wody, pompa perystaltyczna do automatycznego dozowania pożywek płynnych agarowych wraz z pistoletem dozującym, waga analityczna – 2021;
- zorganizowanie małych porównań międzylaboratoryjnych (2020) w zakresie:
oceny cech organoleptycznych napoju bezalkoholowego niegazowanego metodą prostego testu opisowego
oznaczania wilgotności w pieczywie,
oznaczania azotanów w mleku w proszku;
- podejmowanie działań zapobiegawczych:

Rok	**Liczba działań zapobiegawczych w wyniku spostrzeżeń z:**			
	auditów zewnętrznych	**auditów wewnętrznych**	**bieżącej działalności**	**RAZEM:**
2015	-	2	-	2
2016	4	-	-	4
2017	7	-	1	8
2018	-	2	-	2
2019	8	2	-	10
2020	1	-	-	1
2021	2	-	-	2
2022	-	-	-	-
RAZEM:	22	6	1	29

Szczegóły dotyczące podejmowanych działań zapobiegawczych zawarte są w Kartach działań zapobiegawczych i Kartach oceny ryzyka.
Powyższe materiały wskazują, iż system zarządzania w Oddziale Laboratoryjnym jest doskonalony.

XIII. Dodatkowe informacje – nie dotyczy

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów: nie dotyczy

KIEROWNIK
ODDZIAŁU NADZORU SANITARNEGO [redacted]

STARSZY ASYSTENT [redacted]

Główny Specjalista
do spraw Systemu Jakości
mgr inż. Anna Gwiazdowska

.....
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 10.*
do protokołu nr OK.1611.3.2.2022
kontroli

Ustalenia w zakresie działalności laboratoryjnej:

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Żywcu,
34-300 Żywiec, ul. Krasińskiego 3

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli:
Oddział Laboratoryjny PSSE w Żywcu, tym:
Sekcja Badań Żywności i Przedmiotów Użytku
Sekcja Badań Wody
Sekcja Badań Środowiska Pracy
Sekcja Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń
(pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym PSSE)

III. Data kontroli: 10-11-12.05.2022 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli: wrzesień 2015 r. – kwiecień 2022 r.

VI. Kontrola dokumentów

1. Wykaz kontrolowanych dokumentów

L.p.	Nazwa dokumentu	Uwagi
1.	Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 8 października 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. 2020. poz. 2021)	
2.	Rozporządzenie Komisji (WE) nr 1881/2006 z dnia 19 grudnia 2006 r. ustalające najwyższe dopuszczalne poziomy niektórych zanieczyszczeń w środkach spożywczych (Dz.U. L 364 z 20.12.2006, str. 5-24 z późn. zm.)	
3.	Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1333/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie dodatków do żywności (Dz.U. L 354 z 31.12.2008, str. 16-33 z późn. zm.)	
4.	Wykaz Przepisów Prawnych - Sekcja Badań Żywności i Przedmiotów Użytku zał. nr 8 z dn. 11.01.2021 r. do Procedury nr PO-01	
5.	Wykaz dokumentów związanych z działalnością techniczną: normy – zał. nr 6 z dn. 08.02.2012 r. do Procedury nr PO-01	
6.	Wykaz norm badawczych do badań mikrobiologicznych – zał. nr 12 z dn. 01.06.2005 r. do Procedury nr LŻ/PO-03	
7.	Zakres akredytacji Laboratorium Badawczego nr AB 518, wydanie 22 data wydania: 18.05.2021 r.	
8.	„Plan zasadniczych zamierzeń Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Żywcu na 2022 rok" zatwierdzony przez Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Żywcu w dn. 22.12.2021 r.	
9.	„Plan badania próbek żywności i przedmiotów użytku dla województwa śląskiego w ramach urzędowej kontroli i monitoringu na rok 2022"	

