P r o t o k ó ł nr OK.1611.3.5.2022

z k o n t r o l i

przeprowadzonej w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej kierowanej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego dr n. med. Jarosława Rutkiewicza.

Kontrolę przeprowadzili przedstawiciele Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego:

1. Tomasz Bojkowski – kierownik Oddziału Epidemiologii działający na podstawie upoważnienia nr 305, który dokonał wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej pod nr 14.
2. Józef Lipa – kierownik Oddziału Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku działający na podstawie upoważnienia nr 309, który dokonał wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Bielsku-Białej pod nr 6.
3. Anna Tatar – kierownik Oddziału Higieny Komunalnej i Środowiska działająca na podstawie upoważnienia nr 307, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej pod nr 12.
4. Bogdan Czapla – kierownik Oddziału Bezpieczeństwa Wody działający na podstawie upoważnienia nr 303, który dokonał wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej pod nr 15.
5. Izabela Piątek – kierownik Oddziału Higieny Pracy i Nadzoru nad Środkami Zastępczymi działająca na podstawie upoważnienia nr 308, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Bielsku-Białej pod nr 13.
6. Monika Karczmarek – kierownik Oddziału Higieny Dzieci i Młodzieży działająca na podstawie upoważnienia nr 306, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej pod nr 11.
7. Anna Gogola – kierownik Oddziału Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego działająca na podstawie upoważnienia nr 311, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej pod nr 4.
8. Beata Kempa – kierownik Oddziału Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej działająca na podstawie upoważnienia nr 313, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej pod nr 10.

9. Anna Gwiazdowska – Główny Specjalista do spraw Systemu Jakości działająca na podstawie upoważnienia nr 314, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej pod nr 7.

10. Iwona Szymala - kierownik Działu Laboratoryjnego działająca na podstawie upoważnienia nr 304, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej pod nr 9.

Data rozpoczęcia i zakończenia kontroli: 5 – 7.10.2022 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;
2) Kierownik ds. jakości w Oddziale Nadzoru Sanitarnego i Sekcji Oświaty Zdrowotnej
3) Kierownik ds. jakości w Oddziale Laboratoryjnym
4) Oddział Laboratoryjny:
   a) Sekcja Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń,
   b) Sekcja Badań Środowiskowych.

Okres objęty kontrolą: 01.09.2016 r. – 30.09.2022 r.

Przedmiot kontroli:

1) **w zakresie epidemiologii:**
   a) realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzania kontroli w obiektach,
   b) prowadzone postępowanie administracyjne i egzekucyjne w administracji oraz nałożone mandaty i grzywny w celu przymuszenia,

c) realizacja nadzoru nad placówkami leczniczymi, chorobami zakaźnymi;

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,
   b) prawidłowość stosowania art. 61 §4 i art. 10 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego,
   c) prawidłowość prowadzenia nadzoru nad obiektami (z uwzględnieniem: planowania i trybu ich zlecania, przygotowania pracowników, poprawności i rzetelności dokumentacji pokontrolnej, monitorowania wykonania zaleceń pokontrolnych);

4) **w zakresie bezpieczeństwa wody:**
   a) prawidłowość prowadzenia monitoringu jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi,
   b) poprawność sporządzania pod względem merytorycznym decyzji, opinii, wydawanych podczas prowadzenia postępowania administracyjnego,
   c) poprawność informowania konsumentów o jakości wody (do spożycia, kąpieli),
   d) przegląd prowadzonych rejestrów,
   e) 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, doskonalących,
- przeglądów zarządzania;

b) wymagań dotyczących zasobów (w tym wymagań kompetencyjnych, szkoleń, monitorowania pracy personelu);

c) doskonalenia systemu zarządzania w Oddziale Laboratoryjnym;

10) **w zakresie działu laboratoryjnego**:

a) badań fizykochemicznych, mikrobiologicznych wody,

b) badań chorób zakaźnych i zakażeń.

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

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

Protokół sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach i po odczytaniu podpisano.
Niniejszy protokół zawiera 5 ponumerowanych stron oraz 10 załączników.

Bielsko-Biała, dnia 09.11.2022 r.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny
w Bielsku-Białej
dr n. med. Jarosław Rutkiewicz

pieczątka i podpis
Państwowego Powiatowego
Inspektora Sanitarnego w Bielsku-Białej

Śląski Państwowy Wojewódzki
Inspektor Sanitarny
dr n. med. Grzegorz Hudzik

pieczątka i podpis
Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego
Inspektora Sanitarnego

Protokół otrzymali:
1. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Bielsku-Białej
2. a/a

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

Załącznik nr *1
do protokołu nr OK. 1611.3.5.2022
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 Bielsku-Białej** ul. Władysława Broniewskiego 21, 43-300 Bielsko-Biała.

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

III. **Data kontroli** 07.10.2022 r.

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** 06.06.2019 – 06.10.2022 r.

Ostatnia kontrola kompleksowa odbyła się w dniu 5.06.2019r. Nie wydano/ ~~wydano~~ zaleceń pokontrolnych.

Informacje szczegółowe dotyczące nadzorowanego przez PPIS terenu.
PPIS w Bielsku-Białej obejmuje swoim nadzorem ludność w liczbie 334817 w tym dzieci i młodzież objęta PSO - dzieci (8 r. ż)–25547 , młodzież –40755.r.ż.

PPIS w Bielsku-Białej sekcja epidemiologii nadzoruje obiekty: szpitali - 19 (w tym 12 jednodniowych), Stacje Dializ - 1, ZOL - 0, przychodni - 267, laboratoria – 28, gabinetów lekarskich - 336, praktyk pielęgniarek i położnych – 5, innych praktyk – 12, punkty szczepień - 94.

Zatrudnienie,
W Sekcji Epidemiologii zatrudnione są 12 osób, stanowiska i wykształcenia zgodnie z załączoną poniżej tabelą:

L.p.	Imię i nazwisko Stanowisko służbowe	Poziom i profil wykształcenia
1.	[redacted] Kierownik ONS-EP	wyższe, lekarz medycyny specjalista w zakresie chorób zakaźnych (II° specjalizacji), Kurs Certyfikowanych Centrów Medycyny Podróży dla lekarzy
2.	[redacted] Starszy asystent	wyższe, mgr pielęgniarstwa; specjalista w zakresie pielęgniarstwa epidemiologicznego, studia podyplomowe – Zdrowie publiczne
3.	[redacted] Asystent	wyższe, licencjat - Ratownictwo medyczne, studia mgr – Zdrowie publiczne, studia podyplomowe – Higiena i epidemiologia w profilaktyce i promocji zdrowia
4.	[redacted]	wyższe,

	Asystent	licencjat - Ratownictwo medyczne, studia mgr – Zarządzanie ryzykiem zdrowotnym, studia podyplomowe – Zarządzanie w ochronie zdrowia, kontrola zakażeń w jednostkach opieki zdrowotnej
5.	[redacted] Młodszy asystent	wyższe, studia mgr – Biotechnologia, studia podyplomowe – Higiena i epidemiologia w profilaktyce i promocji zdrowia
6.	[redacted] Młodszy asystent	wyższe, licencjat - Ratownictwo medyczne
7.	[redacted] Młodszy asystent	wyższe, licencjat – Zdrowie publiczne, studia mgr – Dietetyka, technik sterylizacji medycznej studia podyplomowe – Higiena i epidemiologia w profilaktyce i promocji zdrowia
8.	[redacted] Młodszy asystent	wyższe, licencjat Pielęgniarstwo, sp. pielęgniarstwo pediatryczne, Kurs Medycyny Podróży dla pielęgniarek
9.	[redacted] Starsza pielęgniarka	średnie, pielęgniarka dyplomowana
10.	[redacted] Starsza pielęgniarka	średnie, pielęgniarka dyplomowana kurs doskonalący – Prawo medyczne
11.	[redacted] Starsza pielęgniarka	średnie, pielęgniarka dyplomowana
12.	[redacted] Starszy rejestrator medyczny	średnie, rachunkowość i finanse, technik administracji z dodatkową specjalnością - obsługa celna

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;
- 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: do weryfikacji

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 2022 r. poz. 1657).
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).
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 2022 r. poz. 2000).

Rejestr aktów prawnych prowadzony jest w wersji elektronicznej – ostatnia aktualizacja zgodnie Systemem Zarządzania z dnia 05.10.2022r.

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 7.10.2022r.)

Ilość obiektów w ewidencji		Ilość kontroli		
		planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
2022r. -do czasu kontroli	667	196	181	34
2021r.	669	313	218	24
2020r.	632	441	92	12
2019r.	633	442	420	55

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	17	123	2	0	
2	Decyzje	16	16217	185	39	
3	Decyzje - rachunki	7 - kontrola usterkowa 1455,42	85 – kary pieniężne 435 000zł	17 13 – kontrola usterkowa 5918,22zł	5 4 – kontrola usterkowa 1744,47	

				4 – kary pieniężne 80 000 zł + 3 – mandaty 120zł	1 – kara pieniężna 20 000zł + 1 – mandat 500 zł	
4	Opinie sanitarne/pisma**					
5	Kontrole w trakcie realizacji (dochodzenia epidemiologiczne, kontrole sanitarne oraz wizytacje)	2503	82972	107480	do 30.09.2022r. 64030	
6	Uczestnictwo w odbiorach	10	3	13	7	z ZNS
7	Upomnienia	6	0	0	0	
8	Tytuły wykonawcze	9 Jako wierzyciel dla Wojewody Śląskiego (Szczepienia)	-	-	-	-
9	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	-	-	-	-	-
10	Wnioski do Sądu Grodzkiego	-	-	-	-	-

VIII. Kontrola dokumentacji

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

   2.1 W oddziale epidemiologii dostęp do systemu SEPIS ma 12 osób .
   Ilość załatwionych zgłoszeń – 8783
   Ostatnie zgłoszenie – 16.09.2022 – podjęcie zgłoszenia 16.09.2022
   postępowanie przeprowadzone prawidłowo/nieprawidłowo w odpowiedni czas realizacji

   2.2
   Ilość załatwianych „plusów„ – 53470
   Ostatnie zgłoszenie wyniku dodatniego wpłynęło – 06.10.2022 r. podjęto 06.10.2022 r.
   postępowanie przeprowadzone prawidłowo odpowiedni czas realizacji

2.3
Ilość zgłoszonych NOP-ów – od 01.01.2019-07.10.2022
2019 – 32 (1 NOP poważny, 31 NOP łagodnych),
2020 – 32 (1 NOP poważny, 31 NOP łagodnych),
2021 – 137 (4 NOP ciężkie, 15 NOP poważnych, 118 NOP łagodnych,) w tym 121 NOP wystąpiło po szczep. p/ COVID-19 (6 przypadków NOP u dzieci i 115 u osób powyżej 20 r.ż),
2022 – do 07.10.2022 – 33 (2 ciężkie, 4 poważne, 27 łagodnych),
9 NOP po szczepieniu p/COVID-19 (2 u dzieci i 7 u osób powyżej 20 r.ż)
24 NOP łagodnych u dzieci po szczepieniach z PSO.
Ostatnie zgłoszenie NOP – 06.10.2022r. NOP łagodny miejscowy po szczepionce [redacted] u 6-miesięcznego dziecka.

2.4
Ilość zgłoszonych Ognisk od 01.03.2021r. – 466 ognisk

Ostatnie ognisko – SARS-CoV-2: [redacted]

2.5 weryfikacja postępowania
NZOZ [redacted] Zgłoszenie Interwencji w dniu 26.07.2022 r. Przeprowadzenie kontroli w związku z interwencją bez zawiadomienia o kontroli ze względu na zagrożenie życia i zdrowia. Potwierdzone protokołem z nr 130/1201/ONS-EP/2022 z dnia 27.07.2022 r. interwencja zasadna. Upoważnienie wydane. 1201-0131-3009/22. Wydanie zawiadomienia i wszczęciu postępowania administracyjnego w dniu 29.07.2022 r. Kontrola sprawdzająca w dniu 03.08.2022 r. potwierdzona protokołem nr 1361/1201/ONS-EP/2022 r. Rekontrola wykazała usunięcie nieprawidłowości. Wydano decyzję nr 1286/Op/22 w sprawie przeprowadzenia kontroli obciążającą podmiot z tytułu jej przeprowadzenia. Wydano decyzję umarzającą postępowanie. Decyzja nr 1292/22. Poinformowano stronę o podjęciu działań w stosunku do podmiotu pismem z dnia 23.08.2022 r. Prowadzona metryka sprawy.

2.6 weryfikacja postępowania
[redacted] Zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli. Z dnia 01.07.2022 r. wydane upoważnienia dla pracowników przeprowadzających kontrolę. Przeprowadzenie kontroli 22.07.2022 r. kontrola kompleksowa. Kontrola nie wykazała nieprawidłowości.

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 nie dotyczy

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):

Główny Inspektorat Sanitarny
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny
Narodowy Fundusz Zdrowia
Urząd Wojewódzki/Wojewoda Śląski
Wojewódzkie Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne
Komenda Miejska Policji
Komenda Miejska Państwowej Straży Pożarnej
Inspekcja Weterynaryjna
Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
Urząd Miejski w Bielsku-Białej (Wydział Zarządzania Kryzysowego, Wydział Polityki Społecznej)
Starostwo Powiatowe (Wydział Zarządzania Kryzysowego)
Urzędy Gmin
Komenda Straży Miejskiej w Bielsku-Białej

Straż Graniczna
Wojskowy Ośrodek Medycyny Prewencyjnej
Wojska Obrony Terytorialnej
Urząd Stanu Cywilnego
Urząd Statystyczny
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
Gminne Ośrodki Pomocy Społecznej
Podbeskidzki Ośrodek Interwencji Kryzysowej
Bielskie Pogotowie Ratunkowe
Nadzór Farmaceutyczny
Beskidzka Izba Lekarska
Beskidzka Izba Pielęgniarska
Laboratoria
Domy Pomocy Społecznej
Linie lotnicze
Dyrekcje szkół, przedszkoli, żłobków z nadzorowanego terenu
Noclegownie z nadzorowanego terenu
Szpitale, ZOZ, POZ z nadzorowanego terenu
Dyrekcje zakładów pracy z nadzorowanego terenu
Izolatoria

Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE:

ONS-HKiŚ, ONS-HŻŻiPU, ONS-HDiM, ONS-HK, ONS-ZNS, OZ, Laboratorium PSSE

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 2019-2022

- *Ilość interwencji w roku 2019 -6, w tym zasadnych - 3*
- *Ilość interwencji w roku 2020 -3, w tym zasadnych - 0*
- *Ilość interwencji w roku 2021 - 9, w tym zasadnych -2;*
- *Ilość interwencji w roku 2022 do dnia kontroli - 8, w tym zasadnych 2.*

postępowanie w przypadku interwencji:

[redacted]

Interwencja 27.01.2019 r. , kontrola przeprowadzona w dniu 30.01.2019 zasadna, stwierdzone nieprawidłowości interwencja zasadna. Zawiadomienie strony w dniu 19.02.2019 r. zawiadomienie o wszczęciu postępowania i wydanie decyzji obciążającej. W dniu 25.02 wydana decyzja nakazująca usunięcie nieprawidłowości. Przeprowadzenie kontroli sprawdzającej w dniu 18.04.2019.

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

zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli;

- Obiekt kontrolowany:

1 [redacted]

Działania podejmowane w związku z nadzorem nad chorobami zakaźnymi: (lata 2019-2022)

- prowadzenie nadzoru nad osobami zakażonymi/chorymi lub podejrzanymi o zachorowanie (dochodzenie epidemiologiczne);
- kontrole w placówkach medycznych w zakresie zgłaszalności zachorowań na grypę, pozostałych chorób zakaźnych porównawczo do rejestrów PSSE i NFZ (dane kwartalne) oraz dokumentacji związanej z nadzorem nad osobami zakażonymi HBV i HCV;
- prowadzenie dochodzeń epidemiologicznych w ogniskach chorób zakaźnych;
- prowadzenie rejestrów chorób zakaźnych;
- wprowadzanie wywiadów epidemiologicznych do Systemu EPIBAZA, SEPIS;
- wprowadzanie danych do ROE dotyczących ognisk zatruć pokarmowych,
- prowadzenie statystyki;
- sprawozdawczość;
- informowanie podmiotów leczniczych i innych instytucji o aktualnych zagrożeniach epidemicznych:
    - Informacja dot. wzmożenia nadzoru epidemiologicznego w związku z napływem uchodźców wojennych z Ukrainy.
    - Pismo dot. wzmożenia nadzoru epidemiologicznego nad przypadkami *Salmonella Typhimurium* w związku z wystąpieniem ogniska międzynarodowego
    - Pismo dot. wzmożenia nadzoru nad przypadkami zakażeń chorób przenoszonych drogą płciową w związku ze zwiększoną ilością zachorowań

Liczba zachorowań :
2019r. – 5595, w tym hospitalizacji 773
2020 r. – 16715, w tym hospitalizacji 847

2021r. – 31358, w tym hospitalizacji 1332
2022r. – do dnia kontroli - 27581 w tym hospitalizacji 879

Grypa
2019 -30346
2020 - 28289
2021- 28291
2022 - 25449

Działania związane z nadzorem nad szczepieniami i szczepionkami 2021 r.
Liczba punktów szczepień – 2021 – 100 punktów szczepień., 2022 (do dn. 07.10.2022)– 94 punkty szczepień
Liczba osób uchylających się od szczepień

2019 – 146 dzieci, 228 rodziców
2020 – 146 dzieci, 230 rodziców
2021 – 148 dzieci, 230 rodziców

KIEROWNIK SEKCJI
[redacted]
.....
stniczącego w kontroli/
czestniczących 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.1611.3.5.2022
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** Bielsku-Białej
ul. Broniewskiego 21, 43-300 Bielsko-Biała
(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** 05.10.2022 r.

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** 2019r. – 2022 r. (do dnia 30.09.2022r.)

V. **Kontrola dokumentów**

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

L.p.	Rodzaj rejestrów/ewidencji/wykazu/ bazy danych **	+jest, - nie ma	Nieprawidłowości / uwagi
1.	Rejestr obiektów nadzorowanych	+	*
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych	+	
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, 1.15 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 – kierownik techniczny [redacted]
Informacje dotyczące wytycznych jednostek nadrzędnych przekazywane są pracownikom podczas szkoleń wewnętrznych oraz narad, co jest potwierdzane w formie podpisów pracowników.

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach

w 2019 roku:

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
3517	1763	1515	1514

w 2020 roku:

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
3335	1773	800	1014

w 2021 roku :

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
3512	2087	1528	1187

w 2022 roku do 30.09.2022r.

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
3484	1082	820	1156

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

- w 2019r. roku zatrudnionych było 17 osób (kierownik Sekcji, 7 starszych asystentów, 1 asystent, 8 młodszych asystentów), 1 pracownik przebywa na urlopie wychowawczym;
- w 2020r. zatrudnionych było 17 osób (kierownik Sekcji, 8 starszych asystentów, 5 młodszych asystentów, 3 asystentów), 1 pracownik przebywa na urlopie wychowawczym;
- w 2021r. roku zatrudnionych było 17 osób (kierownik Sekcji, 8 starszych asystentów, 5 młodszych asystentów, 3 asystentów), 1 pracownik przebywa na urlopie wychowawczym;
- W 2022r. zatrudnionych zostało 4 dodatkowych pracowników (3 stażystów, 1 młodszy asystent), którzy pracują pod nadzorem. 1 starszy asystent w związku z podejrzeniem przyjęcia korzyści majątkowej odszedł z pracy w sierpniu 2022 r. W obecnej chwili zatrudnionych w sekcji jest 18 osób.

Zwrócono uwagę kierownikowi Sekcji, iż należy przeanalizować poprawność oceny ryzyka przy planowaniu kontroli.