L.p.	Nazwa dokumentu	Uwagi
10.	Procedura Ogólna Systemu Zarządzania PO-01 „Nadzór nad dokumentami" wydanie 10 z dnia 01.03.2022 r.	
11.	Zlecenie nr OL/LŚ-1 z dnia 11.01.2022 r. na wykonanie pomiarów czynników środowiska pracy	
12.	Przegląd zlecenia nr OL/LŚ-1 z dnia 11.01.2022 r.	
13.	Sprawozdanie nr OL/LŚ-1/2022 z dnia 08.03.2022 r. dotyczące pomiarów pyłowych zanieczyszczeń powietrza oraz pomiarów hałasu i oświetlenia w środowisku pracy	
14.	Zlecenie nr OL/LŚ-2 z dnia 08.03.2022 r.	
15.	Przegląd zlecenia nr OL/LŚ-2 z dnia 09.03.2022 r.	
16.	Procedura Ogólna Systemu Zarządzania nr PO-02 „Obsługa klienta" wydanie 10 z dnia 05.10.2021 r.	
17.	Procedura Ogólna Systemu Zarządzania LŻ/PO-03 „Postępowanie z próbkami żywności do badań" wydanie 8 z dnia 11.01.2021 r.	
18.	Procedura Ogólna Systemu Zarządzania LW/PO-03 „Postępowanie z próbkami wody do badań" wydanie 7 z dnia 31.01.2022 r.	
19.	Procedura Ogólna Systemu Zarządzania LB/PO-03 „Postępowanie z próbkami w Sekcji Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń" wydanie 5 z dnia 05.10. 2021 r.	
20.	Procedura Ogólna Systemu Zarządzania LŚ/PO-03 „Pobieranie próbek, postępowanie z próbkami, wykonywanie pomiarów" wydanie 8 z dnia 30.08.2019 r.	
21.	Sprawozdanie z badań nr OL/LŻ/49/179/2022 z dnia 27.04.2022 dotyczące badań próbki kaszki mlecznej, wielozbożowej z kaszką jaglaną, truskawkami i bananami w kierunku zawartości azotanów	
22.	Sprawozdanie z badań nr OL/LŻ/455/1124/2021 z dnia 17.12.2022 r. dotyczące badań sensorycznych próbki ciastek owsianych z sezamem	
23.	Instrukcja Robocza OL/IR-27 „Walidacja/weryfikacja metod badawczych" wydanie 8 z dnia 11.07.2019 r.	
24.	Instrukcja Robocza nr OL/IR-28 „Walidacja/Weryfikacja metod mikrobiologicznych" wydanie 9 z dnia 18.01.2021 r.	
25.	Karta weryfikacji metody. Rodzaj badania: Oznaczanie zawartości azotanów III i V w serach dojrzewających, mleku w proszku oraz środkach specjalnego przeznaczenia żywieniowego dla niemowląt i małych dzieci: kaszki według normy PN-EN ISO 14673-1:2004+Ap1:2007 nr 1/2020 zatwierdzona 06.07.2020	
26.	Program potwierdzania ważności wyników nr 1/2020 dla metody Oznaczanie zawartości azotanów III i V w serach dojrzewających, mleku w proszku oraz środkach specjalnego przeznaczenia żywieniowego dla niemowląt i małych dzieci: kaszki z 13.07.2020	
27.	Sprawozdanie z badań nr OL/LŻ/49/179/2022 zatwierdzone w dniu 27.04.2022	
28.	Przegląd zlecenia nr 25/2022	
29.	Zlecenie nr 25/2022 z dnia 06.04.2022	
30.	Protokół nr 14/HŻ/2022 z dnia 05.04.2022 PSSE Żywiec	
31.	Zlecenie badań długoterminowych nr NS-HK.9052.1.12022 – klient wewnętrzny PSSE Żywiec z dnia 04.01.2022	
32.	Przegląd zlecenia z dnia 04.01.2022 r. zatwierdzony 05.01.2022 r.	
33.	Sprawozdanie z badań nr OL/LW-54/2022 z dnia 12.04.2022 dotyczące badań próbki wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi z ujęcia podziemnego	
34.	Zlecenie wykonania skuteczności sterylizacji nr OL/LB-10 z dnia 08.03.2022 r.	
35.	Przegląd zlecenia nr OL/LB-10 z dnia 08.03.2022	
36.	Sprawozdanie z badań nr OL/LB-10/2022/S/3 z dnia 15.03.2022 dotyczące badań wykonania skuteczności sterylizacji.	
37.	Zlecenie nr 322/957/Z 874 z dnia 29.03.2022 r., zlecenie nr 322/958/Z 875 z dnia 29.03.2022 r., zlecenie nr 322/1006/Z 923 z dnia 30.03.2022 r.	
38.	Przegląd zlecenia nr 322/957/Z 874 z dnia 29.03.2022 r., przegląd zlecenia nr 322/958/Z 875 z dnia 29.03.2022 r., przegląd zlecenia nr 322/1006/Z 923 z dnia 30.03.2022 r.	
39.	Sprawozdanie z badania bakteriologicznego nr: OL/LB/322/957/Z 874/2022/S OL/LB/322/958/Z 875/2022/S i OL/LB/322/1006/Z 923/2022/S z dnia 31.03.2022 r.	
40.	Świadectwo wzorcowania analizatora MiniWarn o numerze ARXA-0119/R01 nr L3-L31.4180.147.2019.2856.1 z dnia 02.09.2019 r.	