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

		2019 rok	2020 rok	2021 rok	2022 rok do dnia 30.04	
1.	Postanowienia	5	5	9	8	
2.	Decyzje	488	277	343	299	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	-	-	-	-	
4.	Decyzje – rachunki	450/ 128.282 zł	388/ 52.087 zł	487/68 71.556 zł	493/ 130.99 7,94 zł	

5.	Opinie sanitarne/pisma**	-	-	-	-	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	-	-	-	-	
7.	Mandaty	50/ 13.500 zł	14/ 4.300 zł	17/ 4.150 zł	31/ 8.100 zł	
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	-	-	-	-	
9.	Uczestnictwo w odbiorach	-	-	-	-	
10.	Upomnienia	1	0	0	0	
11.	Tytuły wykonawcze	0	0	0	0	
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	0	0	
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	

/1 - dotyczy kwot dla l.p. nr 4, 7, 12

/2 - dotyczy działalności w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

/3 - dotyczy działalności w zakresie nadzoru higieny pracy

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów – dokonano analizy poniższych, wybranych teczek /spraw/obiektów - 5
2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/

Sklep [redacted]

Zakład [redacted]

Stołówka [redacted]

Blok żywienia [redacted]

Piekarnia [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;

f) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)

nie stwierdzono nieprawidłowości;

g) poprawność rozpatrywanych odwołań / zażaleń

w 2021 r. – 3 - nie stwierdzono nieprawidłowości (terminowość zachowana). 2 sprawy decyzja do ponownego rozpatrzenia, 1 sprawa decyzję utrzymano w mocy.

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. Organizowane są spotkania Powiatowego

Lekarza Weterynarii w Bielsku-Białej z Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym w Bielsku-Białej, w trakcie których omawiane są bieżące problemy związane z sytuacjami kryzysowymi. Ponadto współpraca polega na przekazywaniu informacji dotyczących powiadomień w systemie RASFF, a także kwestionowanych wyników badań laboratoryjnych artykułów spożywczych pochodzenia zwierzęcego, interwencji. Uzgodniono plan kontroli zakładów będących pod wspólnym nadzorem PPIS i PLW, który jest na bieżąco realizowany. 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 (2020r.).

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 (Urząd Miasta i Starostwo Powiatowe) dotyczyła wymiany informacji, przekazywania corocznej informacji dot. oceny sanitarnej miasta i powiatu, przygotowaniu obiektów do sezonu letniego, informacji epidemiologicznej.

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

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

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

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

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

Z Oświatą Zdrowotną w ramach programu ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu i przestrzegania zakazu palenia – sprawozdania miesięczne o ilości kontroli w tym zakresie (współpraca ciągła);w ramach promocji zdrowia zamieszczane są na portalu społecznościowym Facebook artykuły oraz posty dotyczące zdrowego trybu życia, właściwie zbilansowanej diety i zagadnień związanych z żywnością i żywieniem człowieka. W 2020 roku przeprowadzono wspólnie szkolenie dla nauczycieli i przedstawicieli placówek oświatowych "Trzymaj formę" dotyczące zasad żywienia dzieci w placówkach oświatowych.

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 ORGANIZACJI PRZYJMOWANIA I ROZPATRYWANIA SKARG I WNIOSKÓW w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej" wprowadzony Zarządzeniem nr 9 Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej z dnia 16.06.2010 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu postępowania ze skargami (z późniejszymi zmianami). Regulamin ten został opracowany na podstawie art. 227 i art. 241 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 Bielsku-Białej (dalej PPIS) przyjmuje Strony w sprawie skarg i wniosków w poniedziałki od godziny 09.00 – 10.00 oraz w środy w godz. 14.00 - 15.00. 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 ONS-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 kontrolowanym do PPIS w Bielsku-Białej nie wpłynęła żadna skarga na pracowników Sekcji NS-HŻŻ.

Zestawienie ilości załatwianych wniosków i interwencji w kontrolowanym okresie:

Rok	**2019**	**2020**	**2021**	**2022 do 30.09.**
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. ONS-HK, ONS-HDiM, ONS-HP oraz przekazywano informacje do właściwych PSSE i innych Organów: PIP, PLW, Policja, WIJHARS.

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

KIEROWNIK SEKCJI

[redacted]

.....

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

Dział Nadzoru Sanitarnego
KIEROWNIK
Oddziału Higieny Żywności
Żywienia i Przedmiotów Użytku

lek. wet. Józef Lipa

.....

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

Załącznik nr 3.....*
do protokołu nr.OK.1611.35.2022
kontroli .....

Ustalenia w zakresie higieny komunalnej.

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bielsku-Białej , zlokalizowana jest w Bielsku-Białej przy ul. Broniewskiego 21

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

III. Data kontroli: 06.10.2022

IV. Okres działalności podlegający kontroli 16.09.2016-05.10.2022

V. Kontrola dokumentów

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

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

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych.
Informacja dot. rejestrów oraz wytycznych znajduje się w katalogu sieciowym dostępnym dla wszystkich pracowników, którzy posiadają także dostęp do systemu LEX.

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 05.10.2022r.).

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
1472	769	433	66

Grele

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	77	63	77	52	
2.	Decyzje	115	63	61	69	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	-	-	-	-	
4.	Decyzje - rachunki	58 / 5564,82	16 / 1706,46	29 / 4905,37	53/ 10 480,54	
5.	Opinie sanitarne/pisma**	1	0	0	1	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	-	-	-	-	
7.	Mandaty	17 / 5300	1 / 300	8 / 3400	15/ 6400	
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	-	-	-	-	
9.	Uczestnictwo w odbiorach	59	52	47	22	
10.	Upomnienia	0	0	1	0	
11.	Tytuły wykonawcze	0	0	0	0	
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	1 / 1000	0	
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	
14.	Ilość wpływających interwencji:	70	40	53	60	
15.	-rozpatrzonych przez PPIS	51	24	33	43	
16.	-przekazanych do rozpatrzenia	19	16	20	17	

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

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów: 7
2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/
2.1 [redacted]
2.2 [redacted]
2.3 [redacted]
2.4 Interwencja anonimowa z dnia 12.11.2021 r. dotycząca złego stanu sanitarnego [redacted]
2.5 Interwencja [redacted] z dnia 12.12.2019 r. dotycząca stanu sanitarno-higienicznego w [redacted]
2.6 Interwencja [redacted] z dnia 26.07.2022 r. dotycząca warunków sanitarnych w obiekcie [redacted]
2.7 [redacted]

3. Ocena wydanych dokumentów.
a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem akt.
Wydawane dokumenty są kompletne, czytelne, poprawne pod względem stosowanego w nich nazewnictwa, a nadawane numery są zgodne z rzeczowym wykazem akt.

b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli)
Stosowane w Sekcji protokoły kontroli sanitarnej są zgodne z obowiązującym w Państwowej Inspekcji Sanitarnej Systemem Jakości.

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).
Rekontrole nakazów ujętych w decyzjach przeprowadzane są w możliwie najkrótszym terminie.

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

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

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

IX. Współpraca z innymi organami/jednostkami (podmioty zewnętrzne)
MOPS, WIOŚ, POLICJA, Urzędy Miast i Gmin.

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi psse

Sekcje: ONS-EP, ONS-ZNS, ONS-HP, ONS-HŻŻ,
.....
(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

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

XIII. Dodatkowe informacje
Nie wniesiono

[redacted]
.....
ego w kontroli/
pieczątki i podpisy pracowników psse uczestniczących w kontroli**

Sanitarnego
działu Higieny
i Środowiska
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.1611.3.5.2022
kontroli .....

Ustalenia w zakresie bezpieczeństwa wody:

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bielsku Białej,
ul. Broniewskiego 21, 43-309 Bielsko Biała

I. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli: Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska

II. Data kontroli 7.10.2022 r.

III. Okres działalności podlegający kontroli 01.09.2016 r. -30.09.2022 r.

IV. 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.

V. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 13.09.2016)

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
105	64	43	6

B.OK

VI. 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 od ostatniej kontroli	2017 rok	2018 rok	2019 rok	2020 rok	2021 rok	2022 rok do dnia kontroli	
1.	Postanowienia	0	0	1	3	2	1	4	-
2.	Decyzje	19	80	105	51	26	89	88	-
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	-	-	-	-	-	-	-	-
4.	Decyzje - rachunki	5/ 1361,86	10/ 1479,12	12/ 1848,59	23/ 4907,28	13/ 1675,23	28/ 6800,36	19/ 3792,71	-
5.	Opinie sanitarne/pisma**	0	0	0	0	0	0	0	-
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	-	-	-	-	-	-	-	-
7.	Mandaty	0	0	0	4/ 400	1/ 200	0	1/ 100	-
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	-	-	-	-	-	-	-	-
9.	Uczestnictwo w odbiorach	0	0	0	0	0	0	0	-
10.	Upomnienia	0	0	0	0	0	1	1	-
11.	Tytuły wykonawcze	0	0	0	0	0	0	1	-
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	0	0	0	0	1	-
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	0	0	0	-
1.	Ilość wpływających interwencji:	9	4	5	3	1	5	6	-
2.	-rozpatrzonych przez PPIS	9	3	2	1	1	4	4	-
3.	-przekazanych do rozpatrzenia	0	1	3	2	0	1	2	-

/1 - dotyczy kwot dla l.p. nr 4, 7, 12

/2 - dotyczy działalności w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego
/3 - dotyczy działalności w zakresie nadzoru higieny pracy

/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

Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów 15

1. Identyfikacja sprawy:
   1. Protokół wizualnej oceny wody w kąpielisku nr ONS-HKiŚ/1/2022 z dnia 06.06.2022r.
   2. Protokół pobrania próbki wody z kąpieliska nr ONS-HKiŚ/281/2022 z dnia 06.06.2022r.
   3. Ocena jakości wody: [redacted]
   4. Decyzja PPIS w Bielsku Białej nr 1116/22 z dnia 25.07.2022r., [redacted]
   5. Protokół pobrania próbki wody ciepłej nr ONS-HKiŚ/384/2019 z dnia 05.07.2019 r [redacted]
   6. Protokół pobrania próbki wody z pływalni nr ONS-HKiŚ/569/2021 z dnia 17.11.2021r. [redacted]
   7. Decyzja PPIS w Bielsku Białej nr 388/22 z dnia 30.03.2022r., [redacted]
   8. [redacted] (6 dokumentów)
   9. Decyzja PPIS w Bielsku Białej nr 625/21 z dnia 07.06.2021r. [redacted]
   10. Decyzja PPIS w Bielsku Białej nr 209/22 z dnia 23.02.2022r., [redacted]
   11. Decyzja PPIS w Bielsku Białej nr 1068/Op/22 z dnia 15.07.2022r.,Ocena higieniczna (Materiały i wyroby do kontaktu z wodą do spożycia), [redacted]
   12. Interwencja w sprawie nieodpowiedniej jakości wody: [redacted] (8 dokumentów)
   13. Okresowa Ocena Jakości Wody za I półrocze 2022 roku z dnia 07.07.2022r., [redacted]
   14. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr ONS-HKiŚ/39/2021 z dnia 09.02.2021r., [redacted]
   15. Decyzja PPIS w Bielsku Białej nr 1147/Op/22 z dnia 28.07.2022r., [redacted]

2. Ocena wydanych dokumentów

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

brak uwag

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

brak uwag

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa

brak uwag

Alle
3. 9k

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

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

Brak uwag

IX. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Brak uwag

X. Inne zagadnienia

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

Nie dotyczy

XI. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Brak uwag

XII. Dodatkowe informacje

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:

1. Protokół wizualnej oceny wody w kąpielisku nr ONS-HKiŚ/1/2022 z dnia 06.06.2022r.
2. Protokół pobrania próbki wody z kąpieliska nr ONS-HKiŚ/281/2022 z dnia 06.06.2022r.
3. Ocena jakości wody: [redacted]
4. Decyzja PPIS w Bielsku Białej nr 1116/22 z dnia 25.07.2022r., [redacted]
5. Protokół pobrania próbki wody ciepłej nr ONS-HKiŚ/384/2019 z dnia 05.07.2019 r. [redacted]
6. Protokół pobrania próbki wody z pływalni nr ONS-HKiŚ/569/2021 z dnia 17.11.2021r. [redacted]

7. Decyzja PPIS w Bielsku Białej nr 388/22 z dnia 30.03.2022r., [redacted]
8. [redacted] (6 dokumentów)
9. Decyzja PPIS w Bielsku Białej nr 625/21 z dnia 07.06.2021r., [redacted]
10. Decyzja PPIS w Bielsku Białej nr 209/22 z dnia 23.02.2022r., [redacted]
11. Decyzja PPIS w Bielsku Białej nr 1068/Op/22 z dnia 15.07.2022r.,Ocena higieniczna (Materiały i wyroby do kontaktu z wodą do spożycia), [redacted]
12. Interwencja w sprawie nieodpowiedniej jakości wody: [redacted] (8 dokumentów)
13. Okresowa Ocena Jakości Wody za I półrocze 2022 roku z dnia 07.07.2022r., [redacted]
14. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr ONS-HKiŚ/39/2021 z dnia 09.02.2021r., [redacted]
15. Decyzja PPIS w Bielsku Białej nr 1147/Op/22 z dnia 28.07.2022r., [redacted]

[redacted]

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

Dział Nadzoru Sanitarnego
KIEROWNIK
Oddział Bezpieczeństwa Wody
B. Cz
mgr Bogdan Czapla

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.1611.3.5.2022
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 Bielsku -Białej**
43-300 Bielsko- Biała ul. Władysława Broniewskiego 21

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

III. **Data kontroli:** 07.10.2022 r.

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** 01.01.2017 r. do 30.09.2022 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	Ewidencja zakładów pracy w których występują szkodliwe dla zdrowia czynniki biologiczne **	+	
20.	Rejestr przepisów prawnych forma elektroniczna	+	
21.	Rejestr decyzji o stwierdzeniu chorób zawodowych	+	
22	Rejestr decyzji o braku podstaw do stwierdzenia chorób zawodowych	+	
23.	Rejestr postanowień dot. chorób zawodowych	+	

24	Rejestr kart oceny narażenia w związku z podejrzeniem choroby zawodowej		
25	Rejestr odwołań od decyzji PPIS w sprawie choroby zawodowej	+	
26.	Rejestr protokołów przesłuchania strony	+	

* prowadzone w CRONSOR.
**wersja elektroniczna

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

Tak. Bez zastrzeżeń.

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 30.09.2022.)

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	Planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
1627	90	68	136

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

Lp.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota /1						Uwagi
		2017 rok	2018 rok	2019 rok	2020 rok	2021 rok	2022 do dnia 30.09	
1.	Postanowienia	2	0	1	2	5	129	
2.	Decyzje	219	214	221	99	124	112	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	23	34	18	19	31	18	
4.	Decyzje - rachunki	117/ 31044,45 zł	110/ 31436,40 zł	119/ 45563,75 zł	23/ 5694,54 zł	59/ 23343,79 zł	42/ 20657,07 zł	
5.	Opinie sanitarne/pisma**	-	1	-	-	-	1	Zaświadczenia dot. składowania materiałów wybuchowych
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	-	-	-	-	-	-	
7.	Mandaty	2/ 300 zł	4/ 1050 zł	4/ 1100 zł	1/ 100 zł	2/ 1000 zł	1/ 300 zł	
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	331	313	312	88	182	204	
9.	Uczestnictwo w odbiorach	27	39	42	13	26	24	
10.	Upomnienia	6	3	6	2	9	2	
11.	Tytuły wykonawcze	4	0	0	0	1	0	
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	5/ 4200 zł	4/ 12000 zł	2/ 22000 zł	0/ 0,00 zł	1/ 500 zł	1/ 500 zł	
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	1	0	1	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	2017 rok	2018 rok	2019 rok	2020 rok	2021 rok	2022 do 30.09. rok	Uwagi
1	Liczba zgłoszonych podejrzeń chorób zawodowych	26	21	33	14	19	19	
2	Liczba decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej	6	15	6	4	11	8	
3	Liczba decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej	13	16	10	14	15	10	
4	Liczba prowadzonych postępowań wyjaśniających w sprawie choroby zawodowej	94	70	64	50	39	25	
5	Liczba postanowień	83	93	113	122	118	72	
6	Liczba wystawionych kart stwierdzeń	6	14	6	4	11	7	
7	Liczba decyzji o umorzeniu postępowania	4	3	2	1	5	0	

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji:
   obiektów: 7 (zakłady pracy)
   spraw: 6 (choroby zawodowe)

2. A. Identyfikacja obiektów:

   2.1 [redacted]

   Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 27.02.2019 r.
   Protokół kontroli nr 47/1201/ONS-HP/2021z dnia 27.02.2019 r.
   Decyzja z dnia 25.03.2019 r. nr 376/19
   Protokół kontroli nr 89/1201/NS/HP/2019 z dnia 25.04.2019 r.

   2.2 [redacted]

   Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 24.05.2018 r.
   Protokół kontroli nr 118/1201/NS/HP/2022 z dnia 24.05.2018 r.
   Decyzja z dnia 13.06.2018 r. nr 783/18
   Protokół kontroli nr 201/1201/NS/HP/2022 z dnia 10.08.2018 r

2.3 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 29.03.2018 r.
Protokół kontroli nr 74/1201/NS/HP/2021 z dnia 29.03.2018 r.
Decyzja z dnia 19.04.2018 r. nr 506/18
Protokół kontroli nr 194/1201/NS/HP/2018 z dnia 31.07.2018 r

2.4 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 25.04.2017 r.
Protokół kontroli nr 108/1201/NS/HP/2021 z dnia 25.04.2017 r.
Decyzja z dnia 10.05.2017 r. nr 629/17
Protokół kontroli nr 251/1201/NS/HP/2017 z dnia 29.09.2017 r

2.5 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 17.05.2022 r.
Protokół kontroli nr 58/1201/NS/HP/2021 z dnia 23.06.2022 r.
Decyzja z dnia 15.07.2021 r. nr 843/21
Pismo Strony z dnia 01.09.2022 r. z prośbą o prolongatę
Decyzja z dnia 06.09.2022 r. nr 1358/22

2.6 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach 17 i 23.06.2021 r.
Protokół kontroli nr 58/1201/NS/HP/2021 z dnia 23.06.2021 r.
Decyzja z dnia 15.07.2021 r. nr 843/21
Protokół kontroli nr 135/1201/ONS-HP/2021 z dnia 14.10.2021 r.

2.7 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach 19 i 25.02.2020 r.
Protokół kontroli nr 46/1201/NS/HP/2020 z dnia 25.02.2020 r.
Decyzja z dnia 23.03.2020 r. nr 387/20
Protokół kontroli nr 6/1201/ONS-HP/2021 z dnia 28.01.2021 r.
Decyzja z dnia 02.02.2021r. nr 103/21

B. Identyfikacja spraw (choroby zawodowe):

2.1 ONS-HP.4432-23/2021 choroba zawodowa poz.15.1

2.2 ONS-HP-4432-37/2021 choroba zawodowa poz. 19.4

2.3 ONS/HP-4432-16/2022 choroba zawodowa poz. 3.1

2.4 ONS/HP-4432-26/2021 choroba zawodowa poz. 19.5

2.5 ONS/HP-4432-10/2022 choroba zawodowa poz. 26

2.6 ONS/HP-4432.26.2019 choroba zawodowa poz. 15

2.7 ONS-HP.4232.35.2019 choroba zawodowa poz. 15

2.8 ONS-HP.4232.42.2018 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),
- Państwową Inspekcją Pracy w zakresie chorób zawodowych oraz spraw dot. prowadzenia nadzoru bieżącego nad zakładami pracy (porozumienie),
- Urząd Celny,
- Urząd Skarbowy,
- 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 Bielsku- Białej w zakresie środków zastępczych,
- Centralne Biuro Śledcze Policji w Rzeszowie,
- Inspekcja Ochrony Środowiska,
- Nadzór Budowlany,
- Państwowa Inspekcja Handlowa,
- ZUS w Bielsko- Bielsko

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
2017	0	0	0	0
2018	0	0	0	0
2019	0	0	0	0
2020	1	2	13	13
2021	3	3	0	0
do dnia 30.09.2022 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
2017	0	3	1	0	1	20000,00 zł	4 (1 -Policja, 3-Prokuratura)
2018	0	0	0	0	0	0	1 (1 -Prokuratura)
2019	0	1	0	0	0	0	0
2020	0	0	0	0	0	0	1 (1 -Prokuratura)
2021	1	0	0	0	0	0	0
do dnia 30.09.2022	0	0	0	0	0	0	0

W 2017 roku w ramach współpracy z KMP Bielsko-Biała przeprowadzono 5 wizytacji w sklepach, w których zachodziło podejrzenie wprowadzania do obrotu środków zastępczych (nie stwierdzono wprowadzania do obrotu).
Ponadto w 2017r. wydano 7 decyzji w zakresie nadzoru nad środkami zastępczymi. Wszystkie dotyczyły osób prywatnych. Były to 6 decyzji płatnicze, 1 decyzję umarzającą wszczęcie postępowania (Prokuratura omyłkowo poprosiła o wszczęcie postępowania drugi raz).
W 2018 roku w ramach współpracy z KMP Bielsko-Biała przeprowadzono 3 wizytacje w sklepach, w których zachodziło podejrzenie wprowadzania do obrotu środków zastępczych (nie stwierdzono

wprowadzania do obrotu).W 2018 roku wydano 4 decyzje w zakresie nadzoru nad środkami zastępczymi. Wszystkie dotyczyły osób prywatnych. Były to 2 decyzje płatnicze, 1 decyzja dotycząca odmowy umorzenia opłaty za transport i koszt zniszczenia środków zastępczych oraz 1 decyzja umarzająca postępowanie administracyjne w części dotyczącej wprowadzania do obrotu, przepadku na rzecz Skarbu Państwa i zniszczenia produktów będących nowymi substancjami psychoaktywnymi.

W 2019 roku w ramach współpracy z Komendą Miejską Policji przeprowadzono 1 wizytację w sklepie nie stwierdzając wprowadzania do obrotu środków zastępczych.

W 2021 roku wydano 3 decyzje w zakresie nadzoru nad środkami zastępczymi. 1 decyzja nakazująca wycofanie z obrotu produktów oraz zaprzestać prowadzenia działalności obiektu – [redacted] oraz 1 decyzję wygaszającą w/w decyzję. Ponadto 1 decyzja umarzająca postępowanie w przedmiocie wymierzenia kary pieniężnej.

Na terenie przez PPIS w Bielsku - Białej aktualnie wszystkie punkty sprzedaży środków zastępczych są zamknięte.

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:

Nie dotyczy

KIEROWNIK SEKCJI
[redacted]

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

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

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

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

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

Załącznik nr 6..*
do protokołu nr.OK.1611.3.5.2022
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 Bielsku – Białej
ul. Władysława Broniewskiego 21

Oddział Nadzoru Sanitarnego - Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży

II. Data kontroli: 06.10.2022r.

III. Okres działalności podlegający kontroli: 01.10.2016r. – 30.09.2022r.

IV. Kontrola dokumentów

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

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

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

V. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 30.09.2022r.)

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
784 w tym 406 placówek stałych i 378 sezonowych	67	51	80

Liczba kontroli planowanych niezrealizowanych - 16.
Przyczyny niezrealizowania kontroli:
- likwidacja placówek – nie przeprowadzono 3 kontroli z powodu zakończenia działalności placówek oświatowych,
- braki kadrowe - w 2022 roku w kwietniu i maju zakończyły pracę 2 pracownice, od czerwca 1 osoba przebywa na urlopie macierzyńskim. W kwietniu zatrudniona została 1 osoba na stanowisku młodszego asystenta. Obecnie trwa procedura naboru pracownika do pracy w sekcji higieny dzieci i młodzieży,

- wykonywanie czynności związanych ze stanem epidemii tj. wydawanie opinii dla placówek oświatowych. W okresie od 03.01 do 10.02.2022r. wydano 654 opinie dla szkół i przedszkoli. Ponadto pracownicy sekcji pełnili dyżury związane między innymi z obsługą systemu SEPIS.

VI. 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:
	nałożone mandaty i grzywny	2016 rok - III kwartał	2017 rok	2018 rok	2019 rok	2020 rok.	2021 rok	do 30.09. 2022r.	
1.	Postanowienia	0	2	9	2	0	0	2	-
2.	Decyzje	10	66	76	60	50	39	36	-
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	0	0	0	0	0	0	0	-
4.	Decyzje – rachunki	13 / 1407,00	51 / 6369,02	21 / 2941,29	34 / 5526,44	21 / 3558,06	28 / 5869,61	23 / 7316,85	-
5.	Opinie sanitarne/ ~~pisma~~**	1	0	18	8	17	8	4	-
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	0	0	0	0	0	0	0	-
7.	Mandaty	5 / 1800	4 / 1200	5 / 1600	4 / 1300	3 / 900	5 / 1400	2 / 600	-
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	0	0	0	0	0	0	0	-
9.	Uczestnictwo w odbiorach	5	18	25	28	14	18	8	-
10.	Upomnienia	0	0	0	0	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	1	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. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów: 8
(podać liczbę)

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

2.1 Przedszkole [redacted]

- Protokół kontroli nr 13/1201/ONS-HDiM/2021 z dnia 28 kwietnia 2021r., kontrola w zakresie oceny stosowania przez placówkę wytycznych przeciwepidemicznych GIS oraz ocena przygotowania placu zabaw.

2.2 Żłobek [redacted]

- Protokół kontroli nr 86/1201/ONS-HDiM/2017 z dnia 18 maja 2017r., kontrola w zakresie oceny stanu sanitarnego żłobka, załącznik – formularz nr F/HDM/01,
- Protokół kontroli nr 75/1201/ONS-HDiM/2018 z dnia 11 kwietnia 2018r., kontrola w zakresie oceny stanu sanitarnego żłobka, załącznik – formularz nr F/HDM/01,
- Protokół kontroli nr 70/1201/ONS-HDiM/2019 z dnia 13 maja 2019r., kontrola w zakresie oceny stanu sanitarnego żłobka, załącznik – formularz nr F/HDM/01,
- Protokół kontroli nr 40/1201/ONS-HDiM/2020 z dnia 20 lutego 2020r., kontrola w zakresie oceny stanu sanitarnego żłobka,
- Pismo strony znak ZM-69/2020 z dnia 4 lutego 2020r. w sprawie zwiększenia liczby dzieci,
- Pismo strony znak ZM 87/2020 z dnia 14 lutego 2020r. uzupełnienie pisma w sprawie zwiększenia liczby dzieci,
- Decyzja administracyjna nr 259/20 z dnia 26 lutego 2020r.,
- Decyzja płatnicza nr 261/Op/20 z dnia 26 lutego 2020r.,
- Pismo PPIS znak ONS-HDiM.461.52.2020 z dnia 8 maja 2020r.,
- Pismo, odpowiedź strony – e-mail z dnia 7 maja 2020r. w sprawie procedury bezpieczeństwa COVID-19,
- Pismo PPIS z dnia 8 maja 2020r. znak ONS-HDiM.461.52.2020odpowiedź dot. procedur bezpieczeństwa COVID-19,
- Pismo strony z dnia 2 lutego 2022r. znak ŻŁ.M-47/2022 w sprawie przekazania listy osób zgłoszonych do kwarantanny,
- Pismo PPIS z dnia 4 lutego 2022r. znak ONS-HDiM.461.8.2022 odpowiedź na e-mail z dnia 2 lutego 2022r.

2.3 Przedszkole [redacted]

- Protokół kontroli nr 214/1201/ONS-HDiM/2016 z dnia 5 października 2016r., kontrola w zakresie stanu sanitarnego przedszkola, załącznik – formularz nr F/HDM/02,
- Zawiadomienie o wszczęciu postepowania administracyjnego znak 214/1201/ONS-HDiM/2016 z dnia 5 października 2016r.
- Pismo strony z dnia 10 października 2016r. odpowiedź Dyrektora palcówki do zawiadomienia o wszczęciu postepowania administracyjnego,
- Pismo strony z dnia 18 października 2016r. uzupełnienie do pisma z dnia 10.10.2016r. do zawiadomienia o wszczęciu postępowania administracyjnego,
- Decyzja administracyjna nr 1478/16 z dnia 24 października 2016r.,

- Decyzja płatnicza nr 1479/Op/16 z dnia 24 października 2016r.,
- Protokół kontroli nr 179/1201/ONS-HDiM/2017 z dnia 24 sierpnia 2017r., kontrola sprawdzająca wykonanie obowiązku decyzji administracyjnej Nr 1478/16 z dnia 24.10.2016r.,
- Pismo strony z dnia 31 lipca 2017r., prośba o prolongatę Decyzji Nr 1478/16 z dnia 26.10.2016r.,
- Decyzja administracyjna Nr1236/17 z dnia 30 sierpnia 2017r.,
- Pismo strony z dnia 24 sierpnia 2018r. w sprawie wykonania punktu nakazu Decyzji Nr 1236/17 z dnia 30.08.2017r.,
- Protokół 218/1201/ONS-HDiM/2018 z dnia 19 września 2018r. kontrola sprawdzająca wykonanie obowiązku decyzji administracyjnej Nr 1236/17 z dnia 30.08.2017r.,
- Protokół kontroli nr 59/1201/ONS-HDiM/2022 z dnia 27 maja 2022r., kontrola w zakresie stanu sanitarnego przedszkola, załącznik – formularz nr F/HDM/02,
- Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego znak 59/1201/ONS-HDiM/2022 z dnia 31 maja 2022r.,
- Pismo strony z dnia 7 czerwca 2022r. odpowiedź do zawiadomienia o wszczęciu postępowania administracyjnego,
- Decyzja administracyjna nr 859/22 z dnia 15 czerwca 2022r.,
- Decyzja płatnicza nr 860/Op/22 z dnia 15 czerwca 2022r.,
- Pismo strony z dnia 30 sierpnia 2022r. w sprawie wykonania punktu nakazu Decyzji Nr 859/22 z dnia 15.06.2022r.,
- Protokół 127/1201/ONS-HDiM/2022 z dnia 7 września 2022r. kontrola sprawdzająca wykonanie obowiązku decyzji administracyjnej Nr 859/22 z dnia 15.06.2022r.,

2.4 [redacted]

- Protokół kontroli nr 100/1201/ONS-HDiM/2018 z dnia 21 maja 2018r., kontrola w zakresie stanu sanitarnego przedszkola, załącznik – formularz nr F/HDM/02,
- Protokół kontroli nr 55/1201/ONS-HDiM/2022 z dnia 16 maja 2022r., kontrola w zakresie stanu sanitarnego przedszkola, załącznik – formularz nr F/HDM/02,
- Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego znak 55/1201/ONS-HDiM/2022 z dnia 16 maja 2022r.,
- Pismo strony z dnia 16 maja 2022r. odpowiedź Dyrektora placówki do zawiadomienia o wszczęciu postępowania administracyjnego,
- Protokół kontroli nr 69/1201/ONS-HDiM/2022 z dnia 15 czerwca 2022r., kontrola sprawdzająca usunięcie nieprawidłowości zgodnie z pismem Dyrektora placówki,
- Decyzja administracyjna nr 861/22 z dnia 15 czerwca 2022r.,
- Decyzja płatnicza nr 862/Op/22 z dnia 15 czerwca 2022r.,
- Pismo strony z dnia 26 sierpnia 2022r. w sprawie prolongaty terminu wykonania Decyzji Nr 861/22,
- Decyzja Nr 1316/22 z dnia 30 sierpnia 2022r.,
- Protokół kontroli nr 136/1201/ONS-HDiM/2022 z dnia 21 września 2022r., kontrola sprawdzająca wykonanie obowiązku decyzji administracyjnej Nr 861/22 z dnia 15.06.2022r.,

2.5 Żłobek [redacted]

- Zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli nr ONS-HDiM.432-11/16 z dnia 24.10.2016r.,

- Protokół kontroli nr 239/1201/ONS-HDiM/2016 z dnia 9 listopada 2016r., kontrola w zakresie oceny stanu sanitarnego żłobka, załącznik – formularz F/HDM/01,

- Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego znak 239/1201/ONS-HDiM/2022 z dnia z dnia 9 listopada 2016r.,
- Pismo strony z dnia 23 listopada 2016r. odpowiedź, wyjaśnienie Dyrektora placówki do zawiadomienia o wszczęciu postępowania administracyjnego,
- Protokół kontroli nr 252/1201/ONS-HDiM/2016 z dnia 28 listopada 2016r., kontrola sprawdzająca wykonanie nieprawidłowości wskazanych w protokole Nr 239/1201/ONS-HDiM/2016,
- Decyzja administracyjna Nr 1656/16 z dnia 1 grudnia 2016r.,
- Decyzja płatnicza Nr 1657/Op/16 z dnia 1 grudnia 2016r.,
- Zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli nr 1201/ONS-HDiM/432-13/17 z dnia 04.09.2017r.,

- Protokół kontroli nr 215/1201/ONS-HDiM/2017 z dnia 20 września 2017r., kontrola w zakresie oceny stanu sanitarnego żłobka, załącznik – formularz F/HDM/01,

- Zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli nr 1201/ONS-HDiM/432-13/18 z dnia 03.09.2018r.,

- Protokół kontroli nr 214/1201/ONS-HDiM/2018 z dnia 14 września 2018r., kontrola w zakresie oceny stanu sanitarnego żłobka, załącznik – formularz F/HDM/01,

- Zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli nr 1201/ONS-HDiM/432-24/19 z dnia 04.09.2019r.,

- Protokół kontroli nr 175/1201/ONS-HDiM/2019 z dnia 20 września 2019., kontrola w zakresie oceny stanu sanitarnego żłobka, załącznik – formularz F/HDM/01,

- Pismo strony z dnia 30.12.2019r. w sprawie zmiany formy prowadzenia działalności,

- Decyzja administracyjna Nr 27/20 z 9 stycznia 2020r.,
- Pismo strony z dnia 05.05.2020r. w sprawie procedur w trakcie trwania epidemii COVID-19,
- Pismo PPIS z dnia 05.05.2020r. odpowiedź dotycząca procedur COVID-19,
- Zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli nr 1201/ONS-HDiM/432-11/21 z dnia 02.08.2021r.,

- Protokół kontroli nr 93/1201/ONS-HDiM/2021 z dnia 20 sierpnia 2021r., kontrola w zakresie oceny stanu sanitarnego żłobka, załącznik – formularz F/HDM/01.

2.6 Szkoła Podstawowa [redacted]

- Pismo strony z dnia 8 sierpnia 2016r. w sprawie wykonania punktów nakazu Decyzji Nr 2193/13 oraz prolongaty terminu wykonania części punktów Decyzji Nr 2193/13
- Protokół kontroli nr 179/1201/ONS-HDiM/2016 z dnia 6 września 2016., kontrola sprawdzającą wykonanie nakazu Decyzji Nr 2193/13 z dnia 20 listopada 2013r.,
- Decyzja administracyjna nr 1231/16 z dnia 7 września 2016r.,
- Pismo strony z dnia 21 grudnia 2017r. w sprawie prolongaty terminu wykonania Decyzji Nr 2193/13,
- Postanowienie Nr 4 z dnia 8 stycznia 2018r.,
- Protokół kontroli nr 232/1201/ONS-HDiM/2019 z dnia 11 grudnia 2019r., kontrola w zakresie oceny obciążenia ciężarem tornistrów/plecaków szkolnych,
- Protokół kontroli nr 24/1201/ONS-HDiM/2021 z dnia 1 czerwca 2021r., kontrola ocena stanu sanitarnego szkoły, załącznik – formularz F/HDM/04,
- Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego znak 24/1201/ONS-HDiM/2021 z dnia 1 czerwca 2021r.,

- Pismo strony z dnia 2 czerwca 2021r. odpowiedź Dyrektora placówki do zawiadomienia o wszczęciu postepowania administracyjnego,
- Decyzja administracyjna Nr 672/21 z dnia 14 czerwca 2021r.,
- Decyzja płatnicza Nr 673/Op/21 z dnia 14 czerwca 2021.,
- Pismo strony z dnia 18 sierpnia 2021r. w sprawie wykonania punktów nakazu Decyzji Nr 672/21,
- Protokół kontroli nr 104/1201/ONS-HDiM/2021 z dnia 31 sierpnia 2021., kontrola sprawdzającą wykonanie nakazu Decyzji Nr 627/21 z dnia 14.06.2021r.,
- Pismo strony z dnia 26 sierpnia 2022r. w sprawie wykonania punktu nakazu Decyzji Nr 672/21,
- Protokół kontroli nr 121/1201/ONS-HDiM/2022 z dnia 31 sierpnia 2022., kontrola sprawdzającą wykonanie nakazu Decyzji Nr 627/21 z dnia 14.06.2021r

2.7 [redacted]

- Protokół kontroli nr 169/1201/ONS-HDiM/2017 z dnia 22 sierpnia 2017r., kontrola w zakresie oceny stanu przygotowania placówki do nowego roku szkolnego 2017/ 2018,
- Protokół kontroli nr 59/1201/ONS-HDiM/2019 z dnia 6 marca 2019r., kontrola w zakresie oceny warunków do utrzymania higieny osobistej uczniów,
- Protokół kontroli nr 31/1201/ONS-HDiM/2022 z dnia 5 kwietnia 2022r., kontrola w zakresie oceny stanu sanitarnego placówki oraz ocena dostosowania mebli edukacyjnych do zasad ergonomii załączniki – formularze F/HDM/02 , F/HDM/04, F/HDM/05 i F/HDM/06,
- Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego znak 31/1201/ONS-HDiM/2022 z dnia 5 kwietnia 2022r.,
- Pismo strony z dnia 12 kwietnia 2022r. - odpowiedź Dyrektora placówki w sprawie zawiadomienia o wszczęciu postępowania administracyjnego,
- Protokół kontroli nr 43/1201/ONS-HDiM/2022 z dnia 27 kwietnia 2022., kontrola sprawdzająca w zakresie usunięcia nieprawidłowości stwierdzonych podczas kontroli- protokół nr 31/1201/ONS-HDiM/2022 z dnia 5 kwietnia 2022r,
- Decyzja administracyjna Nr 571/21 z dnia 28 kwietnia 2022r.,
- Decyzja płatnicza Nr 572/Op/22 z dnia 28 kwietnia 2022r .,
- Pismo strony z dnia 26 sierpnia 2022r. – informacja Dyrektora placówki dotycząca wykonania obowiązków decyzji administracyjnej Nr 571/21 z dnia 28 kwietnia 2022r.,
- Protokół kontroli nr 122/1201/ONS-HDiM/2022 z dnia 31 sierpnia 2022r. - kontrola sprawdzająca wykonanie nakazów Decyzji Nr 572/22 z dnia 28 kwietnia 2022r.,

2.8 [redacted]

- Protokół kontroli nr 81/1201/ONS-HDiM/2016 z dnia 11 maja 2016r., kontrola w zakresie oceny stanu sanitarnego placówki, załącznik – formularz F/HDM/02 i F/HDM/04,
- Protokół kontroli nr 188/1201/ONS-HDiM/2018 z dnia 30 sierpnia 2018r., kontrola w zakresie oceny stanu przygotowania placówki do nowego roku szkolnego 2018/ 2019,
- Protokół kontroli nr 56/1201/ONS-HDiM/2022 z dnia 27 maja 2022r., kontrola w zakresie oceny stanu sanitarnego placówki oraz ocena dostosowania mebli edukacyjnych do zasad ergonomii załączniki – formularze F/HDM/02 , F/HDM/04 i F/HDM/05,
- Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego znak 56/1201/ONS-HDiM/2022 z dnia 27 maja 2022r.,
- Pismo strony z dnia 27 maja 2022r. - odpowiedź Dyrektora placówki w sprawie zawiadomienia o wszczęciu postępowania administracyjnego,
- Protokół kontroli nr 68/1201/ONS-HDiM/2022 z dnia 14 czerwca 2022., kontrola sprawdzająca w zakresie oceny usunięcie nieprawidłowości stwierdzonych podczas kontroli- protokół

nr 56/1201/ONS-HDiM/2022 z dnia 27 maja 2022r,
- Decyzja administracyjna Nr 873/22 z dnia 20 czerwca 2022r.,
- Decyzja płatnicza Nr 874/Op/22 z dnia 20 czerwca 2022r .