L.p.	Nazwa dokumentu	Uwagi
41.	Świadectwo wzorcowania analizatora X-am 8000 nr Z2-Z23.4180.2.2022.41.2 z dnia 08.02.2022 r.,	
42.	Procedura Ogólna Systemu Zarządzania PO-04 „Nadzór na wyposażeniem" wydanie 7 z dnia 11.01.2021 r.	
43.	Karta instalacji – zał. nr 8 z dn. 28.09.2012 r. do Procedury nr PO-04	
44.	Karta napraw / konserwacji - zał. nr 10 z dn. 18.02.2019 r. do Procedury nr PO-04	
45.	Karta instalacji przyrządu pomiarowego – Wagi nieautomatycznej elektronicznej WPS 600/C o nr identyfikacyjny PP/W/S/K/002/3/LŻ - zał. nr 8 z dn. 28.09.2012 r. do Procedury nr PO-04	
46.	Karta ewidencji – materiały odniesienia / certyfikowane materiały odniesienia– zał. nr 11 z dn. 29.11.2004 r. do Procedury nr PO-04	
47.	Karta ewidencji – odczynniki chemiczne - zał. nr 12 z dn. 28.11.2003 r. do Procedury nr PO-04	
48.	Karta ewidencji – zał. nr 13 z dn. 28.11.2003 r. do procedury nr PO-04	
49.	Harmonogram wzorcowania – zał. nr 1 z dn. 28.09.2012 do Procedury nr PO-04	
50.	Harmonogram wzorcowania przyrządu pomiarowego: termometru elektrycznego – elementu systemu bezprzewodowej rejestracji temperatur o nr identyfikacyjnym PP/W/018/9/LŻ – zał. nr 1 z dn. 28.09.2012 r. do procedury nr PO-04	
51.	Świadectwo wzorcowania nr Z/2019/1611 z dn. 4 listopada 2019 r. dla wagi nieautomatycznej elektronicznej WPS600/C kl. dokładności II, o numerze identyfikacyjnym PP/W/S/K/002/3/LŻ.	
52.	Świadectwo legalizacji ponownej wydane w dn. 20 grudnia 2021 r. na okres do dn. 20 stycznia 2024 r. dla wagi nieautomatycznej elektronicznej WPS600/C kl. dokładności II, o numerze identyfikacyjnym PP/W/S/K/002/3/LŻ.	

2. Aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

W Oddziale Laboratoryjnym są stosowane aktualne przepisy prawne i wytyczne jednostek nadrzędnych. Dokumenty są nadzorowane i aktualizowane zgodnie z zapisami w Procedurze Ogólnej Systemu Zarządzania PO-01 „Nadzór nad dokumentami" wydanie 10 z dnia 01.03.2022 r. Informacje o zmianach w przepisach prawnych pozyskiwane są ze stron internetowych (ISAP, EUR-Lex itp.) oraz szkoleń. Za nadzór nad dokumentami, w tym aktualizację przepisów prawnych oraz wytycznych jednostek nadrzędnych, odpowiedzialne są osoby zarządzające wyznaczone przez kierownika Oddziału Laboratoryjnego.

VII. Realizacja planów pracy w bieżącym roku

Oddział Laboratoryjny realizuje „Plan zasadniczych zamierzeń Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Żywcu na 2022 rok" zatwierdzony przez Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Żywcu w dniu 22.12.2021 r.

Sekcja Badań Żywności i Przedmiotów Użytku w roku bieżącym realizuje badania wynikające z „Planu pobierania próbek do badania żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu dla PIS" na rok 2022 oraz opracowuje sprawozdania z realizacji ww. planu. Sekcja Badań Wody realizuje na bieżąco badania wynikające z harmonogramów badań próbek wody. Pozostałe sekcje realizują zadania w ramach bieżącego nadzoru sanitarno-epidemiologicznego. Zadania są realizowane terminowo.

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

W badaniach laboratoryjnych poszczególne komórki Oddziału Laboratoryjnego korzystają z norm ISO, polskich norm PN, metodyk PZH, własnych procedur badawczych, rozporządzeń, instrukcji producenta, instrukcji roboczych związanych z metodykami badawczymi i działalnością techniczną. Aktualizacja norm dokonywana jest na podstawie informacji dostępnych na stronach internetowych Polskiego Komitetu Normalizacji

M. Kopka

(www.pkn.pl) oraz na szkoleniach. Za aktualizację norm odpowiada osoba merytorycznie odpowiedzialna w sekcji. Każda z sekcji posiada wykazy dokumentów związanych z działalnością techniczną, w tym między innymi wykazy norm, piśmiennictwa i literatury, procedur badawczych, instrukcji roboczych.
W części sekcji Oddziału Laboratoryjnego korzysta się również z norm wycofanych (bez zastąpienia). W każdym przypadku korzystania z wycofanych bez zastąpienia norm klient jest o tym poinformowany. Informacja o wykonaniu badań w oparciu o metodykę zapisaną w wycofanej bez zastąpienia normie znalazła się na przeglądzie zlecenia nr OL/LŚ-1 z dnia 11.01.2022 r. oraz w Sprawozdaniu z badań nr OL/LŚ-1/2022/S/1 z dnia 08.03.2022 r. i dotyczyła norm: PN-Z-04030-05:1991 i PN-Z-04030-06:1991.
Zgodnie z zapisem w Procedurze Ogólnej Systemu Zarządzania PO-01 „Nadzór nad dokumentami" wydanie 10 z dnia 01.03.2022 r. normy wycofane z użycia oznakowane są napisem „Nieaktualne". Nieaktualne normy usuwane są z wykazu, chyba że istnieją argumenty techniczne i/lub merytoryczne uzasadniające ich stosowanie.
W badaniach stosowany jest właściwy tok badań zgodny z zapisami w normach, instrukcjach i rozporządzeniach. Dokonywany jest właściwy dobór metod do wykonywanych badań. Zapisy dotyczące przebiegu badania prowadzone są wyraźnie, czytelnie i przejrzyście, z możliwością odtworzenia toku badania.