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 – brak uwag,
i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji - nie dotyczy,
j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi ** - nie dotyczy.

VIII. Współpraca z innymi organami/jednostkami (podmioty zewnętrzne) –
Współpracowano z **samorządami terytorialnymi** poprzez przedstawienie oceny stanu sanitarnego placówek oświatowo- wychowawczych w poszczególnych gminach oraz bieżące informowanie o wynikach przeprowadzonych kontroli.
W trakcie trwania pandemii **Urzędom Miast i Gmin** - organom prowadzącym placówki oświatowe na bieżąco przekazywano informacje dotyczące wytycznych MZ, GIS i MEiN m.in. wytyczne dla szkół, przedszkoli, oddziałów przedszkolnych w szkole podstawowej i innych form wychowania przedszkolnego oraz instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 oraz wytyczne dla organizatorów wypoczynku dzieci i młodzieży
W ramach współpracy z **Kuratorium Oświaty w Katowicach – Delegaturą w Bielsku- Białej** uczestniczono w szkoleniach dla dyrektorów szkół i przedszkoli dotyczących zapobiegania i zwalczania zakażeń Covid- 19 u dzieci i młodzieży oraz pracowników szkół i przedszkoli.
Ponadto doraźnie prowadzona jest współpraca z Delegaturą KO w zakresie nadzoru nad placówkami wypoczynku dzieci i młodzieży.
Ponadto na bieżąco prowadzona jest współpraca z **Środowiskowym Centrum Pomocy w Bielsku-Białej- Zespół Placówek „Parasol"**, w zakresie nadzoru nad placówkami opiekuńczo-wychowawczymi dla dzieci i młodzieży.

IX. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE
Na bieżąco prowadzona jest ciągła współpraca z następującymi sekcjami:
- **Sekcją Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku** w zakresie nadzoru nad placówkami oświatowo- wychowawczymi, w tym wypoczynku dzieci i młodzieży,
- **Sekcją Higieny Komunalnej i Środowiska** w zakresie nadzoru nad obiektami wypoczynku dzieci i młodzieży,
- **Sekcją Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego** w zakresie odbiorów placówek oświatowych i wychowawczych oraz wydawania opinii sanitarnych ,
- **Sekcją Epidemiologii** w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych u dzieci i młodzieży w palcówkach oświatowych i wychowawczych,
- **Sekcją Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia** w zakresie przestrzegania zakazu palenia w placówkach oświatowo- wychowawczych.

X. Inne zagadnienia

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

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XI. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości - nie dotyczy

XII. Dodatkowe informacje - nie dotyczy

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów: nie dotyczy

Kierownik Sekcji
Higieny Dzieci i Młodzieży
[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 I..*
do protokołu nr OK.1611.3.5.2022
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 Bielsku-Białej
43-300 Bielsko-Biała, ul. Broniewskiego 21
(adres)

II. **Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli**
Oddział Nadzoru Sanitarnego - Sekcja Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego
(pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym psse)

III. **Data kontroli** – 05.10.2022 r.

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** - 01.01.2019 r. do 30.09.2022 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 przychodzących: odbiory obiektów, uzgodnienia projektów, oceny oddziaływania na środowisko, uzgodnienia studiów i planów zagospodarowania, korespondencja ogólna	+	-

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

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

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych

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

L.p.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota /1				Uwagi:
		Rok 2019	Rok 2020	Rok 2021	Rok 2022 do dnia kontroli	
1.	Postanowienia	1	2	3	12	-
2.	Decyzje	4	3	3	5	-
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3					nie dot.
4.	Decyzje - rachunki	342/ 68838,68 zł	235/ 54708,58 zł	277/ 71969,94 zł	192/ 66029,72 zł	-
5.	Opinie sanitarne/pisma**	216	215	296	170	-
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2					-
7.	Mandaty					nie dot.
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2					-
9.	Uczestnictwo w odbiorach	247	189	221	154	-
10.	Upomnienia					nie dot.
11.	Tytuły wykonawcze					nie dot.
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia					nie dot.
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego					nie dot.

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

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów - 11
(podać liczbę)

2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/
2.1 Opinia sanitarna nr ONS-ZNS.511.20.2020 z 17.06.2020 r. w sprawie zaopiniowania mpzp obejmującego obszar położony w rejonie ulic: [redacted] wraz z prognozą oddziaływania na środowisko
2.2 Opinia sanitarna nr ONS-ZNS.511.23.2020 z 26.06.2020 r. w sprawie uzgodnienia zakresu i stopnia szczegółowości informacji wymaganych w prognozie oddziaływania na środowiska sporządzonej do projektu mpzp w [redacted]
2.3 Opinia sanitarna nr ONS-ZNS.511.11.2022 z 30.03.2022 r. w sprawie zaopiniowania mpzp [redacted]
2.4 ONS-ZNS.511.18.2022 r. 05.05.2022 r., w sprawie zaopiniowania projektu zmiany studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego [redacted]
2.5 Opinia sanitarna nr ONS-ZNS.512.10.2022 r. z 03.03.2022 r. przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach dla budowy hali produkcyjno-usługowo-handlowej [redacted]
2.6 Opinia sanitarna nr ONS-ZNS.513.56.2021 z 17.01.2022r. przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach dla budowy budynku produkcyjno-biurowego [redacted]
2.7 Opinia sanitarna nr ONS-ZNS.513.4.2022 z 18.03.2022 r. w sprawie uzgodnienia warunków zabudowy dla budowy budynku mieszkalnego jednorodzinnego [redacted]

2.8 Opinia sanitarna nr ONS-ZNS.513.3.2022 z 22.03.2022 r. przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach dla budowy hali magazynowo usługowej z zapleczem [redacted]

2.9 Opinia sanitarna nr ONS-ZNS.514.20.2022 z 08.04.2022 r. w sprawie uzgodnienia projektu pod względem sanitarno-higienicznych punktu pobrań krwi [redacted]

2.10 Opinia sanitarna nr ONS-ZNS.515.25.2022 z 08.02.2022 r. o zgodności wykonania w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych z projektem budowlanym hali magazynowej [redacted]

2.11 Opinia sanitarna nr ONS-ZNS.515.45.2022 z 28.02.2022 r. o zgodności wykonania w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych z projektem budowlanym Budynku produkcyjnego z zapleczem socjalno-biurowym [redacted]

2. 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 4 osoby.
- W trakcie kontroli stwierdzono że wszystkie skontrolowane sprawy zostały rozstrzygnięte co poświadczają wydane stanowiska.
- Sprawy wymienione w pkt VIII zostały załatwione w terminach określonych w stosownych ustawach.
- W trakcie kontroli dokonano również oceny merytorycznej wydawanych opinii sanitarnych. Oceniam sposób załatwiania skontrolowanych spraw pozytywnie.

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

- Organy Administracji Architektoniczno - Budowlanej, częstotliwość doraźna, Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo Budowlane (Dz.U. z 2021 poz. 2351 z późn. zm.)
- Państwowa Inspekcja Weterynaryjna, częstotliwość doraźna, Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. o Inspekcji Weterynaryjnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 306 z późn. zm.)
- Wojewódzka Inspekcja Farmaceutyczna, częstotliwość doraźna, Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo Farmaceutyczne (Dz.U. z 2021 r. poz. 1977 z późn. zm.).
- Organy Ochrony Środowiska, częstotliwość ciągła, Ustawa z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowiska (Dz.U. 2022 r. poz. 1029 z późn. zm.)

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

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

- Sekcja Higieny Żywności Żywienia i Przedmiotów Użytku, odbiór obiektu, współpraca ciągła
- Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży, odbiór obiektu, współpraca ciągła
- Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska, odbiór obiektu, współpraca ciągła
- Sekcja Higieny Pracy, odbiór obiektu, współpraca ciągła
- Sekcja Epidemiologii, odbiór obiektu, współpraca ciągła

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

XI. Inne zagadnienia

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

Pracownicy udzielają informacji osobom zainteresowanym, że lista rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych jest na stronie WSSE w Katowicach. Lista jest na bieżąco aktualizowana.

.....

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Nie dotyczy

XIII. Dodatkowe informacje

Nie dotyczy

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:

Nie dotyczy

KIEROWNIK SEKCJI

[redacted]

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO
Sekcja Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego

[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

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

1. Struktura zatrudnienia:

a) obsada kadrowa w pionie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia: 3
(liczba osób)

b) wykształcenie pracowników:
wyższe (jakie?): lekarz medycyny
zdrowie publiczne

średnie (jakie?): położna

specjalizacje, kursy: studia podyplomowe

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

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

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

3. Organizacja pracy w pionie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia:

a) jednostki nadzorowane przez PSSE, monitorowane w zakresie działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia:
liczba mieszkańców objętych opieką PSSE: 335 130
liczba gmin: 11
liczba zakładów opieki zdrowotnej: 144
liczba innych jednostek: 203

b) realizowane interwencje programowe:

ogólnopolskie:
-Program Edukacji Antytytoniowej „Bieg po zdrowie"
-Program Edukacyjny „Trzymaj Formę!"
-Program Edukacyjny dla Przedszkoli „Skąd się biorą produkty ekologiczne"

-Program Przedszkolnej Edukacji Antytytoniowej „Czyste powietrze wokół nas"
-Program Edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość?"
-Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS

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

własne:
brak

c) realizowane interwencje nieprogramowe:
ogólnopolskie:
-Światowy Dzień Zdrowia
-Światowy Dzień bez Tytoniu
-Światowy Dzień Rzucania Palenia
-Światowy Dzień AIDS
-Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach
-Kampania medialna #SzczepimySię
-Kampania informacyjna #EUChooseSafeFood „Wybieraj bezpieczną żywność"
-Kampania informacyjna „Profilaktyka 40 Plus"
-Europejski Tydzień Szczepień
-Światowy Dzień Higieny Rąk

wojewódzkie:
- Dopalacze – Wypalacze „groźne narkotyki"
- „Zaszczep w sobie chęć szczepienia"
- „Koronawirus. Przestrzegaj podstawowych zasad bezpieczeństwa i higieny"
- „HIV/AIDS – chcę wiedzieć więcej", „HIV/AIDS – wiem, nie boję się, toleruję"
- „HIV/AIDS – jestem świadomy, nie ryzykuję!"
- „Brązowo, ale czy zdrowo?"
- „Bezpieczna Wakacje"
- „Bezpieczne Ferie"
- „Lekki tornister"

własne:
brak

4. Realizacja zaleceń pokontrolnych

- brak zaleceń pokontrolnych po kontroli przeprowadzonej w dniu 13.09.2016 r.

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

Powiat bielski oraz miasto Bielsko-Biała zajmują powierzchnię 584 km2. Zamieszkuje go ok. 336 tys. osób.
Bielsko-Biała jest centrum handlowo-usługowym, akademickim i kulturalnym obszaru określanego jako Podbeskidzie.
Sytuacja epidemiologiczna oraz wybrane problemy zdrowotne :

COVID19
Najwięcej zachorowań na COVID zarejestrowano w Bielsku-Białej w miesiącach jesienno-zimowych i wiosennych - od listopada do grudnia i od stycznia do kwietnia – 15.398. Suma zleceń testów w kierunku zakażenia SARS-CoV-2 w 2021 r. u mieszkańców Bielska-Białej wyniosła 8.6027. Odsetek testów pozytywnych kształtował się na poziomie 17,5 proc. Ogółem zarejestrowano 1.5837 potwierdzonych laboratoryjnie (testem PCR lub antygenowym) zakażeń SARS-CoV-2 (zapadalność – 9.329,27 na 100.000 mieszkańców). Zakażeniu uległo 8.486 kobiet i 7.350 mężczyzn. Izolowano w warunkach domowych 15.295 pacjentów, 543 hospitalizowano. Zmarło 259 chorych, w tym osoby w 60. roku życia i starsze – 235 (90,04 proc.). Kwarantanną objęto 23.512 mieszkańców Bielska-Białej.
Grypa
W roku 2021 zarejestrowano 9.665 zachorowań oraz podejrzeń zachorowań na grypę (5.693,47 na 100.000 mieszkańców) - o 3.257 (25,21 proc.) przypadków mniej w stosunku do roku poprzedniego. Szczyt zachorowań na grypę i infekcje grypopodobne przypadł w Bielsku-Białej i w Polsce na okres między październikiem a grudniem. Najwięcej zachorowań odnotowano w październiku – 1.810 przypadków, tj.18,73 proc. wszystkich zgłoszeń w 2021 r. Z czynnej profilaktyki przeciwko grypie skorzystało 6.348 mieszkańców Bielska-Białej, tj. 3,74 proc. ludności miasta.
W 2021 roku na terenie Bielska Białej zarejestrowano 418 przypadków zakażeń jelitowych oraz zatruć pokarmowych z nieżytem żołądkowo-jelitowym.
Borelioza i gruźlica
Odnotowano 63 przypadki zachorowań na Boreliozę z Lyme (o 24 mniej niż w roku 2020).

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

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

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

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

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

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

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

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

- Urzędy Miast i Gmin (w zakresie interwencji programowych i nieprogramowych)
- Kuratorium Oświaty Delegatura w Bielsku-Białej (interwencje programowe i nieprogramowe)
- Starostwo Powiatowe w Bielsku-Białej (w zakresie interwencji programowych i nieprogramowych)
- Komenda Miejska Policji w Bielsku-Białej (w zakresie interwencji programowych i nieprogramowych)
- Narodowy Fundusz Zdrowia Delegatura w Bielsku-Białej (organizacja eventów profilaktycznych, stoisk promocji zdrowia)
- media lokalne – upowszechnianie wiedzy wśród społeczności lokalnej
- placówki oświatowo-wychowawcze i ochrony zdrowia (w zakresie realizacja interwencji)

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

- Sekcja Epidemiologii
- Sekcja Higieny Żywności i Żywienia i Przedmiotów Użytku
- Sekcja Higieny Komunalnej
- Sekcja Higieny Pracy
- Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży

Współpraca realizowana jest w ramach interwencji

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

PPIS w Bielsku-Białej nadaje rangi działaniom oświatowo-zdrowotnym poprzez udział w konferencjach, szkoleniach oraz innych przedsięwzięciach organizowanych w ramach wspierania szkolnych i przedszkolnych programów 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 15/1201/OZ/2017 z dnia 30.11.2017 r.
Nr 5/1201/OZ/2018 z dnia 18.05.2018 r.
Nr 12/1201/OZ/2019 z dnia 29.11.2019 r.
Nr 4/1201/OZ/2020 z dnia 28.02.2020 r.
Nr 2/1201/OZ/2021 z dnia 24.09.2021 r.

Ilość zaplanowanych i wykonanych wizytacji w latach 2017- 2022 - do dnia 30.09.2022 r.

Rok	Ilość wizytacji zaplanowanych	Ilość wizytacji wykonanych
2017	15	15
2018	15	15
2019	12	12
2020	27	4
2021	14	4
2022	14	8

W 2020 i 2021 roku nie wykonanie planu wizytacji wynikało z sytuacji epidemiologicznej związanej z zakażeniami SARS-CoV2. W roku 2022 do 30 września wykonano 8 wizytacji z 14 zaplanowanych.

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 Bielsku-Białej: 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 1.10.2016 r. do 30.09.2022 r.
W Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej 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: „Ars czyli jak dbać o miłość", „Bieg po zdrowie", „Podstępne wzw" „Znamię, znam je" oraz Kampanii „Zaszczep w sobie chęć szczepienia" i Akcji „Wirusoochrona" .
Ocenę realizacji działań i dokumentacji przeprowadzono na podstawie przeglądu i analizy posiadanej dokumentacji w miejscu kontroli, sprawozdań przesyłanych do Oddziału Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Katowicach, zgodnie z ustalonymi terminami, przebiegu współpracy oraz kontroli problemowych przeprowadzonych w PSSE w Bielsku-Białej: Protokół Nr PZ.1611.3.14.2017 z dnia 10.05.2017 r., Nr PZ.1611.3.10.2018 z dnia 14.05.2018 r., Protokół PZ.1611.3.6.2019 r. z dnia 10.04.2019 r. Protokół Nr PZ.1611.3.2021 z dnia 09.07.2021 r.

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

Zakres współdziałania PSSE w Bielsku-Białej 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.04.1611.35.2022*
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 Bielsku-Białej**
ul. Władysława Broniewskiego 21, 43-300 Bielsko-Biała
(adres)

II. **Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli:**
Kierownik ds. jakości w Oddziale Nadzoru Sanitarnego i Sekcji Oświaty Zdrowotnej
Kierownik ds. jakości w Oddziale Laboratoryjnym
(pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym psse)

III. Data kontroli 05.10.2022 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli 14.09.2016 - 30.09.2022

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*

L.p.		Liczba/kwota [1]	Uwagi:

AŻ

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

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

VIII. Kontrola dokumentacji *nie dotyczy*

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

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

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

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

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

d) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach.....
.....
.....
.....
.....
e) stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie .....
.....
f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń
.....
.....
.....
g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli).....
.....
.....
.....

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

i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji.....
.....
.....
.....
.....
.....
j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **
.....
.....

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

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

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

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

XI. Inne zagadnienia *nie dotyczy*

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

.....

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

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

Kierownikiem ds. jakości w Oddziale Nadzoru Sanitarnego i Sekcji Oświaty Zdrowotnej jest [redacted] atomiast zastępcą jest [redacted] – starszy asystent w sekcji Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku. Kierownik ds. jakości jest równocześnie zastępcą PPIS w Bielsku-Białej, kierownikiem Oddziału Nadzoru Sanitarnego oraz koordynatorem ds. kontroli zarządczej.

Obowiązki, odpowiedzialności i uprawnienia dla każdego stanowiska i funkcji zostały ww. osobom zakomunikowane w „Zakresach obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień" odpowiednio z dnia 15.08.2020 r. i 01.05.2021 r. Ponadto w Księdze Jakości wyd. 6 w rozdziale 1 „Deklaracja kierownictwa i polityka bezstronności" na stronie 2/2 zapisano, że odpowiedzialnym za utrzymanie odpowiedniego i aktualnego systemu zarządzania PPIS w Bielsku-Białej uczynił kierownika ds. jakości. W rozdziale 5 na stronie 10/13 podano personalia kierownika ds. jakości, jego zastępcy oraz personalia kierowników poszczególnych sekcji ONS oraz Oświaty Zdrowotnej wraz z personaliami ich zastępców. W ww. rozdziale podano również ogólne zakresy obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień osób „funkcyjnych" , w tym kierownika ds. jakości.

Kierownikiem ds. jakości w Oddziale Laboratoryjnym jest [redacted]

Wymagania dotyczące systemu zarządzania:

Nadzór nad dokumentami

W PSSE w Bielsku-Białej w Oddziale Nadzoru Sanitarnego i Sekcji Oświaty Zdrowotnej obowiązuje szóste wydanie Księgi Jakości (data wydania: 01.08.2022 r.) zatwierdzone przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w dniu 01.08.2022 r. Wydanie szóste zostało opracowane na wniosek kierownika ds. jakości w konsekwencji przeglądu dokumentu i stwierdzeniu konieczności aktualizacji zapisów m.in. w związku ze zmianami personalnymi, zmianami adresów poczty elektronicznej (wniosek nr 1 z 2022 roku z dnia 12.07.2022 r.).