IX. Walidacja metod badawczych i szacowanie niepewności

W Oddziale Laboratoryjnym walidację/weryfikację metod badawczych przeprowadza się zgodnie z instrukcjami roboczymi. Metody mikrobiologiczne są walidowane/weryfikowane w warunkach laboratorium zgodnie z Instrukcją Roboczą OL/IR-28 „Walidacja/weryfikacja metod mikrobiologicznych" wydanie 9 z dnia 18.01.2021 r. Metody fizykochemiczne i sensoryczne podlegają walidacji/weryfikacji zgodnie z Instrukcją Roboczą OL/IR-27 „Walidacja/weryfikacja metod badawczych" wydanie 8 z dnia 11.07.2019 r.
W czasie kontroli sprawdzono wykonanie zaleceń pokontrolnych przekazanych w 2015 roku. Nie zrealizowano w pełni rewalidacji górnych zakresów roboczych w metodach oznaczania zawartości azotanów (V). Były one niższe niż NDP dla badanych matryc, wobec czego tak zweryfikowane, w niepełnym zakresie, metody nie są przydatne do zastosowania w obszarach regulowanych prawnie. Z wyjaśnień przedstawionych podczas bieżącej kontroli wynika, że przeprowadzono rewalidację, ale nie zaktualizowano górnych zakresów pomiarowych w zakresie akredytacji. Sprawdzono: kartę weryfikacji metody. Rodzaj badania: Oznaczanie zawartości azotanów III i V w serach dojrzewających, mleku w proszku oraz środkach specjalnego przeznaczenia żywieniowego dla niemowląt i małych dzieci: kaszki według normy PN-EN ISO 14673-1:2004+Ap1:2007 nr 1/2020 zatwierdzona 06.07.2020. i program potwierdzania ważności wyników nr 1/2020 dla metody Oznaczanie zawartości azotanów III i V w serach dojrzewających, mleku w proszku oraz środkach specjalnego przeznaczenia żywieniowego dla niemowląt i małych dzieci: kaszki z 13.07.2020. Wobec powyższego zaleca się zaktualizowanie górnych zakresy pomiarowych w zakresie akredytacji w metodach oznaczania zawartości azotanów (V). Ponadto zaleca się rozszerzenie grupy przedmiotów badań w metodzie oznaczania azotanów i azotynów według normy PN-EN ISO 14673-1:2004+Ap1:2007 poza sery dojrzewające uwzględniając grupy produktów określone w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1333/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie dodatków do żywności (Dz.U. L 354 z 31.12.2008, str. 16-33 z późn. zm.). Dzięki rozszerzeniu grupy obiektów będzie możliwość objęcia kontrolą szerszego asortymentu. Wykonano drugą część zalecenia - sprawdzono zgodności parametrów stosowanych metod z kryteriami określonymi w rozporządzeniu Komisji (WE) nr 1882/2006

z dnia 19 grudnia 2006 r. ustanawiającym metody pobierania próbek i analizy do urzędowej kontroli poziomów azotanów w niektórych środkach spożywczych.
W pozostałym kontrolowanym zakresie metody są walidowane/weryfikowane w sposób zapewniający przydatność metod do określonego celu.

X. Nadzór nad wyposażeniem

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

Nadzór nad wyposażeniem jest prowadzony zgodnie z obowiązującą Procedurą Ogólną Systemu Zarządzania PO-04 „Nadzór nad wyposażeniem" wydanie 7 z dnia 11.01.2021 r. Oddział Laboratoryjny wykonuje badania wyłącznie z udziałem wyposażenia, które jest własnością laboratorium. Wyposażenie zapewnia wymaganą dokładność wykonywanych badań, niezbędną do uzyskiwania ważnych wyników, wykorzystywane jest do wewnętrznego sprawdzania i przetwarzania danych.
Poszczególne sekcje posiadają aktualne wykazy: wyposażenia pomiarowego, materiałów pomocniczych oraz sprzętu komputerowego według klasyfikacji określonej w pkt. 3.2. procedury PO-04 „Nadzór nad wyposażeniem" wydanie 7 z dnia 11.01.2021 r. Nadzór nad wyposażeniem obejmuje: ewidencjonowanie, etykietowanie, użytkowanie, wzorcowanie, sprawdzanie, konserwację, transportowanie i przechowywanie. Nadzór sprawuje osoba merytorycznie odpowiedzialna za badania. Wyposażenie pomiarowe jest obsługiwane przez upoważnionych pracowników.
Wzorce pomiarowe robocze, przyrządy pomiarowe i sprzęt pomocniczy przed włączeniem / przywróceniem do użytkowania poddawane są weryfikacji polegającej na sprawdzeniach wewnętrznych i/lub ocenie metrologicznej świadectw wzorcowania.
Przyrządy pomiarowe, wzorce pomiarowe robocze oraz sprzęt pomocniczy posiadają karty instalacji – załącznik nr 8 z dnia 28.09.2012 r. do procedury nr PO-04 „Karta instalacji", karty napraw/ konserwacji – załącznik nr 10 z dnia 18.02.2019 r. do procedury nr PO-04 „Karta napraw/ konserwacji". Poprawność założenia karty instalacji sprawdzono na przykładzie „Karty instalacji przyrządu pomiarowego – wagi nieautomatycznej elektronicznej WPS 600/C o nr identyfikacyjnym PP/W/S/K/002/3/LŻ, której producentem jest [redacted] Karta została podpisana przez Kierownika Oddziału Laboratoryjnego w dniu 01.10.2012 r.
Dla materiałów odniesienia, certyfikowanych materiałów odniesienia, prowadzone są karty ewidencji - załącznik nr 11 z dnia 29.11.2004 r. do procedury nr PO-04 „Karta ewidencji – materiały odniesienia / certyfikowane materiały odniesienia", dla odczynników chemicznych, prowadzone są karty ewidencji - załącznik nr 12 z dnia 28.11.2003 r. do procedury nr PO-04 „Karta ewidencji – odczynniki chemiczne" oraz dla suchych pożywek i komponentów pożywek mikrobiologicznych prowadzone są karty ewidencji - załącznik nr 13 z dnia 28.11.2003 r. do Procedury nr PO-04 „Karta ewidencji"
Wyposażenie podlegające nadzorowi oznakowane jest w sposób prawidłowy niepowtarzalnym numerem identyfikacyjnym zgodnie z zasadami opisanymi w obowiązującej procedurze.