Wszystkie zmiany, potwierdzenie przeglądu dokumentu oraz nowe wydania Księgi Jakości są dokumentowane i zapisywane w Karcie Zmian do pierwszego wydania Księgi Jakości z dnia 29.05.2008 r. Karta zmian zwiera łącznie 57 pozycji (ostatnia pozycja dotyczy zmiany wydania 5 KJ na wydanie 6). Zmieniane strony lub cały nieaktualny dokument odpowiednio opisane są przechowywane przez zarządzającego. Np. Nieaktualne wydanie Księgi Jakości jest wycofane z użycia, oznakowane napisem „Niekatulane od dnia 01.08.2022 r.", podpisane przez kierownika ds. jakości i przechowywane przez niego jako osobę zarządzającą.

Kierownicy/ kierownicy techniczni / pracownicy / auditorzy wewnętrzni / kandydaci na auditorów o wszelkich zmianach w dokumentacji systemowej, w tym o nowym wydaniu Księgi Jakości (oraz o innych zmianach) informowani są na szkoleniach i/lub naradach oraz za pośrednictwem wewnętrznej sieci informatycznej (poczty e-mail) – np.

- e-mail z dnia 25.07.2019 r. informujący kierowników, kierowników technicznych poszczególnych komórek organizacyjnych o zmianie procedury ogólnej PO-02; szkolenie z dnia 03.07.2019 r. temat: Zmiany w dokumentach Systemu Zarządzania,
- w dniu 24.08.2022 r. przeprowadzono szkolenie wewnętrzne nr 3 dotyczące wydania 6 Księgi Jakości skierowane do kierowników, kierowników technicznych, auditorów oraz kandydatów na auditorów – uczestniczyło łącznie 12 osób, szkolenie prowadził kierownik ds. jakości.

Kierownik ds. jakości jako osoba zarządzająca Księgą Jakości posiada w formie papierowej egzemplarz nr 1 oraz w formie elektronicznej (format PDF) egzemplarz nr 2. Księga jakości została rozpowszechniona w PSSE w Bielsku-Białej w formie elektronicznej (drugi egzemplarz). Sporządzono rozdzielnik do Księgi jakości - PPIS oraz pracownicy Oddziału Nadzoru Sanitarnego oraz Sekcji Oświaty Zdrowotnej posiadają dostęp w Intranecie PSSE w zakładce KSIĘGA JAKOŚCI do egzemplarza nr 2 – wersja elektroniczna (PDF).

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

Na dzień kontroli kierownik ds. jakości stosuje następujące Procedury Ogólne Systemu Zarządzania:
- procedura nr PO-01 wydanie nr 6, data wydania: 22.12.2014 r. z ostatnimi zmianami z dnia 01.07.2019 r.
- procedura nr PO-02 wydanie nr 8, data wydania: 18.05.2017 r. z ostatnimi zmianami z dnia 24.06.2021 r.
- procedura nr PO-03 wydanie nr 4, data wydania: 22.12.2014 r. z ostatnimi zmianami z dnia 01.06.2017 r.
- procedura nr PO-04 wydanie nr 4, data wydania: 22.12.2014 r. z ostatnimi zmianami z dnia 01.07.2019 r.
- procedura nr PO-05 wydanie nr 5, data wydania: 22.12.2014 r.
- procedura nr PO-06 wydanie nr 5, data wydania: 22.12.2014 r. z ostatnimi zmianami z dnia 14.10.2016 r.
- procedura nr PO-07 wydanie nr 5, data wydania: 22.12.2014 r. z ostatnimi zmianami z dnia 06.09.2020 r.
- procedura nr PO-08 wydanie nr 1, data wydania: 22.12.2014 r. z ostatnimi zmianami z dnia 01.06.2017 r.

Kierownik ds. jakości prowadzi rejestry dokumentów w formie elektronicznej, m.in.:
- rejestr „Akty prawne",
- rejestr „Dokumenty wydane przez GIS",
- rejestr „Instrukcje i procedury wydane przez ŚPWIS",
- rejestr „Normy i dokumenty wydane przez PCA dotyczące systemu zarządzania".

Np.
- rejestr dokumentów „Dokumenty wydawane przez GIS", wpis w pozycji 60 - Zarządzenie GIS nr 291/19 z dnia 13.12.2019 r.; rejestr dokumentów „Normy i dokumenty wydawane przez PCA dotyczące Systemu Zarządzania" wpis w pozycji 23 – FAK-02 wyd. 9 z 28.02.2019 r.

Rejestry prowadzone są na załączniku nr 1 do wydania numer 6 procedury PO-01, wersja strony A, data wersji strony: 22.12.2014.

Jednocześnie w ramach działań doskonalących mając na uwadze obowiązek stosowania aktualnych druków kierownik ds. jakości prowadzi zestawienie w formie Excel obowiązujących dokumentów, które stanowi jednocześnie potwierdzenie sposobu nadzoru nad aktualnością stosowanych dokumentów.

Dokumenty zewnętrzne otrzymane z WSSE (dokumenty techniczne GIS, dokumenty opracowane przez ŚPWIS) rozpowszechniane są w formie elektronicznej – za pośrednictwem wewnętrznej sieci INTRANET i są dostępne dla pracowników. Dla ww. dokumentów sporządza się rozdzielniki, w których wskazano kto posiada dostęp do określonych dokumentów.

Np.

Rozdzielnik do dokumentów zewnętrznych z GIS:
- Zarządzenie nr 293/19 GIS z dnia 13 grudnia 2019r. w sprawie procedury urzędowej kontroli spełniania wymagań zdrowotnych przez żywność oraz materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością objęte kontrolą graniczną, wraz z załącznikami: Procedura PK/NG/01; Protokół kontroli F/PK/NG/01/01; Ocena wstępna ZF/PK/NG/01/01/01 - dostęp do wersji elektronicznej (format PDF) mają kierownik ds. jakości / kierownik ONS oraz pracownicy sekcji ONS-HŻŻ;

Rozdzielnik do dokumentów systemu zarządzania opracowane przez WSSE w Katowicach:
- Instrukcja robocza nr IR/NS-BW/02 Pobieranie próbek wody do badań laboratoryjnych wydanie 4 z dnia 15.03.2019 r. ze zmianami z 14.09.2020 r. str. 13/16 oraz załączników nr 16 i 18 (wersja strony B) - dostęp do wersji elektronicznej (format PDF) mają kierownik ds. jakości / kierownik ONS oraz pracownicy sekcji ONS-HKiŚ.

PSSE w Bielsku-Białej posiada licencjonowany Internetowy System Prawny – LEX, do którego dostęp mają pracownicy i na bieżąco z niego korzystają. Ponadto korzystają również ze strony internetowej ISAP.sejm.gov.pl, w celu sprawdzania aktualnych przepisów prawnych i korzystania z elektronicznych wydań aktów prawnych. Kierownicy techniczni poszczególnych komórek organizacyjnych w celu monitorowania aktualności zapisów posiadają w ramach swoich dostępów do systemu LEX, tzw. „alerty" na akty prawne, które stosowane są w ich komórkach organizacyjnych. W ten sposób mogą z wyprzedzeniem czuwać nad aktualnością stosowanych przepisów prawnych. Informacje dotyczące zmian w przepisach prawnych przekazuje również radca prawny. Dokumenty zewnętrzne dotyczące systemu zarządzania są zatwierdzane przez kierownika ds. jakości poprzez postawienie pieczątki stacji, umieszczenie daty oraz podpisu osoby zatwierdzającej (nie dotyczy dokumentacji pochodzącej z GIS).

Np.

Norma PN-EN ISO/IEC 1720:2012 (zapis w pozycji nr 16 w rejestrze dokumentów „Normy i dokumenty wydawane przez PCA dotyczące Systemu Zarządzania").

AL

Nadzór nad zapisami

Zgodnie z obowiązującą procedurą PO-01 nadzór nad zapisami obejmuje m.in. ich sprawdzanie, przeglądanie, zatwierdzanie, właściwe przechowywanie i archiwizowanie. Kierownicy / kierownicy techniczni przed zatwierdzeniem m.in. protokołów z kontroli sprawdzają ich prawidłowość. Na bieżąco aktualizowane są przywoływane w protokołach akty prawne oraz ich publikatory. Dzięki komunikacji pomiędzy radcami prawnymi oraz poszczególnymi kierownikami istnieje dodatkowe zapewnienie minimalizowania ryzyka przywoływania nieaktualnych podstaw prawnych. Dodatkowo na cotygodniowych naradach w przypadku kluczowych aktów kierownik ds. jakości informuje kierownictwo o zmianach.

W PSSE w Bielsku-Białej protokoły sporządza się ręcznie lub komputerowo (w 70 %), jednakże zawsze sporządzane są czytelnie i rzetelnie.

Np.

- Protokół kontroli nr 46/1201/ONS-HP/2021 z dnia 25.05.2021 r. – załącznik nr 2 do procedury technicznej nr PT/01 wyd. z dnia 14.03.2016 r., zatwierdzony przez zastępcę kierownika sekcji w dniu 01.06.2021 r.
- Protokół kontroli nr 62/1201/ONS-HP/2021 z dnia 22.06.2021 r. – załącznik nr 2 do procedury technicznej nr PT/01 wyd. z dnia 14.03.2016 r., zatwierdzony przez kierownika sekcji w dniu 28.06.2021 r.
- Protokół kontroli nr 126/1201/ONS-HP/2022 z dnia 28.04.2022 r. – załącznik nr 2 do procedury technicznej nr PT/01 wyd. z dnia 14.03.2016 r., zatwierdzony przez kierownika sekcji w dniu 29.04.2022 r.
- Protokół kontroli partii towarów objętej kontrolą graniczną nr 379/1201/ONS-HŻŻ/2018 z dnia 14.02.2018 r. – załącznik nr F/PK/NG/01/01, data wydania 2014-06-09, zatwierdzony przez kierownika sekcji w dniu 14.02.2018 r.
- Protokół kontroli sanitarnej (tematycznej) nr 1702/1201/ONS-HŻŻ/2020 z dnia 29.10.2020 r. – załącznik nr F/PK/BŻ/01/03, zatwierdzony przez kierownika sekcji w dniu 29.10.2020 r.
- Protokół kontroli sanitarnej nr 1562/1201/ONS-HŻŻ/2021 z dnia 26.07.2021 r. – załącznik nr F/PK/BŻ/01/01, zatwierdzony przez kierownika sekcji w dniu 29.07.2021r.

Pozostałe zapisy, w tym rejestry szkoleń, dokumentów, listy obecności, plany itd. również są nadzorowane, sporządzane, przechowywane w sposób zapewniających ich bezpieczeństwo, archiwizowane zgodnie z obowiązującą w PSSE w Bielsku-Białej Instrukcją Kancelaryjną. Wszelkie zapisy gromadzone w formie elektronicznej są zabezpieczone poprzez tworzenie kopii zapasowych na serwerze. Za zabezpieczenie systemów informatycznych odpowiadają informatycy Stacji.

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

Prawidłowość sprawowania nadzoru nad pozostałymi zapisami sprawdzono na podstawie:

- listy obecności na szkoleniu nr 1/2019 (załącznik nr 5 z dnia 22.12.2014 do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04), szkolenie przeprowadziła kierownik ds. jakości w dniu 27.02.2019 r., w liście podpisało się 12 pracowników z Oddziału ONS i sekcji OZ;
- listy obecności na szkoleniu nr 5/2022 „Wprowadzenie produktów kosmetycznych do obrotu – przewodnik przedsiębiorcy" – przekazanie informacji ze szkolenia on-line zorganizowanego przez [redacted] w dniu 13.09.2022 r., szkolenie przeprowadzono w dniu 27.09.2022 r., w szkoleniu uczestniczyło 7 osób z sekcji ONS-HP;
- planu szkoleń zewnętrznych na 2019 r., plan został opracowany przez kierownika SJ w dniu 10.03.2019 r., zatwierdzony przez PPIS w tym samym dniu, zaplanowano 2 szkolenia zewnętrzne dotyczące systemu zarządzania (szkolenia zrealizowane w dniach: 01-02.04.2019 r., 29.05.2019 r.;
- planu szkoleń wewnętrznych na okres VII-XII 2019 r., plan został opracowany przez kierownika ds. jakości w dniu 26.06.2019 r., zaplanowano i zrealizowano 2 szkolenia wewnętrzne;
- planu szkoleń wewnętrznych na okres I-VI 2022 r., plan został opracowany przez kierownika Sekcji ONS-HŻŻ w dniu 10.01.2022 r., zaplanowano 5 szkoleń, szkolenia zrealizowano.

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

Audity wewnętrzne

Kierownik ds. jakości dokumentuje proces planowania auditów. Do procesu planowania wykorzystuje arkusz „Harmonogram auditów" pozwalający na zaplanowanie wszystkich obszarów normy 17020:2012

AL

w skali stacji w ciągu danego roku. W 2018 roku zaplanowano 5 auditów (w 3 komórkach organizacyjnych ONS oraz u kierownika oddziału nadzoru sanitarnego i kierownika ds. jakości).
W 2021 roku zaplanowano 4 audity (w 3 komórkach organizacyjnych ONS oraz u kierownika ds. jakości).
Zgodnie ze zmianą procedury PO-02 Audit wewnętrzny w 2022 roku po dokonaniu analizy skuteczności systemu zarządzania i jego stabilności zaplanowano 2 audyty (ww. analizę kierownik ds. jakości udokumentował, obejmowała ona m.in. wyniki auditów, skargi klientów, zasadność skarg, odwołania, zasadność odwołań, analizę dzienników niezgodności, analizę realizacji planów pracy oraz analizę dotyczącą personelu – zapisy w Excelu).
Co roku kierownik ds. jakości dokonuje oceny auditorów wewnętrznych, na podstawie której sporządza rejestr auditorów na dany rok, który jest jednym z elementów omawianych na przeglądzie zarządzania i stanowi załącznik do protokołu z przeglądu.
Rejestr auditorów na 2018 rok został sporządzony 22.03.2018 r. – zawierał 9 nazwisk.
Rejestr auditorów na 2019 rok został sporządzony 27.03.2019 r. – zawiera 9 nazwisk.
Rejestr auditorów na 2020 rok został sporządzony 30.03.2020 r. – zawiera 6 nazwisk.
Rejestr auditorów na 2021 rok został sporządzony 29.03.2021 r. – zawiera 7 nazwisk.
Ostatni rejestr został sporządzony 29.03.2022 r. – zawiera 8 nazwisk.
Co roku po zakończeniu cyklu auditów oraz po dokonaniu oceny auditorów, kierownik ds. jakości w ramach działań doskonalących, a jednocześnie nadzorowych sporządza sprawozdanie z auditów, które jest omawiane na naradach / szkoleniach wewnętrznych oraz wraz z listą auditorów na przeglądach zarządzania.
Poprawność postępowania w tym zakresie potwierdzono na podstawie:
- sprawozdanie z auditów za 2018 rok (sporządzono 20.12.2018 r.) – szkolenie wewnętrzne 27.02.2019 r. temat: Audity - podsumowanie cyklu auditów przeprowadzonych w 2018ćr. – w szkoleniu uczestniczyło 12 osób;
-sprawozdanie z auditów za 2019 rok (sporządzono 31.12.2019 r.) – szkolenie wewnętrzne 13.02.2020 r. temat: Audity - podsumowanie cyklu auditów przeprowadzonych w 2019 r. Omówienie programów auditów wewnętrznych planowanych w 2020 rok. – w szkoleniu uczestniczyło 13 osób;
Programy auditów wewnętrznych sporządzane są na załączniku nr 1 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 PO-02, wersja strony A i zatwierdzane co roku do 15 lutego.
Np.
- Program auditów wewnętrznych na rok 2018 – kierownik ds. jakości, audit zaplanowano na wrzesień 2018 roku, audit przeprowadzono, program zatwierdzony 12.02.2018 r. przez PPIS w Bielsku-Białej;
- Program auditów wewnętrznych na rok 2018 – sekcja Epidemiologii, audit zaplanowano na listopad 2018 roku, audit przeprowadzono, program zatwierdzony 12.02.2018 r. przez PPIS w Bielsku-Białej, program auditu otrzymał kierownik techniczny sekcji ONS-EP oraz kierownik ds. jakości;
- Program auditów wewnętrznych na rok 2018 – sekcja Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego, audit zaplanowano na wrzesień 2018 roku, audit przeprowadzono, program zatwierdzony 12.02.2018 r. przez PPIS w Bielsku-Białej, program auditu otrzymał kierownik techniczny sekcji ONS-EP oraz kierownik ds. jakości;
- Program auditów wewnętrznych na rok 2018 – sekcja Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku, audit zaplanowano na październik 2018 roku, termin auditu został przesunięty na listopad 2018 r. z uwagi na nieobecność auditora – kierownik ONS zwrócił się z prośbą do PPIS w Bielsku-Białej, który wyraził zgodę na zmianę terminu, audit przeprowadzono, program zatwierdzony 12.02.2018 r. przez PPIS w Bielsku-Białej, program auditu otrzymał kierownik techniczny sekcji ONS-HŻŻ oraz kierownik ds. jakości;
- Program auditów wewnętrznych na rok 2021 – sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży, audit zaplanowano na październik 2021 roku, audit przeprowadzono, program zatwierdzony 12.02.2021 r. przez PPIS w Bielsku-Białej, program auditu otrzymał kierownik/kierownik techniczny sekcji ONS-HDiM oraz kierownik ds. jakości;
- Program auditów wewnętrznych na rok 2021 – sekcja Higieny Pracy, audit zaplanowano na listopad 2021 roku, audit przeprowadzono, program zatwierdzony 12.02.2021 r. przez PPIS w Bielsku-Białej, program auditu otrzymał kierownik/kierownik techniczny sekcji ONS-HP oraz kierownik ds. jakości.
Kolejnym etapem związanych z auditem wewnętrznym jest powołanie auditora oraz ewentualnie obserwatora. W PSSE w Bielsku-Białej powołania dokonuje się każdorazowo, minimum 14 dni przed auditem.

Np.
- Dokument powołania auditora na członka zespołu auditującego do przeprowadzenia auditu wewnętrznego w sekcji ONS-EP w listopadzie 2018 roku (załącznik nr 2 z dnia 18.05.2017 r. do procedury PO-02, wersja strony B, data wersji strony 26.01.2018 r.). Audit przeprowadzono 28 i 29.11.2018 r., auditora powołano w dniu 31.10.2018 r.
- Dokument powołania auditora na auditora wiodącego do przeprowadzenia auditu wewnętrznego w sekcji ONS-EP w listopadzie 2018 roku (załącznik nr 2 z dnia 18.05.2017 r. do procedury PO-02, wersja strony B, data wersji strony 26.01.2018 r.). Audit przeprowadzono 28 i 29.11.2018 r., auditora powołano w dniu 31.10.2018 r.
- Dokument powołania auditora na auditora wiodącego do przeprowadzenia auditu wewnętrznego w sekcji ONS-HKiŚ w październiku 2021 roku (załącznik nr 2 z dnia 18.05.2017 r. do procedury PO-02, wersja strony B, data wersji strony 26.01.2018 r.). Audit przeprowadzono 25.10.2021 r., auditora powołano w dniu 08.10.2021 r.
- Dokument powołania obserwatora do uczestniczenia w audicie wewnętrznego w sekcji ONS-HKiŚ w październiku 2021 roku (załącznik nr 2 z dnia 18.05.2017 r. do procedury PO-02, wersja strony B, data wersji strony 26.01.2018 r.). Audit przeprowadzono 25.10.2021 r., obserwatora powołano w dniu 08.10.2021 r.

Uzyskano zgodę kierownika Sekcji ONS-HKiŚ na udział obserwatora w audicie.