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

Przyrządy pomiarowe i wzorce pomiarowe robocze poddawane są wzorcowaniu (zgodnie z dokumentem PCA DA-06 „Polityka dotycząca spójności pomiarowej wyników pomiarów") przez kompetentne instytucje zewnętrzne, tj. Główny Urząd Miar i akredytowane w tym zakresie laboratoria wzorcujące, co zapewnia zachowanie spójności pomiarowej.
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 z częstotliwością określoną w „Harmonogramach wzorcowań" - załącznik nr 1 z dnia 28.09.2012 do Procedury nr PO-04 przez akredytowane laboratoria wzorcujące. Dodatkowo przyrządy pomiarowe podlegają kalibracji i sprawdzeniu wewnętrznemu zgodnie z zapisami w programach potwierdzenia ważności wyników oraz w kartach instalacji wyposażenia.
Wzorcowanie przyrządów pomiarowych i wzorców pomiarowych roboczych wykonywane jest z częstotliwością określoną w „Harmonogramach wzorcowań" - załącznik nr 1 z dnia 28.09.2012 do Procedury nr PO-04.
W przypadku świadectwa wzorcowania analizatora MiniWarn o numerze ARXA-0119/R01 nr L3-L31.4180.147.2019.2856.1 z dnia 02.09.2019 r. niepewność wzorcowania dla dolnego zakresu pomiarowego tlenku węgla wynosi 100%. Jest to niedopuszczalne – zgodnie z normą PN-EN 482:2021-08 „Narażenie na stanowiskach pracy. Procedura oznaczania stężenia czynników chemicznych. Podstawowe wymagania dotyczące procedur" niepewność w zakresie 0,1<0,5 krotności NDS i 0,5 do 2 NDSCh powinna być ≤ 50%, natomiast dla zakresu od 0,5 do 2-krotności NDS powinna być ≤ 30%. Miernik nie może być stosowany do pomiarów tlenku węgla w niskich zakresach stężeń. Podobna sytuacja jest z pomiarami niskich stężeń tlenku azotu i ditlenku azotu. Zaleca się zweryfikowanie metod z użyciem nowego analizatora X-am 8000, który jest na wyposażeniu sekcji i posiada aktualne świadectwo wzorcowania nr Z2-Z23.4180.2.2022.41.2 z dnia 08.02.2022 r., gdzie niepewności wzorcowania dla dolnych zakresów są zgodne z normą PN-EN 482:2021-08.

XI. Obsługa klienta (rejestr zleceń, zawierane umowy, przeglądy zleceń, sprawozdania z badań)
Współpraca z klientem odbywa się zgodnie z założeniami zawartymi w Procedurze Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-02 „Obsługa klienta" wydanie 9 z dnia 11.01.2021 r.
Poszczególne sekcje realizują zlecenia dla klientów wewnętrznych (którymi są: Śląski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny oraz państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni) oraz dla klientów zewnętrznych. Zlecenia klientów wewnętrznych to zlecenia roczne dotyczące badań długoterminowych (wynikających np. z „Planu pobierania próbek do badań żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu dla PIS" jak w przypadku Sekcji Badań Żywności i Przedmiotów Użytku lub realizacji harmonogramu pobierania próbek wody) oraz jednostkowe zlecenia badań bieżących wynikające z nadzoru sanitarno-epidemiologicznego. Zlecenia klientów zewnętrznych dotyczą badań bieżących.
Do każdego zlecenia sporządzany jest przegląd zlecenia. W przeglądzie zawarte są wszystkie niezbędne ustalenia dotyczące między innymi: zakresu badań i terminu realizacji zlecenia, metod badawczych, oceny adekwatności zasobów do wykonania badania, przedstawiania niepewności wyników badań, wydawania stwierdzeń zgodności oraz zasady podejmowania decyzji w zakresie stwierdzeń zgodności, warunków dostarczania próbek do badań, zasad komunikowania się z klientem, ewentualnego korzystania z usług zewnętrznych dostawców badań. Przeglądy zleceń bieżących klientów wewnętrznych przeprowadzane są w sposób uproszczony ze względu na powtarzalność wykonywanych badań i niezmienność wymagań klientów (wymagania klientów wewnętrznych mogą ulegać zmianom w przypadku zmian obowiązujących przepisów prawnych, czy nowych wydań norm, wówczas sporządzany jest nowy przegląd zlecenia).
Z przeprowadzanych w Oddziale Laboratoryjnym badań są prowadzone zapisy. Są właściwie nadzorowane i zawierają wszystkie niezbędne informacje pozwalające prześledzić przebieg badań. Sprawozdania z wykonanych badań wody spełniają wymogi normy PN-ISO/IEC 17025:2018. Współpraca z klientem w zakresie badania wykonywanych w Oddziale Laboratoryjnym jest realizowana zgodnie z założeniami obowiązującego w Sekcji sytemu zarządzania. Podczas poprzedniej kontroli zostały zapisane zalecenia dotyczące korekty

zapisów procedury LB/PO-03. Potwierdzeniem wykonania zaleceń jest obecnie obowiązujące wydanie procedury LB/PO-03 „Postępowanie z próbkami w Sekcji Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń, w którym uwzględniono zalecenia pokontrolne przekazane z protokołem z poprzedniej kontroli.

XII. Warunki lokalowe i środowiskowe

Laboratorium zapewnia właściwe środowisko do przyjmowania, przechowywania, przygotowania próbek i wykonywania badań. Dostęp do pomieszczeń laboratorium jest ograniczony i nadzorowany.
Pomieszczenia Sekcji Badań Żywności i Przedmiotów Użytku Laboratoryjnego oraz Sekcji Badań Wody znajdują się na pierwszym i drugim piętrze i obejmują oddzielne pomieszczenia do badań mikrobiologicznych i fizykochemicznych. Sekcja Badań Środowiska Pracy usytuowana jest na II piętrze i zajmuje dwa pomieszczenia. Pomieszczenia Sekcji Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń znajdują się na parterze budynku laboratoryjnego. W skład pomieszczeń wchodzą: punkt przyjmowania próbek materiału biologicznego, pokój biurowy i pokój posiewów mikrobiologicznych. Na drugim piętrze znajduje się pokój wagowy (wspólny dla wszystkich sekcji).
Pomieszczenia są urządzone i wyposażone w sposób zapewniający możliwość uzyskiwania wysokiej jakości wyników prowadzonych badań.