Auditor wiodący sporządza plan auditu wewnętrznego co najmniej 7 dni przed datą planowanego auditu. W latach 2016 – 09.2022 r. w PSSE w Bielsku-Białej nie były przeprowadzane audity specjalne.

Np.
- Plan auditu wewnętrznego przeprowadzonego w Sekcji Epidemiologii w dniach 28 i 29.11.2018 r. sporządzono na załączniku nr 3 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 procedury PO-02, wersja strony A, data wersji strony 18.05.2017 r. sporządzono w dniu 05.11.2018 r.
- Plan auditu wewnętrznego przeprowadzonego w Sekcji Higieny Komunalnej i Środowiska w dniu 25.10.2021 r. sporządzono na załączniku nr 3 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 procedury PO-02, wersja strony A, data wersji strony 18.05.2017 r. sporządzono w dniu 11.10.2021 r.

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

Np.
- Raport z auditu wewnętrznego przeprowadzonego w Sekcji Epidemiologii w dniach 28 i 29.11.2018 r. (nr ONS-EP/1/2018) sporządzono na załączniku nr 5 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 procedury PO-02, wersja strony A, data wersji strony 18.05.2017 r. w dniu 03.12.2018 r.; raport zawiera załączniki nr 1 i nr 1A i Listę osób uczestniczących w spotkaniu otwierającym / zamykającym, którą sporządzono na załączniku nr 6 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 procedury PO-02, wersja strony A, data wersji strony 18.05.2017 r. ;
- Raport z auditu wewnętrznego przeprowadzonego w Sekcji Higieny Komunalnej i Środowiska w dniu 25.10.2021 r.. (nr ONS-HKiŚ/1/2021) sporządzono na załączniku nr 5 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 procedury PO-02, wersja strony A, data wersji strony 18.05.2017 r. w dniu 05.11.2021 r.; raport zawiera załącznik nr 1 i Listę osób uczestniczących w spotkaniu otwierającym / zamykającym, którą sporządzono na załączniku nr 6 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 procedury PO-02, wersja strony A, data wersji strony 18.05.2017 r.

Do końca roku dokonuje się oceny auditorów. Na podstawie ocen kierownik ds. jakości sporządza listy auditorów oraz sprawozdania z auditów wewnętrznych.

Np.
- Karta oceny auditora sporządzona na załączniku nr 7 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 procedury PO-02, wersja strony A, data wersji strony 18.05.2017 r. – dotyczy auditora wiodącego przeprowadzającego audit wewnętrzny w sekcji ONS-EP w dnia 28 i 29.11.2018 r. – decyzja z dnia 20.12.2018 r. – auditor pozostaje w rejestrze auditorów;
- Karta oceny auditora sporządzona na załączniku nr 7 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 procedury PO-02, wersja strony A, data wersji strony 18.05.2017 r. – dotyczy członka zespołu auditującego

49

przeprowadzającego audit w sekcji ONS-EP w dnia 28 i 29.11.2018 r. – decyzja z dnia 20.12.2018 r. – auditor pozostaje w rejestrze auditorów;
- Karta oceny auditora sporządzona na załączniku nr 7 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 procedury PO-02, wersja strony A, data wersji strony 18.05.2017 r. – dotyczy auditora wiodącego przeprowadzającego audit w sekcji ONS-HKiŚ w dnia 25.10.2021 r. – decyzja z dnia 30.12.2021 r. – auditor pozostaje w rejestrze auditorów; Decyzja została zapisana w karcie nr 4/2021 (auditor w 2021 r. przeprowadził 4 audity).
- Ponadto dokonano oceny obserwatora.
Zgodnie ze sprawozdaniem z auditów przeprowadzonych w 2018 r. kierownik ds. jakości podjął decyzję o konieczności przeprowadzenia ponownego szkolenia doskonalącego dla auditorów z zakresu sporządzania, dokumentowania auditów. W 2019 roku przeprowadzono ww. szkolenie dla auditorów i kandydatów na auditorów w dniu 20.09.2019 r. – lista obecności nr 6 /2019 – uczestniczyło 7 osób.
Tryb postępowania w odniesieniu do planowania, przeprowadzania i dokumentowania auditów wewnętrznych jest zgodny z wymaganiami procedury nr PO-02.

Odstępstwa, działania: korygujące, zapobiegawcze i doskonalące
Do dnia kontroli żadna komórka organizacyjna ani kierownik ds. jakości nie wnioskowały o udzielenie zgody na odstępstwa. Zgodnie z procedurą ogólną PO-03 w PSSE w Bielsku-Białej identyfikuje się i analizuje problemy mogące mieć wpływ na prawidłowość prowadzonych czynności. W przypadku stwierdzenia wystąpienia problemów/niezgodności podejmowane są działania korygujące przez poszczególne komórki organizacyjne.
Np.
- Dziennik niezgodności kierownika ds. jakości sporządzony na załączniku nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-03, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r. – zawiera od 2016 roku dwa wpisy dotyczące niezgodności stwierdzonych w Księdze Jakości.
- Karta niezgodności nr kierownik ds. jakości/1/2016 sporządzony na załączniku nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-03, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.
- Karta niezgodności nr kierownik ds. jakości/1/2018 sporządzony na załączniku nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-03, wersja strony B, data wersji strony 01.06.2017 r.
- Dziennik niezgodności sekcji ONS-HŻŻ sporządzony na załączniku nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-03, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r. – zawiera od 2018 roku trzy wpisy dotyczące niezgodności (dziennik niezgodności łącznie zawiera 28 pozycji).
- Karta niezgodności nr ONS-HŻŻ/26/2018 sporządzony na załączniku nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-03, wersja strony B, data wersji strony 01.06.2017 r.
- Karta niezgodności nr ONS-HŻŻ/27/2018 sporządzony na załączniku nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-03, wersja strony B, data wersji strony 01.06.2017 r.
- Karta niezgodności nr ONS-HŻŻ/28/2018 sporządzony na załączniku nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-03, wersja strony B, data wersji strony 01.06.2017 r.
- Dziennik niezgodności sekcji ONS-HP sporządzony na załączniku nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-03, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r. – zawiera od 2018 roku trzy wpisy dotyczące niezgodności (dziennik niezgodności łącznie zawiera 15 pozycji).
- Karta niezgodności nr ONS-HP/1/2018 sporządzony na załączniku nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-03, wersja strony B, data wersji strony 01.06.2017 r.
- Karta niezgodności nr ONS-HP/2/2018 sporządzony na załączniku nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-03, wersja strony B, data wersji strony 01.06.2017 r.
- Karta niezgodności nr ONS-HP/1/2019 sporządzony na załączniku nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-03, wersja strony B, data wersji strony 01.06.2017 r.
- Dziennik niezgodności sekcji ONS-HKiŚ sporządzony na załączniku nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-03, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r. – zawiera w 2022 roku jeden wpis dotyczący niezgodności.
- Karta niezgodności nr ONS-HKiŚ/1/2022 sporządzony na załączniku nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-03, wersja strony B, data wersji strony 01.06.2017 r. – działania w toku.
W konsekwencji m.in. stwierdzonych niezgodności (w odniesieniu do innych obszarów/ pracowników), w związku z ustaleniami z przeglądu zarządzania lub zgłaszanymi problemami, w celu zapobiegania

AG

wystąpienia w przyszłości niezgodności, w PSSE w Bielsku-Białej podejmuje się działania zapobiegawcze zgodnie z procedurą PO-08.
Np.
- Karta działań zapobiegawczych nr ONS-HP/1/2018 sporządzona na załączniku nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 1 procedury PO-08, wersja strony B, data wersji strony 01.06.2017 r.
- Karta działań zapobiegawczych nr ONS-HP/2/2018 sporządzona na załączniku nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 1 procedury PO-08, wersja strony B, data wersji strony 01.06.2017 r.
- Karta działań zapobiegawczych nr ONS-HP/1/2019 sporządzona na załączniku nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 1 procedury PO-08, wersja strony B, data wersji strony 01.06.2017 r.
- Karta działań zapobiegawczych nr kierownik ds. jakości/1/2016 sporządzona na załączniku nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 1 procedury PO-08, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.
- Karta działań zapobiegawczych nr kierownik ds. jakości/2/2016 sporządzona na załączniku nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 1 procedury PO-08, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.
- Karta działań zapobiegawczych nr kierownik ds. jakości/1/2021 sporządzona na załączniku nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 1 procedury PO-08, wersja strony B, data wersji strony 01.06.2017 r.
- Karta działań zapobiegawczych nr ONS-HŻŻ/1/2022 sporządzona na załączniku nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 1 procedury PO-08, wersja strony B, data wersji strony 01.06.2017 r. – działania w toku.
PPIS w Bielsku-Białej kładzie duży nacisk na prawidłowość wykonywanych czynności i podejmowanych decyzji. W związku z powyższym poza działaniami dotyczącymi szkolenia personelu podejmuje inne działania doskonalące, tj. cykliczne szkolenia doskonalące dla auditorów, przeprowadzanie samooceny oraz jej analizy w aspekcie systemu zarządzania, wdrażanie rozwiązań teleinformatycznych, ulepszanie przepływu informacji pomiędzy komórkami organizacyjnymi, itd.
Np.
- Plany działań doskonalących,
- Harmonogramy szkoleń dla auditorów i kandydatów na auditorów.
Tryb postępowania jest zgodny z wymaganiami procedur nr: PO-02 „Audit wewnętrzny", PO- 03 „Działania korygujące" i PO-08 „Działania zapobiegawcze".

Przeglądy zarządzania
Przeglądy zarządzania przeprowadzane są co roku do końca pierwszego kwartału. Termin przeglądu jest ustalany wspólnie z dyrektorem PSSE w Bielsku-Białej oraz kierownikami, kierownikami technicznymi podczas narady. Po ustaleniu terminu kierownik ds. jakości zwraca się e-mailem do osób, które będą uczestniczyć w przeglądzie zarządzania wskazując tematykę jaką powinni pisemnie przygotować na przegląd zarządzania (sprawozdania te stanowią załącznik do protokołu).
Kierownik ds. jakości przygotowuje program przeglądu zarządzania i po zatwierdzeniu przez PPIS w Bielsku-Białej przekazuje je wszystkim uczestnikom przeglądu 7 dni przed datą planowanego przeglądu. Programy przeglądu zarządzania zawierają tematykę, która będzie omawiana podczas przeglądu, m.in.: wyniki monitorowania pracowników przeprowadzających kontrole, ocenę realizacji ustaleń z poprzedniego przeglądu, wyniki auditów, rejestr auditorów, sprawozdania personelu kierowniczego, potrzeby szkoleniowe, sprawozdania z funkcjonowania kontroli zarządczej, ocenę funkcjonowania profilaktyki antykorupcyjnej, sprawozdanie dot. inwestycji, informacje o realizacji planu finansowego itd.. Ww. tematyka pozwala na spojrzenie na sposób zarządzania jednostką i ewentualne ustalenie działań korygujących, zapobiegawczych, doskonalących. Uczestnikami przeglądów zarządzania w PSSE w Bielsku-Białej poza kierownikiem ds. jakości i PPIS są zastępca PPIS/kierownik ONS/ koordynator ds. kontroli zarządczej, kierownicy i kierownicy techniczni poszczególnych sekcji ONS, kierownik techniczny sekcji OZ, kierownik sekcji ds. pracowniczych, kierownik Oddziału ekonomicznego i Administracyjnego, główna księgowa. Do protokołu dołącza się sprawozdania pisemne kadry kierowniczej oraz rejestr auditorów. Podczas przeglądów zarządzania PPIS określa m.in. zasady szkolenia pracowników nowo przyjmowanych, cele operacyjne i podejmuje decyzję o sformułowaniu ustaleń.
Np.
- Program przeglądu zarządzania sporządzono na załączniku nr 1 z dnia 22.12.2014 do wydania 5 procedury PO-06, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 – dotyczy przeglądu przeprowadzonego w dniu 27.03.2019 r. Program kierownik ds. jakości sporządził w dniu 18.03.2019 r., PPIS zatwierdził w dniu 19.03.2019 r., wszyscy uczestnicy otrzymali w dniu 19.03.2019 r.

- Protokół z przeglądu zarządzania sporządzono na załączniku nr 2 z dnia 22.12.2014 do wydania 5 procedury PO-06, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 – dotyczy przeglądu przeprowadzonego w dniu 27.03.2019 r. Protokół sporządzono (kierownik ds. jakości) i zatwierdzono (PPIS) w dniu 27.03.2019 r. W protokole podpisały rozdzielnik do sformułowanych ustaleń osoby, których te ustalenia dotyczyły. Załączniki do ww. protokołu to: rejestr auditorów, ustalenia nr 1 i nr 2, sprawozdania kierowników i koordynatora ds. kontroli zarządczej. Zgodnie z protokołem sformułowano cele operacyjne na 2019 r. Protokół wraz z załącznikami został zamieszczony w intranecie w zakładce Przegląd Zarządzania w dniu 28.03.2019 r., o czym zostały poinformowane zainteresowane osoby za pośrednictwem poczty e-mail (adnotacja z dnia 28.03.2019 r., wydruk z poczty internetowej).
-Ustalenie nr 1 do Protokołu z przeglądu zarządzania przeprowadzonego dnia 27.03.2019 r. sporządzono na załączniku nr 3 z dnia 22.12.2014 do wydania 5 procedury PO-06, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 – ustalenie dotyczyło przeprowadzenia szkolenia z zakresu KPA przez Radcę Prawnego PSSE w Bielsku-Białej; ustalono harmonogram prac oraz w dniu 31.12.2019 r. dokonano oceny realizacji ustalenia – informacje o realizacji zostały również zapisane w protokole z przeglądu zarządzania przeprowadzonego w 2020 r.
- Ustalenie nr 2 do Protokołu z przeglądu zarządzania przeprowadzonego dnia 27.03.2019 r. sporządzono na załączniku nr 3 z dnia 22.12.2014 do wydania 5 procedury PO-06, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 – ustalenie dotyczyło przeprowadzenia szkolenia z postępowania pracowników w przypadku zgłoszenia wystąpienia podejrzenia zatrucia pokarmowego dla pracowników Sekcji ONS-HŻŻ, ONS-EP, ONS-HKiŚ; ustalono harmonogram prac oraz w dniu 31.12.2019 r. dokonano oceny realizacji ustalenia - informacje o realizacji zostały również zapisane w protokole z przeglądu zarządzania przeprowadzonego w 2020 r.
- Program przeglądu zarządzania sporządzono na załączniku nr 1 z dnia 22.12.2014 do wydania 5 procedury PO-06, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 – dotyczy przeglądu przeprowadzonego w dniu 29.03.2021 r. Program kierownik ds. jakości sporządził w dniu 18.03.2021 r., PPIS zatwierdził w dniu 18.03.2021 r., wszyscy uczestnicy otrzymali w dniu 18.03.2021 r.
- Protokół z przeglądu zarządzania sporządzono na załączniku nr 2 z dnia 22.12.2014 do wydania 5 procedury PO-06, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 – dotyczy przeglądu przeprowadzonego w dniu 29.03.2021 r. Protokół sporządzono (kierownik ds. jakości) i zatwierdzono (PPIS) w dniu 29.03.2021 r. Podczas przeglądu nie sformułowano ustaleń – było to podyktowane sytuacją epidemiologiczną i koniecznością reagowania na zgłoszenia alertowe. Załącznikiem do ww. protokołu jest rejestr auditorów. Zgodnie z protokołem sformułowano cele operacyjne na 2021 r. uwzględniające dynamiczną zmianę sytuacji epidemiologicznej. Protokół wraz z załącznikami został zamieszczony w intranecie w zakładce Przegląd Zarządzania w dniu 30.03.2021 r. w konsekwencji przeprowadzonego przeglądu wdrożono działania zapobiegawcze (opisano w punkcie dotyczącym działań zapobiegawczych).
- W dniu 31.12.2021 r. sporządzono adnotację dotyczącą spełnienia wymogu procedury PO-06 w odniesieniu do oceny realizacji ustaleń z 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:

Wymagania kompetencyjne, szkolenie, monitorowanie pracy personelu

Zgodnie z rozdziałem 6 obowiązującej Księgi Jakości kwalifikacje i doświadczenie personelu kierowniczego oraz technicznego są zgodne z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególnych stanowiskach pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej. W celu spełnienia zapisów ww. rozporządzenia w ramach działań doskonalących i funkcjonującej w PSSE w Bielsku-Białej kontroli zarządczej ustanowiono Kodeks Dobrych Praktyk w rekrutacji, zgodnie z którym w przypadku zatrudniania nowych pracowników w ofertach pracy zamieszcza się wymagania dotyczące m.in. wykształcenia i innych umiejętności. Kierownik ds. pracowniczych w przypadku awansu pracownika sprawdza jego staż pracy oraz wykształcenie w zależności od proponowanego stanowiska w odniesieniu do zapisów ww. rozporządzenia.
W rozdziale 1 obowiązującej Księgi Jakości zapisano deklarację PPIS w Bielsku-Białej, zgodnie z którą zadania realizowane są przez wykwalifikowany personel w sposób rzetelny, niezależny, bezstronny przy zachowaniu zasad poufności. W związku z powyższym pracownicy zostali zobowiązani do podnoszenia

kwalifikacji, zachowania bezstronności i poufności m.in. podpisując zakresy obowiązków. W PSSE w Bielsku-Białej obowiązuje Kodeks Etyczny oraz przeprowadza się analizę ryzyka korupcyjnego dotyczącą m.in. zachowania bezstronności.
PPIS w Bielsku-Białej co roku zabezpiecza środki finansowe na realizację szkoleń personelu. Poszczególne komórki organizacyjne co roku sporządzają plany szkoleń wewnętrznych z podziałem na półrocza, plany szkoleń zewnętrznych. Potrzeby szkoleniowe identyfikowane są m.in. na podstawie przeglądu zapisów z kontroli, wyników monitorowania personelu, materializowania się niezgodności, analizowania odwołąń, skarg na personel oraz na podstawie analizy planów zamierzeń działalności na dany rok.
Okres epidemii spowodował, że wdrożono możliwość korzystania ze szkoleń on-line, co powoduje możliwość korzystania z oferty szkoleniowej większej ilości osób.
Np.
- Plan szkoleń zewnętrznych na rok 2019 PSSE w Bielsku-Białej sporządzony przez kierownika ds. jakości w dniu 18.03.2019 r. i zatwierdzony w dniu 18.03.2019 r. przez PPIS w Bielsku-Białej (załącznik nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.),
- Plan szkoleń wewnętrznych na okres I-VI 2019 rok PSSE w Bielsku-Białej sporządzony przez kierownika ds. jakości w dniu 17.01.2019 r. przekazany do wiadomości kierownikom sekcji ONS, koordynatorowi sekcji OZ, kierownikom technicznym sekcji ONS, auditorom, (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.),
- Plan szkoleń wewnętrznych na okres VII-XII 2019 rok PSSE w Bielsku-Białej sporządzony przez kierownika ds. jakości w dniu 26.06.2019 r. przekazany do wiadomości kierownikom sekcji ONS, koordynatorowi sekcji OZ, kierownikom technicznym sekcji ONS, auditorom, (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.),
- Plan szkoleń zewnętrznych na rok 2019 PSSE w Bielsku-Białej sporządzony przez kierownika/kierownika technicznego sekcji ONS-HDiM w dniu 11.03.2019 r. i zatwierdzony w dniu 11.03.2019 r. przez PPIS w Bielsku-Białej (załącznik nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.),
- Plan szkoleń wewnętrznych na okres I-VI 2019 rok PSSE w Bielsku-Białej sporządzony przez kierownika/kierownika technicznego sekcji ONS-HDiM w dniu 16.01.2019 r. przekazany do wiadomości pracownikom sekcji ONS-HDiM, (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.),
- Plan szkoleń wewnętrznych na okres VII-XII 2019 rok PSSE w Bielsku-Białej sporządzony przez kierownika/kierownika technicznego sekcji ONS-HDiM w dniu 26.06.2019 r. przekazany do wiadomości pracownikom sekcji ONS-HDiM (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.),
- Plan szkoleń zewnętrznych na rok 2019 PSSE w Bielsku-Białej sporządzony przez kierownika technicznego sekcji ONS-HŻŻ w dniu 20.03.2019 r. i zatwierdzony w dniu 20.03.2019 r. przez PPIS w Bielsku-Białej (załącznik nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.),
- Plan szkoleń wewnętrznych na okres I-VI 2019 rok PSSE w Bielsku-Białej sporządzony przez kierownika technicznego sekcji ONS-HŻŻ w dniu 07.01.2019 r. przekazany do wiadomości kierownikowi i pracownikom sekcji ONS-HŻŻ, (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.),
- Plan szkoleń wewnętrznych na okres VII-XII 2019 rok PSSE w Bielsku-Białej sporządzony przez kierownika technicznego sekcji ONS-HŻŻ w dniu 26.06.2019 r. przekazany do wiadomości kierownikowi i pracownikom sekcji ONS-HŻŻ (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.),
- Plan szkoleń zewnętrznych na rok 2022 PSSE w Bielsku-Białej sporządzony przez kierownika ds. jakości w dniu 22.03.2022 r. i zatwierdzony w dniu 22.03.2022 r. przez PPIS w Bielsku-Białej (załącznik nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.),
- Plan szkoleń wewnętrznych na okres I-VI 2022 rok PSSE w Bielsku-Białej sporządzony przez kierownika ds. jakości w dniu 28.01.2022 r. przekazany do wiadomości kierownikom sekcji ONS, kierownikowi sekcji OZ, kierownikom technicznym sekcji ONS, auditorom, (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.),

AY

- Plan szkoleń wewnętrznych na okres VII-XII 2022 rok PSSE w Bielsku-Białej sporządzony przez kierownika ds. jakości w dniu 27.06.2022 r. przekazany do wiadomości kierownikom sekcji ONS, kierownikowi sekcji OZ, kierownikom technicznym sekcji ONS, auditorom, (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.),
- Plan szkoleń zewnętrznych na rok 2022 PSSE w Bielsku-Białej sporządzony przez kierownika/kierownika technicznego sekcji ONS-HDiM w dniu 14.03.2019 r. i zatwierdzony w dniu 14.03.2019 r. przez PPIS w Bielsku-Białej (załącznik nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.),
- Plan szkoleń wewnętrznych na okres I-VI 2022 rok PSSE w Bielsku-Białej sporządzony przez kierownika/kierownika technicznego sekcji ONS-HDiM w dniu 14.01.2022 r. przekazany do wiadomości pracownikom sekcji ONS-HDiM, (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.),
- Plan szkoleń wewnętrznych na okres VII-XII 2022 rok PSSE w Bielsku-Białej sporządzony przez kierownika/kierownika technicznego sekcji ONS-HDiM w dniu 22.06.2022 r. przekazany do wiadomości pracownikom sekcji ONS-HDiM (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.),
- Plan szkoleń zewnętrznych na rok 2022 PSSE w Bielsku-Białej sporządzony przez kierownika technicznego sekcji ONS-HŻŻ w dniu 21.03.2022 r. i zatwierdzony w dniu 22.03.2022 r. przez PPIS w Bielsku-Białej (załącznik nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.),
- Plan szkoleń wewnętrznych na okres I-VI 2022 rok PSSE w Bielsku-Białej sporządzony przez kierownika technicznego sekcji ONS-HŻŻ w dniu 10.01.2022 r. przekazany do wiadomości kierownikowi i pracownikom sekcji ONS-HŻŻ, (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.),
- Plan szkoleń wewnętrznych na okres VII-XII 2019 rok PSSE w Bielsku-Białej sporządzony przez kierownika technicznego sekcji ONS-HŻŻ w dniu 20.06.2022 r. przekazany do wiadomości kierownikowi i pracownikom sekcji ONS-HŻŻ (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.).

Pracownicy Oddziału Nadzoru Sanitarnego i Oświaty Zdrowotnej PSSE w Bielsku-Białej posiadają rejestry szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych, w których uczestniczą. Ze szkoleń zewnętrznych sporządzają notatki (stanowią one jeden z kryteriów wyboru w przyszłości danej firmy szkoleniowej). Szkolenia zewnętrzne inicjują również kaskadowe szkolenia wewnętrzne – o konieczności przekazywania informacji ze szkolenia zewnętrznego decyduje kierownik/ kierownik techniczny Sekcji.

Np.

- Rejestr szkoleń zewnętrznych kierownika ds. jakości od 2016 roku do 2019 roku (strony 6-9) sporządzony na załączniku nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony B, data wersji strony 31.07.2015 r.),
- Rejestr szkoleń wewnętrznych kierownika ds. jakości od 2015 roku do 2021 roku (strony 23-30) sporządzony na załączniku nr 6 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony B, data wersji strony 31.07.2015 r.),
- Rejestr szkoleń zewnętrznych pracownika sekcji ONS-HŻŻ od 2016 roku do 2022 roku (strony 3-4) sporządzony na załączniku nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony B, data wersji strony 31.07.2015 r.),
- Rejestr szkoleń wewnętrznych pracownika sekcji ONS-HŻŻ od 2015 roku do 2022 roku (strony 24-38) sporządzony na załączniku nr 6 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony B, data wersji strony 31.07.2015 r.),
- Rejestr szkoleń zewnętrznych pracownika sekcji ONS-ZNS od 2017 roku do 2019 roku (strony 1-2) sporządzony na załączniku nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony B, data wersji strony 31.07.2015 r.),
- Rejestr szkoleń wewnętrznych pracownika sekcji ONS-ZNS od 2018 roku do 2019 roku (strony 3-4) sporządzony na załączniku nr 6 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony B, data wersji strony 31.07.2015 r.).

Wszystkie ww. rejestry prowadzone są w formie elektronicznej.

AY

Nowozatrudniony pracownik przed dopuszczeniem do samodzielnego wykonywania zadań przechodzi szkolenie wstępne zgodnie z kartą szkolenia wstępnego. Na przeglądzie zarządzania podejmuje się decyzje o zasadach, w tym tematyce szkoleń pracowników nowozatrudnionych.
Zakres szkolenia wstępnego obejmuje, poza zakresem wymienionym w procedurze:
- zadania merytoryczne, w tym dokumentowanie pracy;
- znajomość przepisów prawa wraz z systemem informacji prawnej LEX;
- system zarządzania;
- zasady kontroli zarządczej;
- znajomość struktury organizacyjnej;
- znajomość przepływu informacji;
- szkolenia w poszczególnych komórkach organizacyjnych.
Przed dopuszczenie do samodzielnego wykonywania zadań pracownik pracuje pod nadzorem doświadczonego pracownika (co jest udokumentowane w zakresie obowiązków). Ostatnim elementem dopuszczającym pracownika do pracy jest monitorowanie jego pracy w terenie. Na podstawie oceny z monitorowania dopuszcza się pracownika do samodzielnego wykonywania zadań (pracownik otrzymuje nowy zakres obowiązków).
Np.
- Karta szkolenia wstępnego pracownika sekcji ONS-HŻŻ sporządzona na załączniku nr 7 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.) – zgodnie z przedstawioną kartą pracownik dwuetapowo przechodził proces dopuszczenia do pracy (w dwóch różnych obszarach); data zatrudnienia: 09.04.2018 r., data pierwszego dopuszczenia do pracy: 17.05.2019 r. (obszar kontroli granicznej), data dopuszczenia do pracy: 23.09.2019 r.,
- Zakres obowiązków ww. pracownika z dnia 09.04.2018 r., 20.05.2019 r., 23.09.2019 r.,
- Sprawozdania z obserwacji pracy ww. pracownika przeprowadzającego kontrolę sporządzone na załączniku nr 3 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 procedury PO-07, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.),
- Karty oceny pracownika przeprowadzającego kontrolę na załączniku nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 procedury PO-07, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.) – pracownik przed poszczególnymi etapami dopuszczenia do pracy poddawany był procesowi monitorowania,
- Rejestr szkoleń zewnętrznych ww. pracownika sekcji ONS-HŻŻ od 2018 roku do 2022 roku (strony 1-3) sporządzony na załączniku nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony B, data wersji strony 31.07.2015 r.),
- Rejestr szkoleń wewnętrznych ww. pracownika sekcji ONS-HŻŻ od 2018 roku do 2022 roku (strony 1-10) sporządzony na załączniku nr 6 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony B, data wersji strony 31.07.2015 r.),
- Karta szkolenia wstępnego pracownika sekcji ONS-HP sporządzona na załączniku nr 7 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.); data zatrudnienia: 28.05.2018 r., data pierwszego dopuszczenia do pracy: 02.09.2019 r. ,
- Zakres obowiązków ww. pracownika z dnia 28.05.2018 r., 02.09.2019 r.,
- Sprawozdania z obserwacji pracy ww. pracownika przeprowadzającego kontrolę sporządzone na załączniku nr 3 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 procedury PO-07, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.)
- Karty oceny pracownika przeprowadzającego kontrolę na załączniku nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 procedury PO-07, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r.),
- Rejestr szkoleń zewnętrznych ww. pracownika sekcji ONS-HP od 2018 roku do 2022 roku (strony 1-3) sporządzony na załączniku nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony B, data wersji strony 31.07.2015 r.),
- Rejestr szkoleń wewnętrznych ww. pracownika sekcji ONS-HP od 2018 roku do 2022 roku (strony 1-5) sporządzony na załączniku nr 6 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony B, data wersji strony 31.07.2015 r.).
Tryb postępowania w powyższym zakresie jest zgodny z wymaganiami procedury nr PO-04 „Szkolenie personelu".
W PSSE w Bielsku-Białej zgodnie z zapisami procedury ogólnej nr PO-07 przeprowadza się monitorowanie pracy wszystkich pracowników. Raz na cztery lata sporządza się czteroletni program obserwacji –

przedostatni program obejmował lata 2017-2020, ostatni obejmuje lata 2021-2024. W programie tym wskazano ilość pracowników poszczególnych komórek organizacyjnych zaplanowanych do obserwacji na dany rok kalendarzowy. Co roku do 15 lutego sporządza się roczne programy obserwacji, w którym wskazuje się imiennie pracowników i kwartał, w którym pracownik poddany będzie obserwacji. Programy sporządza się tak, aby każdy pracownik monitorowany był minimum raz na cztery lata z każdej dziedziny „kontrolnej". Kierownik ONS co roku sporządza listę osób, które będą przeprowadzać obserwację pracy pracowników. W odniesieniu dla obserwacji kierowników komórek organizacyjnych, decyzja o wpisaniu osób na listę odbywa się w porozumieniu z PPIS.

Np.

- Czteroletni program obserwacji kontroli na lata 2017-2020 sporządzony i zatwierdzony w dniu 30.01.2017 r. na załączniku nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 procedury PO-07, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r., w związku z dużymi zmianami w czteroletnim programie na wniosek kierownika ONS dokonano zmian w ww. programie. W związku z powyższym po otrzymaniu zgody PPIS sporządzono nowy czteroletni program obserwacji uwzględniając okres monitorowania 2020 rok bez nanoszenia poprzednich obserwacji, które już się odbyły. Program ten został sporządzony i zatwierdzony dniu 10.02.2020 r. i przekazany do wiadomości poszczególnym kierownikom sekcji ONS i OZ.
- Roczny program obserwacji kontroli sporządzony i zatwierdzony w dniu 11.02.2020 r. na załączniku nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 procedury PO-07, wersja strony B, data wersji strony 20.12.2017 r., uwzględniający zmiany w czteroletnim programie. Zgodnie z czteroletnim programem obserwacji w 2020 roku zaplanowano łącznie 17 osób i tyle samo osób zaplanowano w rocznym programie obserwacji.
- Czteroletni program obserwacji kontroli na lata 2021-2024 sporządzony i zatwierdzony w dniu 27.01.2021 r. na załączniku nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 procedury PO-07, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r., przekazany do wiadomości kierownikom poszczególnych sekcji.
- Roczny program obserwacji kontroli sporządzony i zatwierdzony w dniu 27.01.2021 r. na załączniku nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 procedury PO-07, wersja strony B, data wersji strony 20.12.2017 r. Zgodnie z czteroletnim programem obserwacji w 2021 roku zaplanowano łącznie 19 osób i tyle samo osób zaplanowano w rocznym programie obserwacji.
- Lista obserwatorów kontroli z dnia 17.01.2020 r.
- Lista obserwatorów kontroli z dnia 15.01.2021 r.

Z przeprowadzonego monitorowania sporządza się sprawozdanie oraz kartę oceny pracownika.

Np.

- Sprawozdanie z obserwacji pracy pracownika sekcji ONS-HP przeprowadzającego kontrolę, sporządzone na załączniku nr 3 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 procedury PO-07, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r. Sprawozdanie dotyczyło obserwacji kontroli w obiekcie w dniach 21 i 29.06.2022 r. Zapis sporządzono w dniu 19.07.2022 r. po dokonaniu przez pracownika odpowiedniej dokumentacji, która również poddawana była ocenie.
- Karty oceny pracownika przeprowadzającego kontrolę na załączniku nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 procedury PO-07, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r. Pracownik otrzymał 16 punktów na 20 możliwych, uzyskał ocenę akceptowaną. Obserwowany pracownik zapoznał się ze sprawozdaniem z obserwacji. Dodatkowo kierownik sekcji sporządził zapis dotyczący sporządzonych projektów decyzji administracyjnej oraz decyzji płatniczej przez ww. pracownika.

Tryb postępowania w tym zakresie zgodny jest z wymaganiami zawartymi w procedurze nr PO-07 „Monitorowanie przeprowadzania kontroli".

Doskonalenie systemu zarządzania w Oddziale Laboratoryjnym

Elementy doskonalenia systemu zarządzania w Oddziale Laboratoryjnym zostały przedstawione przez kierownika ds. jakości Oddziału Laboratoryjnego. W ramach doskonalenia systemu zarządzania i działalności technicznej w Oddziale Laboratoryjnym podejmuje się szereg działań, między innymi:

- szkolenia personelu,
- prowadzenie działań minimalizujących ryzyka,
- przeprowadzenie auditów wewnętrznych,
- prowadzenie działań korygujących i doskonalących,
- zakupy wyposażenia,
- monitorowanie ważności wyników w tym wyniki badań biegłości,

- wprowadzanie zmian w dokumentacji systemowej,
- analiza ankiet od klientów.

Wszystkie te działania omawiane są na Przeglądach Zarządzania. Ponadto na Przeglądach zarządzania zapisywane są ustalenia jako kierunki do doskonalenia na dany rok. Na przeglądzie zarządzania w 2022r. w ramach doskonalenia poczyniono 1 ustalenie tj. rewalidacja w zakresie niepewności mikrobiologicznych badań ilościowych.

Oddział Laboratoryjny rozszerzał i uaktualniał zakres akredytacji AB 627, prowadził walidację/weryfikację metod badawczych:

Sekcja Badań Środowiskowych

w zakresie badań mikrobiologicznych:
- liczby bakterii Legionella 2019r. - w związku z wprowadzeniem normy PN-EN ISO 11731:2017-08
- *Pseudomonas aeruginosa* 2017– wprowadzenie nowej metody pseudalert
- *Clostridium perfringens* 2017- w związku z wprowadzeniem normy PN-EN ISO 14189:2016-10
- rewalidacja coli metodą colilert 2017 rozszerzenie zakresu potwierdzenia metody

w zakresie badań fizycznych i chemicznych:
- w 2019 r. wszystkie oznaczane w laboratorium parametry w wodzie do spożycia dla których określono charakterystykę wykonania analizy
- w 2022 r. wszystkie oznaczane parametry w wodach powierzchniowych wykorzystywanych do zaopatrzenia ludności w wodę do spożycia przez ludzi.

w zakresie badań sensorycznych:
- w 2022 r. smak i zapach- rozszerzenie zakresu potwierdzenia metody

Sekcja Chorób Zakaźnych i Zakażeń
- w 2016 r. Rotawirusy i Adenowirusy – nowa metoda
- w 2016 r. Norowirusy – nowa metoda
- w 2016r. Chorobotwórczość szczepów Escherichia coli
- w 2016r. Sekwencje DNA dla Campylobacter jejuni i campylobacter coli

Zmiany w zakresie akredytacji:

Rok 2017

Rozszerzenie zakresu akredytacji
- chlor wolny, chlor ogólny , chlor związany- metodą kolorymetryczną wg Procedury Badawczej BŚ/PB-11 wyd. 1 z 10.06.2016 r.
- potencjał redox – metodą elektrometryczną wg Procedury Badawczej BŚ/PB-12 wyd. 1 z 10.06.2016 r.
- najbardziej prawdopodobna liczba *Escherichia coli* i bakterii grupy coli wg PN-EN ISO 9308-2:2014-06
- najbardziej prawdopodobna liczba *Pseudomonas aeruginosa* wg metodyki producenta zestawu diagnostycznego Pseudalert

Zmiana stosowanego dokumentu odniesienia normy :
- liczba *Clostridium perfringens* (łącznie ze sporami) wg PN-EN ISO 14189:2016-10
- mętność PN-EN ISO 7027-1:2016

Rok 2018

Rozszerzenie górnego akredytowanego zakresu pomiarowego:
- chloroform wg. Procedury badawczej Nr BŚ/PB-03 wydanie 5 z dnia 16.03.2012r,
- tlenu rozpuszczonego metodą elektrometryczną wg. PN-EN ISO 5814:2013,

Rok 2019

Akredytacja na nową normę odniesienia PN-EN 17025:2018-02

Rozszerzenie zakresu akredytacji wg nowej normy
- Liczba bakterii z rodzaju *Legionella* w wodzie i wodzie do spożycia wg PN-EN ISO 11731:2017-08.

Działania doskonalące zapisane na kartach działań doskonalących

W omawianym okresie podjęto 22 działania doskonalące.

Działania odnoszące się do ryzyk i szans

Od 2019 r. prowadzony jest rejestr ryzyk. W rejestrze zapisane są zidentyfikowane ryzyka w tym spostrzeżenia auditorów. Oddział Laboratoryjny monitoruje ryzyka a w razie braku wystarczających mechanizmów, wdraża działania minimalizujące ryzyka.

Zidentyfikowane ryzyka:

2019 – 7 ryzyk,

2020 – 8 ryzyk
2021 – 20 ryzyk
2022 – 12 ryzyk
W okresie od 2016-2019r. zapisano 7 działań zapobiegawczych.

Szkolenia zewnętrzne / wewnętrzne

Rok 2017 -	7	44
Rok 2018 -	7	49
Rok 2019 -	4	40
Rok 2020 -	1	29
Rok 2021 -	8	53
Rok 2022 -	3	31

Zakupy wyposażenia

Rok 2017 - pompa próżniowa, płyta grzewcza, spektrofotometr z drukarką cieplarka, termometr QM-System, program komputerowy, termoblok, zestaw pipet do diagnostyki PCR, autoklaw, dozowniki butelkowe, Pipeta Multipette z osprzętem
Rok 2018 - klimatyzacja- czujnik QM-system, drukarka, szafa chłodnicza, biureta cyfrowa, cieplarka, termometr QM System, chłodnia laboratoryjna, lampy bakteriobójcze
Rok 2019- czujnik QM-system, meble laboratoryjne,
Rok 2020 - zestaw trójstanowiskowy do sączenia, licznik kolonii bakterii, wytrząsarka laboratoryjna
Rok 2021 -detektor ECD, zgrzewarka QT, 2 cieplarki, komora laminarna, zamrażarka niskotemperaturowa,
Rok 2022 - aparat Bakera
Oddział Laboratoryjny doskonali wdrożony system zarządzania zgodny z normą PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02.

XIII. Dodatkowe informacje – nie dotyczy

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów: nie dotyczy

KIEROWNIK DS. JAKOŚCI
[redacted]

...

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

Główny Specjalista
do spraw Systemu Jakości
mgr inż. Anna Gwiazdowska

.....

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

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

Załącznik nr .10..

do protokołu nr .OK.1611.3.5.2022.....

z kontroli

Ustalenia w zakresie działalności laboratoryjnej:

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

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli:
Oddział Laboratoryjny PSSE w Bielsku Białej

III. Data kontroli: 5÷7.10.2022 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli: październik 2016 ÷ wrzesień 2022

VI. Kontrola dokumentów

1. Wykaz kontrolowanych dokumentów

Lp.	Nazwa dokumentu	Uwagi
1.	Wykaz: Przepisy prawne – ostatnia aktualizacja 23.09.2022	-
2.	Plan zasadniczych zamierzeń dla PSSE na rok 2022	-
3.	Karta walidacji/potwierdzenia metody „Jakość wody. Oznaczanie azotu amonowego. Część 1: Manualna metoda spektrometryczna wg PN-ISO 7150-1:2002" numer 1/2020	-
4.	Plan monitorowania ważności wyników metody „Jakość wody. Oznaczanie azotu amonowego. Część 1: Manualna metoda spektrometryczna wg PN-ISO 7150-1:2002" nr 1/2019	-
5.	Zlecenie od klienta zewnętrznego nr OL/BŚ-436/rok 2022 a dnia 27.09.2022 r. (wraz z przeglądem)	-
6.	Sprawozdanie z badań nr OL-704/BŚ/436-01/2022/S z dnia 30.09.2022	-
7.	Zlecenie od klienta wewnętrznego (ONS-HKiŚ PSSE w Bielsku-Białej nr OL/02/2022 z dnia 04.01.2022 r.	-
8.	Przegląd zlecenia nr OL/02/2022 z dnia 07.01.2022 r.	-
9.	Karta przekazania próbek nr 1 z dnia 26.09.2022 r.	-
10.	Sprawozdanie z badań nr OL/BŚ/168-2/2022	-
11.	Karta walidacji/potwierdzenia metody „Badanie zawartości siarki i jej związków. Oznaczanie siarczanów metodą turbidymentryczną wg normy PN-79/C-04566/10" numer 1/2020	-
12.	Plan monitorowania ważności wyników metody „Badanie zawartości siarki i jej związków. Oznaczanie siarczanów metodą turbidymentryczną wg normy PN-79/C-04566/10" numer 1/2019	-
13.	Karta weryfikacji metody „Woda. Oznaczanie liczby progowej zapachu (TON) i liczby progowej smaku (TFN) wg normy PN-EN 1622:2006" nr 1/2022	-
14.	Plan monitorowania ważności wyników „Oznaczanie liczby progowej zapachu (TON) i liczby progowej smaku (TFN) wg normy PN-EN 1622:2006" nr 1/2022	-
15.	Sprawozdanie nr OL-704/154-2-1/2022 z dnia 05.10.2022 r.	-
16.	Sprawozdanie nr OL-704/254-7-02/2022 z dnia 05.10.2022 r.	-
17.	Karta weryfikacji metody mikrobiologicznej Wykrywanie i oznaczanie ilościowe *Legionella sp.* Metoda filtracji membranowej PN-EN ISO 11731:2017-08 nr 1/2019	-
18.	Sprawozdanie z badań biegłości SILESIALAB 2022 WP/PT/11/2022	-
19.	Ocena badań biegłości wody powierzchniowej z Eurofins OBKiŚ z dnia 23.09.2022	-
20.	Karta instalacji wyposażenia dla termometru elektrycznego PP/W/S/11/07/CHZZ zatwierdzona przez kierownika technicznego 13.02.2017 r.	-
21.	Karta instalacji wyposażenia dla cieplarki SP/S/K/10/18/BŚ zatwierdzona przez kierownika technicznego 21.12.2021 r.	
22.	Świadectwo wzorcowania termometru elektrycznego PP/W/S/11/07/CHZZ nr 44902/4/2022 z dnia 2 marca 2022 r. wraz z analizą świadectwa wzorcowania	-
23.	Świadectwo wzorcowania pehametru PP/W/S/28/04/BS nr 42180/1/2021 z dnia 2 lipca 2021 r. wraz z analizą świadectwa wzorcowania	-
24.	Świadectwo wzorcowania termometru elektronicznego PP/W/S/11/02/BS nr 41055/3/2021 z dnia 30 marca 2021 r. wraz z analizą świadectwa wzorcowania	-
25.	Certyfikat materiału odniesienia – roztworu wzorca kadmu 1µg/1ml w 2-5% roztworze HNO_3 dla wzorca dostarczonego 01.06.2021 r.	-

26.	Harmonogram zewnętrznego wzorcowania i sprawdzania wyposażenia na rok 2022 z sekcji OL-BŚ	-
27.	Harmonogram wzorcowania wyposażenia w ramach metody badawczej na rok 2022 z sekcji OL-BŚ dla przyrządu pomiarowego pH – konduktometr CPC 505 (PP/Ww/S/K/28/05/BŚ	-
28.	Zlecenie nr OL/CHZZ/ Z/14597/2022 z 5.10.2022 r.	-
29.	Sprawozdanie z badania nr OL-704/CHZZ/Z/1459/2022	-
30.	Zlecenie nr Ch/700 z dnia 29.10.2022 r.	-
31.	Sprawozdanie z badania nr OL-704/CHZZ/CH/700/2022	-
32.	Sprawozdanie z badań nr OL-704/BSS/129-9-1/2022/S dotyczące określenia skuteczności procesu sterylizacji urządzenia z dnia 26.09.2022 r.	
33.	Sprawozdanie z badań biegłości POLMICRO 2022/SSE runda I + protokół oceny wyników badań biegłości z dnia 18.07.2022 r.	-
34.	Raport z badań biegłości Rota i adenowirusy – wykrywanie antygenu sprawdzian 5098 + protokół oceny wyników badań biegłości z dnia 14.04.2022 r.	-
35.	Ramowy plan uczestnictwa w badaniach biegłości/porównaniach międzylaboratoryjnych na cykl akredytacji 2021-2024 nr 1/2021	-
36.	Plan udziału w badaniach biegłości/porównaniach międzylaboratoryjnych na okres 02.05.2022÷30.04.2023	-
37.	Karta sprawdzania czystości mikrobiologicznej powietrza – załącznik nr 2 do Instrukcji OL/IR-18	-
38.	Karta sprawdzania czystości mikrobiologicznej powierzchni blatów roboczych – załącznik nr 1 do Instrukcji OL/IR-18	-
39.	Zakres obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień Pani Danuty Polaczek-Siewierz zatwierdzony dnia 17.05.2021	-
40.	Upoważnienie do autoryzacji sprawozdań z badań Pani Danuty Polaczek-Siewierz	-
41.	Upoważnienie Pani Danuty Polaczek-Siewierz sekcja OL-BŚ do opracowywania, modyfikacji metod badawczych wykonywanych w Sekcji Badań Środowiskowych z dnia 20.05.2019 r.	-
42.	Procedura Ogólna Systemu Zarządzania nr PO-01 „Nadzór nad dokumentami" wydanie 5 z dnia 31.03.2015 r.	-
43.	Procedura Ogólna Systemu Zarządzania nr PO-02 „Obsługa klienta" wydanie 3 z dnia 30.04.2019 r.	-
44.	Procedura Ogólna Systemu Zarządzania nr PO-04 „Nadzór nad wyposażeniem" wydanie 3 ze zm. z dnia 30.04.2019 r.	-
45.	Procedura Ogólna Systemu Zarządzania nr PO-15 „Walidacja/Weryfikacja metod badawczych" wydanie 4 z dnia 30.04.2019 r.	-
46.	Procedura Ogólna Systemu Zarządzania nr PO-16 „Walidacja/Weryfikacja metod mikrobiologicznych" wydanie 6 z dnia 19.09.2022 r.	
47.	Procedura Ogólna Systemu Zarządzania nr CHZZ/PO-03 „Postępowanie z próbkami materiału biologicznego" wydanie 5 z 19.01.2018 r. ze zm. z dnia 04.01.2021 r.	-
48.	Procedura Ogólna Systemu Zarządzania nr BŚ/PO-03 „Postępowanie w sekcji badań środowiskowych" wydanie 4 z 02.01.2013 r.	-
49.	Procedura Ogólna Systemu Zarządzania nr AS/PO-03 „Postępowanie z próbkami w Sekcji Aparatury Specjalnej" wydanie 4 z 30.04.2019 r.	-
50.	Procedura Ogólna Systemu Zarządzania nr BSS/PO-03 „Postępowanie z próbkami w Sekcji Badań Skuteczności Sterylizacji" wydanie 2 z 02.04.2012 r.	-

2. Aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

   Oddział Laboratoryjny posiada aktualnie obowiązujące przepisy prawne (wykaz w wersji elektronicznej) oraz wytyczne PZH. Wykaz posiadanych przepisów prawnych prowadzi i aktualizuje Kierownik Oddziału Laboratoryjnego. (ostatnia aktualizacja z dnia 23.09.2022 r.).

VII. Realizacja planów pracy w bieżącym roku

Oddział Laboratoryjny realizuje zadania zgodnie z planem zasadniczych przedsięwzięć PSSE w Bielsku Białej.
Powyższe zadania w roku 2022 obejmują między innymi:

- wykonywanie badań fizykochemicznych, sensorycznych i mikrobiologicznych próbek wody służącej do zaopatrzenia ludności w wodę do spożycia w Zintegrowanym Systemie Badania Wody na terenie nadzorowanym przez PSSE w Bielsku Białej i PSSE w Cieszynie,
- wykonywanie badań mikrobiologicznych próbek wody w kąpieliskach i pływalniach w Zintegrowanym Systemie Badania Wody na terenie nadzorowanym przez PSSE w Bielsku-Białej i PSSE w Cieszynie
- wykonywanie badań w zakresie oznaczania pestycydów w próbkach wody służącej do zaopatrzenia ludności w wodę do spożycia dla całego województwa śląskiego
- wykonywanie badań wybranych parametrów (THM, metale) dla PSSE w Żywcu,
- wykonywanie badań diagnostycznych z zakresu chorób zakaźnych i zakażeń w ramach nadzoru sanitarno-epidemiologicznego oraz w ramach usług świadczonych dla obywateli i podmiotów z regionu

Zadania dotyczące badań laboratoryjnych są realizowane terminowo i zgodnie z planem.

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

Oddział Laboratoryjny w prowadzonych badaniach wykorzystuje polskie normy i własne procedury badawcze. Do niektórych norm opracowano instrukcje robocze uściślające tryb postępowania.
Poszczególne sekcje OL posiadają aktualne wykazy posiadanych norm, procedur badawczych i instrukcji roboczych związanych z działalnością techniczną. Procedury badawcze oraz instrukcje robocze są raz w roku przeglądane, pod kątem zgodności z systemem zarządzania, osiągnięciami współczesnej nauki, wytycznymi instytucji zewnętrznych oraz z doświadczeniami własnymi zdobytymi w trakcie ich stosowania. Przeglądy dokumentów odnotowywane są w kartach zmian poszczególnych dokumentów. Nadzór nad dokumentami prowadzony jest zgodnie z zapisami Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-01 „Nadzór nad dokumentami". 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 procedurami systemu zarządzania: Procedurą Ogólną Systemu Zarządzania PO-15 „Walidacja/weryfikacja metod badawczych" wydanie 4 z 30.04.2019 r. oraz Procedurą Ogólną Systemu Zarządzania PO-16 „Walidacja/weryfikacja metod mikrobiologicznych" wydanie 6 z 19.09.2022 r. Wyniki walidacji/weryfikacji są zebrane dla metod fizykochemicznych w „kartach walidacji / potwierdzenia metody", dla metod mikrobiologicznych w „kartach walidacji / potwierdzenia metody mikrobiologicznej". Walidacja i szacowanie niepewności metod badawczych są wykonywane zgodnie z procedurami systemu zarządzania nr PO-15 oraz nr PO-16.

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 3 ze zm. z dnia 20.05.2019 r. Oddział Laboratoryjny wykonuje badania wyłącznie z udziałem wyposażenia, które jest własnością laboratorium. Wyposażenie zapewnia wymaganą dokładność wykonywanych badań, niezbędną do uzyskiwania ważnych wyników.

   Poszczególne sekcje posiadają aktualne wykazy wyposażenia według klasyfikacji określonej w pkt. 3.2. procedury PO-04 „Nadzór nad wyposażeniem". Nadzór nad wyposażeniem klasyfikację, oznakowanie, wzorcowanie, sprawdzanie, konserwację, modernizację i naprawę. Za nadzór nad wyposażeniem w poszczególnych sekcjach odpowiedzialni są kierownicy techniczni.

   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, sprzęt komputerowy, wzorce pomiarowe robocze oraz sprzęt pomocniczy (istotny dla badań) posiadają karty instalacji – załącznik nr 5 z dnia 18.05.2012 r. do Procedury nr PO-04 oraz karty napraw/konserwacji/ modernizacji – załącznik nr 7 z dnia 18.05.2012 r. do procedury nr PO-04.

   Dla materiałów odniesienia, certyfikowanych materiałów odniesienia, prowadzone są karty ewidencji - załącznik nr 6 z dnia 18.05.2012 r. do procedury nr PO-04.

   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 zewnętrznego wzorcowania i sprawdzania wyposażenia" - załącznik nr 1 z dnia 18.05.2012 r. do Procedury nr PO-04. przez akredytowane laboratoria wzorcujące. Dodatkowo przyrządy pomiarowe podlegają kalibracji i sprawdzeniu wewnętrznemu. Sprawdzono na podstawie Harmonogramu zewnętrznego wzorcowania i sprawdzania wyposażenia na rok 2022 z sekcji OL-BŚ oraz Harmonogramu wzorcowania wyposażenia w ramach metody badawczej na rok 2022 z sekcji OL-BŚ dla przyrządu pomiarowego pH – konduktometr CPC 505 (PP/Ww/S/K/28/05/BŚ).

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

Współpraca z klientem jest realizowana zgodnie z założeniami obowiązującego w Oddziale Laboratoryjnym PSSE w Bielsku-Białej sytemu zarządzania. Oddział Laboratoryjny realizuje zlecenia dla klientów wewnętrznych, którymi są Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni woj. śląskiego oraz dla klientów zewnętrznych. Dla wszystkich zleceń wykonywane są przeglądy zleceń, gdzie zawarte są ustalenia dotyczące: metod badawczych, zakresu i terminu badań, wymagań klienta, oceny stanu wyposażenia, sposobu komunikacji z klientem i jego uczestnictwie w badaniach oraz decyzji o przyjęciu lub odrzuceniu zlecenia. Współpraca z klientem w zakresie badania wody jest

realizowana zgodnie z zapisami Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-02 „Obsługa klienta".
Przeprowadzono audyt pionowy dla zlecenia rocznego od klienta wewnętrznego (ONS-HKiŚ PSSE w Bielsku-Białej nr OL/02/2022 z dnia 04.01.2022 r. na wykonywanie badań wody w ramach nadzoru sanitarno-epidemiologicznego (Zlecenie nr OL/02/2022 z dnia 04.01.2022 r., przegląd zlecenia nr OL/02/2022 z dnia 07.01.2022 r., karta przekazania próbek nr 1 z dnia 26.09.2022 r., sprawozdanie z badań nr OL/BŚ/168-2/2022) oraz na podstawie zlecenia na badania kału nr Z/14597 z 5.10.2022 r. (Zlecenie nr Z/14597 z 5.10.2022 r. wraz z przeglądem, sprawozdanie z badania nr OL-704/CZZ/Z/1459/2022). Prowadzone zapisy z badań są właściwie nadzorowane i zawierają wszystkie niezbędne informacje pozwalające prześledzić przebieg badań. Sprawozdania z wykonanych badań spełniają wymogi normy PN-ISO/IEC 17025:2018-02.

XII. Warunki lokalowe i środowiskowe

Pomieszczenia Oddziału Laboratoryjnego znajdują się w budynku Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej. Laboratorium zapewnia właściwe środowisko do przyjmowania, przechowywania, przygotowania próbek i wykonywania badań. Dostęp do pomieszczeń laboratorium jest ograniczony i nadzorowany.
Warunki w pomieszczeniach Oddziału Laboratoryjnego nie stwarzają zagrożeń dla obsługi oraz umożliwiają sprawne i precyzyjne wykonywanie badań, nie mają negatywnego wpływu na ważność wyników. Oddział Laboratoryjny posiada pomieszczenia specjalne, do których należą pokoje wagowe i pokoje do badań mikrobiologicznych. Tam gdzie jest to wymagane (m.in. w pokojach wagowych, pomieszczeniach do oceny sensorycznej) są monitorowane warunki środowiskowe.
W pokojach do badań mikrobiologicznych monitoruje się sterylność powietrza i powierzchni blatów roboczych, zgodnie z zaleceniami opisanymi w normie PN-EN ISO 7218.
Laboratorium tam gdzie to niezbędne wyposażone jest w klimatyzację. Dotyczy to pomieszczeń do badań mikrobiologicznych, sensorycznych oraz chromatografii gazowej.

XIII. Skargi w okresie kontrolowanym

1. Rejestr skarg
   Rejestr skarg jest wspólny dla całego Oddziału Laboratoryjnego. W okresie kontrolowanym nie odnotowano skarg na działalność Sekcji Badań Środowiskowych
2. Sposób załatwiania skarg (jeśli 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 kontrolowanym okresie dla 3 parametrów w badaniach fizykochemicznych wody uzyskano wyniki wątpliwe. Dotyczyły one badania mętności techniką nefelometryczną wg PN-EN ISO 7027:2003 p.6, pomiaru pH wg PN-EN ISO 10523:2012 (ILC zorganizowane przez WSSE w Katowicach 21-23.11.2017 r.) oraz badania przewodności elektrycznej właściwej techniką konduktometryczną wg PN-EN 27888:1999 (PT zorganizowane przez Ośrodek Badań i kontroli Środowiska Sp. z o.o. 22-23.03.2018 r.) W każdym przypadku wdrożono właściwy tok postępowania, przeprowadzono analizę i zaplanowano udział w kolejnych badaniach biegłości.
Wyniki badań biegłości i porównań międzylaboratoryjnych uzyskane w kontrolowanym zakresie potwierdzają kompetencje techniczne poszczególnych komórek Oddziału Laboratoryjnego do wykonywania 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 zewnętrznych usług w zakresie badań wybiera laboratoria akredytowane w zakresie zlecanego parametru. W kontrolowanym okresie Oddział Laboratoryjny PSSE w Bielsku Białej korzystał z usług zewnętrznych dostawców w zakresie potwierdzania tożsamości szczepów bakteryjnych.

XVI. Inne zagadnienia

Pracownicy Oddziału Laboratoryjnego PSSE w Bielsku-Białej posiadają aktualne zakresy obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień. Zapisy sprawdzono na przykładzie „Zakresu obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień [redacted] - starszego asystenta w Sekcji Badań Środowiskowych, który został zatwierdzony przez Dyrektora PSSE w Bielsku-Białej w dniu 17.05.2021 r. a następnie podpisany przez pracownika, który przyjął zakres do wiadomości i stosowania.
Każdemu z pracowników przyznane są upoważnienia do wykonywania badań, do obsługi/kalibracji/sprawdzania kluczowego wyposażenia oraz innych wymienionych czynności. Podczas kontroli sprawdzono upoważnienia: upoważnienie do autoryzacji sprawozdań z badań Pani [redacted] oraz upoważnienie do opracowywania, modyfikacji metod badawczych wykonywanych w Sekcji Badań Środowiskowych dla Pani [redacted] z dnia 20.05.2019 r.

XVII. Wyjaśnienia osób kontrolowanych

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

[redacted]

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

Kierownik Działu Laboratoryjnego
dr n. o zdr. inż. Iwona Szymala

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