XIII. Skargi w okresie kontrolowanym

1. Rejestr skarg

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

2. Sposób załatwiania skarg (jeśli dotyczy) nie dotyczy

XIV. Udział w badaniach biegłości i uzyskane wyniki

Kontrolowane sekcje Oddziału Laboratoryjnego regularnie uczestniczyły w badaniach biegłości i porównaniach międzylaboratoryjnych zgodnie z zatwierdzonymi planami uczestnictwa w badaniach biegłości.
W okresie objętym kontrolą od września 2015 do kwietnia 2022 Sekcja Badań Żywności i Przedmiotów Użytku brała udział w:
- 5 badaniach biegłości/ porównaniach międzylaboratoryjnych w zakresie badań fizykochemicznych (1 wynik niezadawalający dla azotynów w mleku w proszku w PT organizowanym przez FAPAS – z-score: -3,7, wszystkie pozostałe wyniki były zadawalające)
- 13 badaniach biegłości/ porównaniach międzylaboratoryjnych w zakresie badań sensorycznych (wszystkie wyniki zadawalające)
- 3 badaniach biegłości/ porównaniach międzylaboratoryjnych w zakresie oznaczania zanieczyszczeń fizycznych i biologicznych (wszystkie wyniki zadawalające)
- 18 programach biegłości/ porównaniach międzylaboratoryjnych w zakresie badań mikrobiologicznych żywności uzyskała we wszystkich tych programach pozytywne wyniki.

Sekcja Badań Wody brała udział w:
- 6 programach biegłości/ porównaniach międzylaboratoryjnych w zakresie badań fizykochemicznych wody oraz w tej samej liczbie w zakresie badań mikrobiologicznych wody oraz 2 badaniach biegłości dotyczących oceny sensorycznej wody (wszystkie uzyskane wyniki były zadawalające).

Sekcja Badań Środowiska Pracy brała udział w 6 badaniach biegłości/ porównaniach międzylaboratoryjnych w zakresie badań i pomiarów na stanowiskach pracy (wszystkie wyniki zadawalające).
Sekcja Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń brała udział w sumie w 9 programach i w każdym z nich otrzymała pozytywną ocenę.
Wyniki badań biegłości i porównań międzylaboratoryjnych uzyskane w kontrolowanym zakresie potwierdzają kompetencje techniczne poszczególnych sekcji Oddziału Laboratoryjnego w zakresie prowadzonych badań.

XV. Podwykonawstwo

W przypadku braku możliwości wykonania badań z powodu nieprzewidzianych przyczyn lub jeśli jest to stała praktyka, Oddział Laboratoryjny korzysta z usług kompetentnych dostawców usług zewnętrznych Na dostawców usług zewnętrznych w zakresie badań wybiera się laboratoria akredytowane w zakresie zlecanego parametru.
Informacja o korzystaniu z usług dostawcy zewnętrznego w zakresie badań jest zawarta w przeglądzie zlecenia (załącznik nr 2 do procedury PO-02). Podpis klienta na przeglądzie zlecenia jest jednocześnie zaakceptowaniem wyboru dostawcy. W kontrolowanym okresie Oddział Laboratoryjny PSSE w Żywcu korzystał z usług podwykonawców. Zapisy sprawdzono na podstawie przeglądu zlecenia nr OL/LŚ-2 z dnia 09.03.2022 r. Odpowiednia informacja została zamieszczona w punkcie 13. Inne uzgodnienia z klientem.

XVI. Inne zagadnienia

Pracownicy Oddziału Laboratoryjnego PSSE w Żywcu posiadają aktualne zakresy obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień. Zapisy sprawdzono na przykładzie „Zakresu obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień [redacted] - starszego asystenta Sekcji Badani Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku z dnia 03.01.2022 r. podpisanego przez pracownika, który przyjął zakres do wiadomości i stosowania, przez Kierownika Oddziału Laboratoryjnego oraz zatwierdzonego przez Dyrektora PSSE w Żywcu.
Każdemu z pracowników przyznane są upoważnienia do wykonywania badań, do obsługi/kalibracji/sprawdzania kluczowego wyposażenia oraz innych wymienionych czynności. Podczas kontroli sprawdzono Upoważnienie [redacted] nadane 03.01.2022 r.

XVII. Wyjaśnienia osób kontrolowanych

Wyjaśnień udzielali pracownicy merytoryczni poszczególnych sekcji oraz kierownik Oddziału Laboratoryjnego PSSE w Żywcu
Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów: brak

KIEROWNIK
[redacted]
....
pi[redacted]czącego w kontroli/
podpisy pracowników pssę uczestniczących w kontroli**

Kierownik Działu Laboratoryjnego
..... dr n. o zdr. inż. Iwona Szymala .....
pieczątka i podpis osoby kontrolującej/ pieczątki i pieczątki i podpisy osób kontrolujących**

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji