P r o t o k ó ł nr OK.1611.2.2.2023

z k o n t r o l i

przeprowadzonej w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sosnowcu kierowanej przez p.o. Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Sosnowcu mgr inż. Danutę Kogut.

Kontrolę przeprowadzili przedstawiciele Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego:

1. Tomasz Bojkowski – kierownik Oddziału Epidemiologii działający na podstawie upoważnienia nr 175, który dokonał wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sosnowcu pod nr 6.
2. Józef Lipa – kierownik Oddziału Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku działający na podstawie upoważnienia nr 179, który dokonał wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Sosnowcu pod nr 7.
3. Anna Tatar – kierownik Oddziału Higieny Komunalnej i Środowiska działająca na podstawie upoważnienia nr 177, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sosnowcu pod nr 8.
4. Bogdan Czapla – kierownik Oddziału Bezpieczeństwa Wody działający na podstawie upoważnienia nr 174, który dokonał wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sosnowcu pod nr 6.
5. Izabela Piątek – kierownik Oddziału Higieny Pracy i Nadzoru nad Środkami Zastępczymi działająca na podstawie upoważnienia nr 178, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Sosnowcu pod nr 9.
6. Monika Karczmarek – kierownik Oddziału Higieny Dzieci i Młodzieży działająca na podstawie upoważnienia nr 176, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sosnowcu pod nr 10.
7. Anna Gogola – kierownik Oddziału Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego działająca na podstawie upoważnienia nr 181, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sosnowcu pod nr 11.
8. Beata Kempa – kierownik Oddziału Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej działająca na podstawie upoważnienia nr 173, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sosnowcu pod nr 3.

9. Anna Gwiazdowska – Główny Specjalista do spraw Systemu Jakości działająca na podstawie upoważnienia nr 155, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sosnowcu pod nr 1.

Data rozpoczęcia i zakończenia kontroli: 17.05.2023 r. w zakresie systemu jakości
23 – 25.05.2023 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) Stanowiska Pracy do spraw Higieny Dzieci i Młodzieży,
   f) Stanowiska Pracy do spraw Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego,
   g) Samodzielne Stanowisko do spraw Oświaty Zdrowotnej;
2) Kierownik do spraw jakości w Oddziale Nadzoru Sanitarnego i Sekcji Oświaty Zdrowotnej

Okres objęty kontrolą: 01.04.2018 r. – 30.04.2023 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 w aspekcie higieny lecznictwa,
   d) realizacja nadzoru nad zgłaszalnością chorób zakaźnych oraz realizacji pracy w systemie SEPIS;
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 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 nadzoru nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi,

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

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

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

e) przegląd prowadzonych rejestrów,

f) analiza dokumentacji:

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

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

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

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

a) analiza dokumentacji dotyczących:

- uzgodnień projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego, studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego,
- uzgodnień na etapie uzyskiwania decyzji o uwarunkowaniach środowiskowych zgody na realizację przedsięwzięcia, uzgodnień dokumentacji projektowych,
- uzgodnień dokumentacji projektowych obiektów budowlanych,
- odbiorów i dopuszczenia do użytkowania obiektów budowlanych,

b) ocena wydanych dokumentów pod względem:

- kompletności spraw, czytelności, poprawności stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem akt,
- zgodności wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z 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 promocji zdrowia zgodnie ze standardami postępowania w zakresie realizacji interwencji programowych i nieprogramowych zgodnie z Procedurą Techniczną – Standardy Postępowania Podczas Realizacji Interwencji w zakresie Profilaktyki Chorób i Promocji Zdrowia PT/PZ/01,

b) ocena realizacji działań w zakresie promocji zdrowia i komunikacji społecznej w tym interwencji programowych i nieprogramowych zalecanych przez Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego na podstawie: doboru metod i form, zgodności realizowanych działań z planem zasadniczych zadań, zgodności oddziaływań w stosunku do potrzeb wynikających z sytuacji epidemiologicznej, społecznej i demograficznej na nadzorowanym terminie,

c) kształtowanie pozytywnego wizerunku Państwowej Inspekcji Sanitarnej wśród społeczeństwa. Organizacja konferencji, eventów, szkoleń, wystaw itp. Komunikacja poprzez stronę internetową oraz media społecznościowe.

d) współpraca z instytucjami, jednostkami administracyjnymi, organizacyjnymi, pozarządowymi itp. Zakres współpracy;

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, zapobiegawczych i doskonalących,

- przeglądów zarządzania;

b) wymagań dotyczących zasobów:

- wymagań kompetencyjnych dla personelu,
- szkoleń personelu,
- monitorowania pracy personelu;

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

Przed podpisaniem protokołu poinformowano p.o. Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Sosnowcu o prawie zgłaszania zastrzeżeń i składania wyjaśnień do protokołu oraz o możliwości odmowy podpisania protokołu. Fakt odmowy podpisania protokołu nie wstrzymuje biegu wykonania zaleceń.

P.o. Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Sosnowcu w terminie 7 dni od daty podpisania protokołu ma prawo wnieść zastrzeżenia i wyjaśnienia dotyczące ustaleń, stwierdzonych uchybień i nieprawidłowości.

Protokół sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach i po odczytaniu podpisano.
Niniejszy protokół zawiera 5 ponumerowanych stron oraz 9 załączników.

Sosnowiec, dnia 06.06.2023 r.

p.o. Państwowy
Powiatowy Inspektor Sanitarny
w Sosnowcu
mgr inż. Danuta Kogut

.....

pieczątka i podpis
p.o. Państwowego Powiatowego
Inspektora Sanitarnego w Sosnowcu

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

.....

pieczątka i podpis
Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego
Inspektora Sanitarnego

Protokół otrzymali:

1. p.o. Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Sosnowcu
2. a/a

Załącznik nr *1
do protokołu nr. OK.1611.2.2.2023
kontroli .....

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

I. **Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Sosnowcu** Pogotowia 1, 41-200 Sosnowiec
II. **Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli:** Sekcja Epidemiologii

III. **Data kontroli** 24.05.2023 r.

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** 27.04.2018 – 23.05.2023 r.

Ostatnia kontrola kompleksowa odbyła się w dniu 26.04.2018 Nie wydano/ ~~wydano~~ zaleceń pokontrolnych
Kontrola problemowa w zakresie nadzoru nad zakażeniami i chorobami zakaźnymi oraz nadzoru nad dystrybucją preparatów szczepionkowych do realizacji PSO w dniu 25.05.2022 - nie wydano zaleceń pokontrolnych

Informacje szczegółowe dotyczące nadzorowanego przez PPIS terenu.
PPIS w Sosnowcu obejmuje swoim nadzorem ludność w liczbie 191 676 tys. w tym dzieci i młodzież objęta PSO - dzieci (do 8 r. ż) – 12 526, młodzież – 17 574 (do 19 r. ż.). Łączna liczba osób objętych PSO - 30 100.

PPIS w Sosnowcu sekcja epidemiologii nadzoruje obiekty: szpitale - 5 zlokalizowanych w 6 obiektach (w tym brak szpitala jednodniowego), brak Stacji Dializ, 1 - ZOL (zlokalizowany w 2 obiektach), przychodnie - 140, laboratoria - 24, gabinetów lekarskich - 178, praktyk pielęgniarek i położnych - 4, inne praktyki - 10 , 49 punkty szczepień.
Zatrudnienie,
W Sekcji Epidemiologii zatrudnionych jest 9 osób, stanowiska i wykształcenia zgodnie z załączoną poniżej tabelą:

L.p.	Imię i nazwisko Stanowisko służbowe	Poziom i profil wykształcenia
1.	[redacted] Kierownik Sekcji Epidemiologii	Wyższe - mgr analityki medycznej I stopień analityka kliniczna Podyplomowe Organizacja i Zarządzanie w ochronie zdrowia
2.	[redacted] Starszy asystent	Wyższe - mgr inż. technologii chemicznej Podyplomowe higiena i epidemiologia w profilaktyce i promocji zdrowia
3.	[redacted] Asystent	Wyższe – mgr zdrowia publicznego Podyplomowe higiena i epidemiologia w profilaktyce i promocji zdrowia

4.	[redacted] Asystent	Wyższe - mgr dietetyki Podyplomowe Menadżer jakości
5.	[redacted] Młodszy asystent	Wyższe - mgr zdrowia publicznego
6.	[redacted] Młodszy asystent	Wyższe - licencjat ratownictwa medycznego
7.	[redacted] Młodszy asystent	Wyższe - licencjat zdrowia publicznego
8.	[redacted] Starszy statystyk medyczny	Średnie - ogólnokształcący
9.	[redacted] Starszy rejestrator medyczny	Średnie - technik hodowlany

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 :

- Rejestr obiektów nadzorowanych w systemie Cronsor
- WYKAZ OBIEKTÓW NADZOROWANYCH przez NS-EP (dokument wewnętrzny Excel odrębny na dany rok kalendarzowy)
- Rejestr wydanych protokołów kontroli w systemie Cronsor
- Rejestr wydanych decyzji administracyjnych (merytorycznych i płatniczych) - w systemie Cronsor
- Rejestr korespondencji NS-EP (przychodząca i wychodząca - od 02.01.2023- nadal)
- Rejestr mandatów w systemie Cronsor
- Elektroniczny system rejestracji ognisk epidemiologicznych przenoszonych drogą pokarmową (ROE)
- Elektroniczny system nadzoru (Epibaza)
- Elektroniczny system rejestracji (SEPIS)
- Elektroniczny system rejestracji wywiadów epidemiologicznych (SRWE)
- Rejestr osób z zakażeniem SARS-CoV-2 (wewnętrzny - od 2020r.)
- Rejestr zgonów z powodu COVID-19
- Rejestr NOP z powodu szczepień p/COVID-19
- Rejestr wszystkich zgłoszonych ognisk (aktualny na dany rok)
- Rejestr przeprowadzonych wywiadów (prowadzony przez Statystyka Sekcji)
- Rejestr wewnętrzny zachorowań, zakażeń (prowadzony przez Statystyka Sekcji) – w tym: Rejestry zachorowań na Inwazyjną Chorobę Meningokokową, gruźlicę, nosicieli HBV, HCV i chorych na WZW typu „A", „B", „C", „B + C", nieokreślone, boreliozę, zatruć pokarmowych (w tym tasiemczyce), nosicieli duru brzusznego, zachorowań przenoszonych drogą płciową, pokąsań przez zwierzęta
- Rejestr Punktów Szczepień (z podziałem na szpitale i przychodnie)
- Rejestr osób uchylających się od szczepień
- Rejestr wewnętrzny niepożądanych odczynów poszczepiennych
- Rejestr wydań zewnętrznych preparatów szczepionkowych **ESNDS**
- Rejestr przyjęć/wydań zewnętrznych preparatów szczepionkowych pt. „METRYCZKI" (na dany rok kalendarzowy)
- Rejestr aktów prawnych (zgodnie z PO-01)
- Rejestr piśmiennictwa (zgodnie z PO-01)

- Rejestr Procedur Technicznych i Instrukcji Roboczych (zgodnie z PO-01)
- Rejestr szkoleń zewnętrznych (zgodnie z PO-04)
- Rejestr szkoleń wewnętrznych (zgodnie z PO-04)
- Wykaz wyposażenia Sekcji Epidemiologii (zgodnie z PO-05)
- Rejestr niezgodności (OGÓLNY w PSSE w Sosnowcu - zgodnie z PO-03)

W formie papierowej
- Rejestr wydanych protokołów kontroli wraz z załącznikami
- Rejestr interwencji (wewnętrzny dla NS-EP - prowadzony przez Kierownika NS-EP)
- Rejestr interwencji (wspólny dla wszystkich Sekcji PSSE - przechowywany w Sekretariacie PSSE w Sosnowcu)
- Dziennik korespondencji dokumentów (oznaczonych klauzulą zastrzeżone – prowadzony do 31.12.2022)
- Rejestr wydawanych decyzji administracyjnych (merytorycznych)
- Rejestr wydawanych decyzji administracyjnych (płatniczych)
- Rejestr mandatów
- Rejestr upomnień
- Rejestr odwołań
- Rejestr postanowień o nałożeniu grzywny
- Rejestr tytułów wykonawczych
- Rejestr postanowień o umorzeniu grzywien
- Rejestr postanowień o przedłużeniu sprawy
- Rejestr postanowień o przekazaniu wniosku do innego organu
- Rejestr postanowień o odmowie wszczęcia postępowania
- Rejestry postanowień o sprostowaniu omyłki/błędu
- Rejestr rozpatrywanych wniosków dotyczących dostępu do informacji publicznej
- Rejestr opinii sanitarnych (od 01.07.2011 wydawane w formie decyzji administracyjnych, w związku ze zmianami w/z braku wymagań dotyczących wydawania opinii sanitarnych – brak wydanych opinii)
- Rejestr podwykonawców
- Rejestr podejrzeń zachorowań i zachorowań na choroby zakaźne (prowadzony przez Statystyka Sekcji)
- Rejestr czynników chorobotwórczych
- Rejestr ozdrowieńców i nosicieli salmonelli (osoby chore i tzw „branżowcy")

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

1. Ustawa o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z dnia 14 marca 1985r.
2. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
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
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych

6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2020 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2020 r. w sprawie sposobu prowadzenia rejestru chorób zakaźnych oraz okresu przechowywania danych zawartych w tym rejestrze
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2020 r. w sprawie zgłaszania wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych
9. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.
10. Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego.

Rejestr aktów prawnych prowadzony jest w wersji elektronicznej- ostatnia aktualizacja zgodnie z systemem zarządzania 16.05.2023r.
Na bieżąco pracownicy Sekcji Epidemiologii korzystają z dostępu do strony internetowej Kancelarii Sejmu, a także Rządowego Centrum Legislacji (RCL) oraz z porad prawnych jeden Radca Prawny, dostępny dwa razy w tygodniu.. Ponadto informacje dot. wytycznych od jednostek nadrzędnych przekazywane są pracownikom przez Kierownika Sekcji na wewnętrznych zebraniach (po naradach lub po otrzymaniu wytycznych).

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 17.05.2023 r.)

Ilość obiektów w ewidencji		Ilość kontroli		
		planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
2023 r. - do czasu kontroli	*Stan na I kwartał:* **392 =** (219 obiekty + 173 podobiekty) *Stan na 17.05.2023:* **421 =** (239 obiekty + 182podobiekty)	352	*Stan na I kwartał:* 40 *Stan na 17.05.2023: 83*	*Stan na I kwartał:* 3 *Stan na 17.05.2023:11*

2022r.	**431 =** (250 obiekty + 181podobiekty)	99	92	146
2021r.	**390 =** (218 obiekty + 172podobiekty)	56	39	6
2020r.	**394 =** (222 obiekty + 172 podobiekty)	240	28	8

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				
		2020 rok	2021 rok	2022 rok	2023 rok do dnia kontroli	Uwagi:
1	Postanowienia	0	0	0	0	(w 2022r- wykazano w Mz-45 4 Postanowienia wydane przez NS-HŻŻiPU w/z Covid-19)
2	Decyzje	1	0	5	1	
3	Decyzje - rachunki	4 537,00	1 113,00	10 1460,00	1 248,00	
4	Opinie sanitarne/~~pisma~~**	0	0	0	0	
5	Kontrole w trakcie realizacji	0	0	0	0	
6	Uczestnictwo w odbiorach	0	0	0	0	
7	Upomnienia	1	0	0	0	
8	Tytuły wykonawcze	0	0	0	0	
9	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	1 500,00	0	0	0	
10	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	

VIII. Kontrola dokumentacji

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

3. Ocena wydanych dokumentów

2.1 W sekcji epidemiologii dostęp do systemu SEPIS ma 9 osób .
Ilość załatwionych zgłoszeń – 4281
Ostatnie zgłoszenie 05.05.2023
postępowanie przeprowadzone prawidłowo/nieprawidłowo w odpowiedni czas realizacji

2.2
Ilość załatwianych „plusów„ 33 054
Ostatnie zgłoszenie wyniku dodatniego wpłynęło 23.05.2023
postępowanie przeprowadzone prawidłowo odpowiedni czas realizacji

2.3
Ilość zgłoszonych NOP-ów - 210 w tym: 26 (2020), 143 (2021), 32 (2022), 12 (2023)
Ostatnie zgłoszenie NOP - 19.05.2023

2.4
Ilość zgłoszonych Ognisk od 01.03.2021r. – 236 (zarejestrowanych w SEPIS SARS-CoV-2)
łącznie zarejestrowanych ognisk epidemicznych - 302
Ostatnie ognisko - 08.03.2023 (zarejestrowane w SEPIS SARS-CoV-2)
inne niż SARS-CoV-2 -15.05.2023

2.5 NZOZ [redacted]

2.6 NZOZ [redacted]

2.5
NZOZ [redacted] Zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli z dnia 03.08.2022 r. odebrano w dniu 05.08.2022 r. Protokół kontroli nr 432/70/1216/NS-EP/2022 z dnia 31.08.2022 r. wraz z dołączonymi upoważnieniami do przeprowadzenia kontroli. Podczas kontroli stwierdzono nieprawidłowości. Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego z dnia 31.08.2022 r. Na zawiadomieniu widnieje pieczątka osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu bez informacji o odbiorze zawiadomienia. Brak innych dokumentów potwierdzających doręczenie zawiadomienia. Wydanie decyzji administracyjnej Nr NS-EP/943/2-22 z dnia 09.09.2022 r. Wydanie decyzji płatniczej Nr 378/NS-EP/941/Op/2022

z dnia 09.09.2022 r. Zawiadomienie o rekontroli 03.10.2022 r. Rekontrola w sprawie stwierdzonych nieprawidłowości protokół nr. 432/70/1216/NS-EP/2022 z dnia 25.10.2022r. Akta zawierają metrykę sprawy.

2.6
NZOZ [redacted]
Zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli z dnia 14.11.2022 r. Protokół kontroli nr 432/164/1216/NS-EP/2022 z dnia 23.11.2022 r. Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego z dnia 23.11.2022 r. Na zawiadomieniu widnieje pieczątka osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu bez informacji o dacie i odbiorze zawiadomienia. Brak innych dokumentów potwierdzających doręczenie zawiadomienia. Decyzja Administracyjna nr NS-EP/1281/2022 z dnia 02.12.2022 r. Decyzja Płatnicza nr 556/NS-EP/1282/Op/2022 z dnia 02.12.2022. Kontrola sprawdzająca 06.09.2022. zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli z dnia 21.02.2023 r. Rekontrola w sprawie stwierdzonych nieprawidłowości protokół nr. 9027.31.NS-EP.2023 z dnia 22.03.2023 r. Akta zawierają metrykę sprawy.

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

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

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

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

2.6 zgodnie

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

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

f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń
2.1 zgodnie
2.2 zgodnie
2.3 zgodnie
2.4 zgodnie
2.5 brak informacji o odebraniu zawiadomienia
2.6 brak informacji o dacie i odbiorze zawiadomienia

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 zgodnie
2.6 zgodnie

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);

- podmioty lecznicze - współpraca w szerokim zakresie
- Powiatowe Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne województwa śląskiego - w zakresie bieżących działań dotyczących nadzoru nad zgłaszanymi zachorowaniami, chorymi, osobami z kontaktu z chorym, nadzoru związanego z osobami uchylającymi się od szczepień
- Urząd Miejski w Sosnowcu – Wydział Zdrowia, Wydział Edukacji, Powiatowe Centrum Zarządzania Kryzysowego, Pełnomocnik ds. Covid, Wydział Spraw Obywatelskich – Referat Ewidencji Ludności
- Straż Miejska
- Inspekcja Weterynaryjna w Będzinie
- placówki oświatowe
- Przedszkola
- Żłobki
- Policja
- Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE:
- Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska - wspólne kontrole tematyczne i interwencyjne, realizacja wspólnych zadań i analiz sprawozdawczych, przekaz raportów w/z uchodźców i danych do raportu sytuacyjnego – współpraca ciągła
- Sekcja Higieny Żywienia, Żywności i Przedmiotów Użytkowych - wspólne kontrole tematyczne i interwencyjne, działania akcyjne - współpraca ciągła
- Sekcja Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego - wspólne kontrole, uzgadnianie projektów dotyczących podmiotów leczniczych, współudział w wizjach lokalnych obiektów - współpraca ciągła
- Sekcja Higieny Pracy – wspólne kontrole planowane oraz współpraca w zakresie wymiany informacji dotyczących: wspólnie nadzorowanych obiektów, działań związanych z kontrolami akcyjnymi i innymi poleceniami – współpraca ciągła
- Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży - w zakresie zlecanych działań nadzorowych nad ogniskami, interwencjami w placówkach opiekuńczych (przedszkola, żłobki)/ - współpraca doraźna
- Sekcja Oświaty Zdrowotnej – wymiana informacji w zakresie sytuacji epidemiologicznej związanej z chorobami zakaźnymi, prowadzonych działań profilaktycznych (w/z szczepień i organizowanych kampanii) oraz przestrzeganiem zakazu palenia wyrobów tytoniowych - współpraca ciągła
- Informatyk PSSE w Sosnowcu - przygotowywanie istotnych informacji skierowanych do ogółu społeczeństwa - do umieszczenie na stronie internetowej PSSE w Sosnowcu

- Dział Ekonomiczno-Administracyjny - systematyczny przekaz informacji w zakresie prowadzonych postępowań administracyjnych, różnorodnej sprawozdawczości /zależnie od potrzeb/, prowadzonej gospodarki preparatami szczepionkowymi, biletami PKM – współpraca ciągła

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 2020-2023 (do czasu kontroli)

- *Ilość interwencji w roku 2020 – 9* /przez NS-EP rozpatrzono - 3 interwencje, interwencje (wspólne) zostały rozpatrzone przez NS-HKiŚ - w 6 przypadkach, z uwagi na – działania w/z SARS-CoV-2 od marca 2020/ *w tym zasadnych - 0*
- *Ilość interwencji w roku 2021 - 23 , w tym zasadnych - 5*
- *Ilość interwencji w roku 2022 - 14 , w tym zasadnych - 1*
- *Ilość interwencji w roku 2023 do dnia kontroli - 4 , w tym zasadnych - 3*

postępowanie w przypadku 1 interwencji:

Zgłoszenie interwencji 27.02.2023 r. w sprawie [redacted]
Kontrola sprawdzająca w dniu 28.02.2023 r. Wszczęcie postępowania w dniu 28.02.2023 r. Odpowiedź do strony w sprawie interwencji w dniu 03.03.2023 r. Wydanie decyzji administracyjnej oraz płatniczej 09.02.2023 r. Kontrola sprawdzająca w dniu 21.04.2023 r.

Działania podejmowane w związku z nadzorem nad chorobami zakaźnymi: (lata 2020-2023)

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

- sprawozdawczość;
- informowanie podmiotów leczniczych i innych instytucji o aktualnych zagrożeniach epidemicznych: m.in. w zakresie Covid-19, Grypy, Odry, OPW, Ospy małpiej, Różyczki, WZW, zgłaszalności zachorowań i zakażeń oraz czynników biologicznych, diagnostyki, Uchodźców, szczepień

Liczba zachorowań :
2020 r. - 7958 w tym hospitalizacji 507
2021r. - 20159 w tym hospitalizacji 1097
2022r. - 20241 w tym hospitalizacji 701
2023r. - do dnia kontroli - 10197 w tym hospitalizacji 213 (dane z meldunku 5A/2023)

Grypa
2020 - 1475
2021 - 586
2022 - 6265

Działania związane z nadzorem nad szczepieniami i szczepionkami 2021 r.
Liczba punktów szczepień - 49
Liczba osób uchylających się od szczepień

2020 - 215
2021 - 228
2022 - 239

Kierownik Sekcji Epidemiologii
[redacted]

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

Dział Nadzoru Sanitarnego
Kierownik Oddziału Epidemiologii
Tomasz Bojkowski
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.9K..1611.2.2.2023
kontroli .....

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

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

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

III. **Data kontroli** 24.05.2023 r., 25.05.2023

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** 2019 r. – 2023 r. (do dnia 30.04.2023 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 / uwagi
1.	Rejestr obiektów nadzorowanych	+	*
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych – ocena szkoleń	+	
3.	Zapisy ze szkoleń wewnętrznych – listy obecności	+	
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 decyzji innych (zatwierdzających i wykreślających obiekty, umarzających, zmieniających decyzje zatwierdzające	+	
18	Rejestr aktów prawnych	+	

(*) Rejestry prowadzone dla całej stacji wymienione w punkcie 1.7
Papierowo – 1.3, 1.6, 1.7, 1.12, 1.13, 1.15, 1.16 elektronicznie – 1.2, 1.4, 1.10, 1.11, 1.18.
Elektronicznie w programie CRONSOR – 1.1, 1.5, 1.8, 1.9, 1.14, 1.17.

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

Pracownicy korzystają z przepisów prawnych z licencjonowanego programu „Legalis". Spis aktów prawnych dostępny jest na serwerze, a dostęp ma każdy pracownik sekcji. W spisie wprowadzone jest przekierowanie do aktu prawnego w licencjonowanym programie. Przepisy aktualizowane są na bieżąco przez wyznaczoną osobę – kierownika technicznego Ilonę Tambor oraz wyznaczonego pracownika.
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**
1521	788	590	776

w 2020 roku:

Ilość obiektów w ewidencji	**Ilość kontroli**		
	planowanych	**wykonanych wg planu**	**ponadplanowych**
1560	750	450	465

w 2021 roku:

Ilość obiektów w ewidencji	**Ilość kontroli**		
	planowanych	**wykonanych wg planu**	**ponadplanowych**
1609	677	571	640

w 2022 roku:

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
1536	946	810	604

w 2023 roku do 30.04.2023 r.

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
1518	314	278	188

Zatrudnienie w sekcji NS-HŻŻ
Na dzień 30.04.2023 r. zatrudnienie w sekcji obejmuje 11 pracowników, w tym kierownik, 3 starszych asystentów, 1 asystent, 4 młodszych asystentów, 1 stażysta, 1 starszy instruktor higieny.

Wskazano kierownikowi sekcji na konieczność przeprowadzenia i udokumentowania procesu oceny ryzyka dla wszystkich zakładów przed kolejnym okresem planowania z uwzględnieniem wszystkich istotnych elementów a nie tylko arkusza oceny zakładu. „Kategoryzację" zakładów należy w uzasadnionych przypadkach aktualizować śródrocznie. Stosunkowo niska liczba zaplanowanych do kontroli zakładów w połączeniu z niską wykonalnością planu (nawet wskutek czynników obiektywnych- COVID, zaprzestanie działalności) może prowadzić do zarzutu „nieskuteczności nadzoru".

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	2023 do 30.04	uwagi
1.	Postanowienia	2	0	0	2	1	
2.	Decyzje	527	386	455	544	193	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	-	-	-	-	-	
4.	Decyzje – rachunki	448/ 44705 zł	271/ 25449 zł	326/ 29937 zł	397/ 37800zł	124/ 13690 zł	
5.	Opinie sanitarne/pisma**	-	-	-	-	-	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	-	-	-	-		
7.	Mandaty	90/ 19000 zł	61/ 12000 zł	61/ 11850 zł	100/ 20230zł	44/ 10400 zł	
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	-	-	-	-		
9.	Uczestnictwo w odbiorach	-	-	-	-		
10.	Upomnienia	29	23	21	23	7	
11.	Tytuły wykonawcze	8	5	2	2	1	

12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	10	7	4	2	1	
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	0	

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

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów – dokonano analizy poniższych, wybranych teczek /spraw/obiektów - 14
2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/
   - Sklep [redacted] – interwencja z 2022 r.;
   - [redacted] – interwencja;
   - Sklep [redacted] – interwencja;
   - [redacted] – interwencja;
   - [redacted] – interwencja;
   - Sklep [redacted] – interwencja z 2023 r.;
   - Interwencja dotycząca przekazanie sprawy zgodnie z właściwością miejscową do PPIS w Dąbrowie Górniczej;
   - [redacted] – odwołanie od decyzji;
   - [redacted] – podmiot prowadzący – [redacted] – decyzja z rygorem natychmiastowej wykonalności;
   - [redacted] – podmiot prowadzący [redacted] – [redacted] – decyzja nakazująca;
   - Sklep [redacted] – podmiot prowadzący [redacted] – postępowanie egzekucyjne;
   - [redacted] – podmiot prowadzący [redacted] – postępowanie administracyjne;
   - [redacted] – podmiot prowadzący [redacted] – zatwierdzenie;
   - [redacted] – podmiot prowadzący [redacted] – rejestracja.

Ocena wydanych dokumentów:

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

nie stwierdzono nieprawidłowości

Zwrócono uwagę kierownikowi sekcji na konieczność jednoznacznego powiązania dokumentów/dowodów uzyskanych w trakcie kontroli z protokołem poprzez nie budzące wątpliwości oznaczenie/ numerowanie załączników.

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
Wskazano na konieczność zapewnienia aby uzasadnienie zawierało jasne i precyzyjne wyjaśnienie stronie dlaczego i na podstawie jakich dowodów organ uznał że doszło do naruszenia wskazanego przepisu (w szczególności w przypadku stosowania trybu specjalnego jakim jest tryb natychmiastowej wykonalności)

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

e) kontrola doręczeń
nie stwierdzono nieprawidłowości;
Zasygnalizowano kierownikowi sekcji konieczność jednoznacznej identyfikacji osób/ stron na dokumentach (potwierdzenie odbioru osobistego, wnioski, uwagi odręczne itp.)

f) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)
nie stwierdzono nieprawidłowości;
Zwrócono uwagę kierownikowi sekcji na potrzebę przeanalizowania stosowanego trybu uznawania części naruszeń za „mniej istotne" i ich usuwania w trybie tzw. zaleceń doraźnych. a nie w trybie admninistracyjnym (decyzja). W określonych sytuacjach powoduje to wydawanie decyzji ze znacznym opóźnieniem i konieczność wielokrotnych rekontroli (niska skuteczność).

g) poprawność rozpatrywanych odwołań / zażaleń
w 2021 r. – 3 odwołania - nie stwierdzono nieprawidłowości (terminowość zachowana). 1 sprawa – przekazana do ŚPWIS, 2 sprawy – rozpatrzone we własnym zakresie
w 2022 r. – 0 odwołań.

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. Współpraca polega na przekazywaniu pism, informacji dotyczących powiadomień w systemie RASFF, a także kwestionowanych wyników badań laboratoryjnych artykułów spożywczych pochodzenia zwierzęcego, interwencji. W 2020 r. w Zakładzie nadzorowanym przez PLW w Będzinie przeprowadzono wspólną kontrolę z przedstawicielem Inspekcji Weterynaryjnej w zakresie kontroli wymagań dotyczących zapobiegania zakażeniom koronawirusem SARS-COV-2, w 2022 r. wspólnie z przedstawicielami Inspekcji Weterynaryjnej w Będzinie przeprowadzono kontrolę w [redacted]
w zakresie prowadzenia rozbioru tusz, półtusz i ich elementów.
Współpraca z PIORiN oraz IOŚ jest realizowana na podstawie Porozumienia z dnia 22.12.2020 r. w sprawie współdziałania organów PIS, PIORiN oraz IOŚ w zakresie bezpieczeństwa produkcji pierwotnej żywności pochodzenia roślinnego. W ramach realizacji rocznych planów działań nie podejmowano współpracy ze względu na brak pod nadzorem zakładów produkcji pierwotnej.
W ramach współpracy z Inspekcją Farmaceutyczną nie przeprowadzano wspólnych kontroli, nie kwestionowano prób pobranych w aptekach, przekazywano informacje dotyczące przeprowadzonych w aptekach kontroli oraz informację dotyczącą suplementów diety zawierających Monakolinę K o zawartości powyżej 3 mg w jednej porcji pozostających w sprzedaży za pośrednictwem aptek ogólnodostępnych.

Współpraca doraźna:

- z przedstawicielem Wojskowym Inspektoratem Weterynarii – w 2019 r. – 1 kontrola.
- z Policją polegała na przeprowadzaniu wspólnych akcji kontrolnych w związku z pandemią, akcją denaturat, przekazywaniu interwencji do rozpatrzenia zgodnie z kompetencjami.
- z innymi Organami (Urząd Miasta) 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 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).

Z Higieną Pracy – w zakresie wymiany informacji (współpraca doraźna).

XI. Inne zagadnienia

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

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

.....

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Nie kontrolowano

XIII. Dodatkowe informacje

1. Skargi/ wnioski/interwencje

Tryb postępowanie ze skargami określa „Regulamin postępowania ze skargami i wnioskami" w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sosnowcu wprowadzony poleceniem służbowym Nr 3/2012 Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Sosnowcu z dnia z dnia 11 grudnia 2012 r. w sprawie regulaminu postępowania ze skargami i wnioskami. Regulamin ten został opracowany na podstawie art. 253 Ustawy z dnia 14 czerwca 1966 r. Kodeks Postępowania Administracyjnego oraz Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków (Dz. U. z 2002 r. Nr 5, poz. 46).

Centralny Rejestr Skarg Wniosków oraz rejestr Interwencji prowadzony jest przez pracownika Sekretariatu w wersji papierowej. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Sosnowcu (dalej PPIS) przyjmuje Strony w sprawie skarg i wniosków w poniedziałki od 13:00 do 15:00. Petenci mają możliwość składania skarg, wniosków, interwencji petycji w godzinach pracy Stacji: osobiście, w formie pisemnej oraz za pośrednictwem platformy ePUAP. Do rozpatrzenia interwencji przekazanych przez PPIS do Sekcji NS-HŻŻ został upoważniony kierownik Sekcji oraz pracownicy Sekcji. W komórce prowadzony jest (w formie papierowej) Rejestr interwencji - w tym anonimowych. W przypadku braku danych koniecznych do przeprowadzenia kontroli wzywa się Stronę do ich uzupełnienia. W okresie kontrolowanym do PPIS w Sosnowcu nie wpływały skargi na pracowników Sekcji NS-HŻŻ.

Zestawienie ilości załatwianych wniosków i interwencji w kontrolowanym okresie:

Rok	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023 do 30.04**
Ogółem:	103	106	103	77	28
Uznane za zasadne (w tym):	29	23	35	24	19
na jakość środka spożywczego	10	5	11	7	14
Na zły stan sanitarny	9	7	7	8	2
Inne uchybienia	10	12	18	10	6
Pobrane próbki/ kwest.	5/0	0/0	1/0	2/1	0/0
Mandaty liczba/kwota/zł	17/3600	16/3600	22/4050	20/5050	16/4350
Decyzje administracyjne	2	3	2	3	3
Wnioski o ukaranie	1	0	3	2	0

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, mikrobiologicznych lub organoleptycznych. W odpowiedziach kierowanych do Stron ustosunkowano się do zarzutów podniesionych w interwencjach i informowano o podjętych działaniach. W przypadku załatwiania spraw przekazywanych przez WSSE udzielano odpowiedzi o sposobie załatwienia sprawy. W uzasadnionych przypadkach podejmowano współpracę z innymi komórkami np. NS-HK, NS-EP oraz przekazywano informacje do właściwych PSSE i innych Organów: PLW, Policja, Urząd Miejski.

Zasygnalizowano kierownikowi sekcji potrzebę (w miarę możliwości) zwiększenia liczby (w ramach puli przyznanej do dyspozycji psse) badanych w związku z interwencjami próbek laboratoryjnych – nie tylko w sytuacji kiedy zarzut stanowi zła jakość środków spożywczych.

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

2. Sposób prowadzenia kontroli w zakładzie

[redacted]

Przygotowanie pracownika do kontroli prawidłowe/zweryfikowane. Dokumenty i formularze odpowiednie/ sprawdzone.
Sprzęt i wyposażenie planowane do użycia w trakcie kontroli sprawdzone/sprawne. Zwrócono uwagę kierownikowi sekcji aby sprawdzenie bieżące sprzętu pomiarowego uwzględniało nie tylko elementy przewidziane w instrukcji (sprawność ogólną, brak uszkodzeń itp.) ale także sprawdzenie poprawności pomiaru np. wobec ustalonego uproszczonego wzorca.
Kontrola na miejscu przeprowadzona poprawnie i wnikliwie. Sporządzono protokół nr 9027.621.NS.HZZ.2023 wraz z arkuszem oceny zakładu.

Nie stwierdzono nieprawidłowości w sposobie przeprowadzania kontroli.

KIEROWNIK
Sekcji Higieny Żywności
[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.1611.2.2.2023
kontroli .....

Ustalenia w zakresie higieny komunalnej.

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

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

III. Data kontroli: 25.05.2023

IV. Okres działalności podlegający kontroli 26.04.2018 - 24.05.2023

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	+ (CRONSOR)	brak
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych	+elektronicznie od 2023	brak
3.	Zapisy ze szkoleń wewnętrznych	+elektronicznie od 2023	brak
4.	Rejestry szkoleń pracowników (indywidualne)	+elektronicznie od 2023	brak
5.	Rejestry wydanych decyzji	+elektronicznie-CRONSOR	brak
6.	Rejestry postanowień	+elektronicznie od 2023	brak
7.	Rejestry: interwencji/ ~~skarg, wniosków~~**	+ papierowo	brak
8.	Rejestr nałożonych mandatów	+elektronicznie-CRONSOR	brak

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych.
W Sekcji Higieny Komunalnej i Środowiska znajdują się 4 komputery stacjonarne, które są podłączone do sieci oraz 6 laptopów jest więc możliwość skorzystania z ogólnodostępnych internetowych serwisów prawnych. W PSSE aktualnie jest 1 Radca Prawny (dostępny dwa razy w tygodniu).

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 24.05.2023 r.).

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
871	615	209	78

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:
		2020	2021	2022	rok do dnia kontroli 2023	
1.	Postanowienia	17	27	32	12	
2.	Decyzje	48	56	96	43	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	-	-	-	-	
4.	Decyzje - rachunki	1/66	8/996	13/1244,50	10/1303	
5.	Opinie sanitarne/pisma**	10	13	18	12	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	-	-	-	-	
7.	Mandaty	0/0	1/200	3/500	3/800	
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	-	-	-	-	
9.	Uczestnictwo w odbiorach	-	-	-	3	
10.	Upomnienia	-	1	1	-	
11.	Tytuły wykonawcze	-	-	-	-	
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	-	-	-	-	
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	-	-	-	-	
14.	Ilość wpływających interwencji:	73	90	78	31	
14a	-rozpatrzonych przez PPIS	57	85	68	27	
14b	-przekazanych do rozpatrzenia	16	5	10	3	

/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 [redacted]
2.5 [redacted] z dnia 07.02.2022 dotycząca [redacted]

2.6 Interwencja mailowa Pana D.M. z dnia 24.01.2022 dotycząca nieprzestrzegania obostrzeń Covid 19 w [redacted]

2.7 Interwencja mailowa Pana K.Cz. z dnia 17.04.2023 dotycząca zagrzybienia lokalu [redacted] oraz złego stanu technicznego obiektu,

3. Ocena wydanych dokumentów.

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

Wydawane dokumenty są kompletne i czytelne, 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 Systemem Jakości obowiązującym w Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

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 są w miarę możliwości 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 wykonania nakazów decyzji wykonywane są niezwłocznie po upływie terminu zawartego w decyzji.

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)

Policja, Straż Miejska, Straż, Urzędy Miast, Ośrodek Pomocy Społecznej, PINB,

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi psse

Sekcje: Epidemiologii, Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku, Higieny Pracy, Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego, Oświaty Zdrowotnej, Higiena Dzieci i Młodzieży – współpraca ciągła wynikająca z bieżących potrzeb tj. wspólne kontrole, odbiory obiektów, rozpatrywanie interwencji.

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

XI. Inne zagadnienia

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

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

W Sekcji HKiŚ kierownikiem technicznym jest Pani [redacted] Kontrola prowadzenia Systemu Jakości poddane zostało kontroli przez Głównego Specjalistę ds. Systemu Jakości w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Katowicach.

XIII. Dodatkowe informacje brak

[redacted]

.....

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

Kierownik Oddziału Higieny Komunalnej i Środowiska
mgr inż. Anna Natar

.....

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.16.11.2.2.2023
kontroli .....

Ustalenia w zakresie bezpieczeństwa wody:

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

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

III. Data kontroli 24.05.2023 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli 01.05.2018 r. – 30.04.2023 r.

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

L.p.	Stanowisko służbowe	Poziom i profil wykształcenia	Szkolenie /narada (ilość)				
			Wewnętrzne	Zewnętrzne			
				WSSE	GIS	inne	
						Organizator	przedmiot
1	st. asystent [redacted]	Mgr Inż. Ochrony Środowiska Studia podyplomowe Zdrowie publiczne	34	5	2 (online)	1 Akademia Higieny 1 PZH 1 Fundacja Akademii Inowacji Novum 1 Wydawnictwo C.H. Beck	Technologia dezynfekcji i sterylizacji w Sektorze BEAUTY; Potencjalne zagrożenie zdrowotne związane z chowaniem zwłok; Kodeks postępowania administracyjnego oraz e-doręczenia. Praktyczne ujęcie nowych regulacji Szkolenie Legalis
2	St. technik [redacted]	Technik technologii wody i ścieków	20	2	3(online)	-	-
3	st. asystent [redacted]	Mgr. Chemii Studia podyplomowe Higiena i epidemiologia w profilaktyce i promocji	35	1	3(online)	1 Akademia Higieny 1 CE2 Centrum	Technologia dezynfekcji i sterylizacji w Sektorze BEAUTY; Auditor wewnętrzny systemu

3.4

						Edukacji 1 UM Chorzów 1 Wydawni ctwo C.H. Beck	zarządzania w jednostce inspekcyjnej; Aktualne zagrożenia zdrowia publicznego; Szkolenie Legalis

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

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

VI. Kontrola dokumentów

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

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

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

VII. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 24.05.20223r.)

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
16	29	15	1

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

L.p.		Liczba/kwota /1						
	Wydane	rok	rok	rok	rok	rok		Uwagi

	dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	2018	2019	2020	2021	2022	rok 2023 do dnia kontroli	
1	Postanowienia	-	-	-	-	-	-	
2	Decyzje	30	21	14	25	25	18	
3	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	-	-	-	-	-	-	
4	Decyzje - rachunki	20/5059,45	15/2299	14/1087	16/2207	19/2200	7/825	
5	Opinie sanitarne/pisma**	1	1	1	1	1	1	
6	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	-	-	-	-	-	-	
7	Mandaty	-	-	-	-	-	-	
8	Kontrole w trakcie realizacji /2	-	-	-	-	-	-	
9	Uczestnictwo w odbiorach	1	-	-	-	1	-	
1	Upomnienia	3	-	-	-	-	-	
1	Tytuły wykonawcze	3	-	-	-	-	-	
1	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	4/1300	-	-	-	-	-	
1	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

IX. Kontrola dokumentacji

Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów 42

1. Identyfikacja sprawy:

   1. Decyzja administracyjna PPIS w Sosnowcu nr NS-HK/4562/23/2022, z dn. 18.07.2022r., [redacted] dot. nieprawidłowej jakości wody ciepłej, komplet – 14 dokumentów
   2. Decyzja administracyjna PPIS w Sosnowcu nr NS-HK/4569/4/2022, z dn. 07.06.2022r., [redacted] ocena higieniczna, komplet – 9 dokumentów
   3. Interwencja dot. złej jakości wody do spożycia przez ludzi z dn. 08.07.2021r., złożona przez [redacted] komplet – 10 dokumentów
   4. Ocena obszarowa jakości wody przeznaczonej do spożycia na terenie miasta Sosnowca, za rok 2021 nr NS-HK/4562/9/2022 z dn. 21.02.2022r.
   5. Decyzja PPIS w Sosnowcu – zbiorcza roczna ocena wody na pływalni nr NS-HK/4584/2/2022 z dn. 11.02.2022r., [redacted] komplet – 6 dokumentów

3.9

6. Orzeczenie o przydatności wody do kąpieli nr NS-HK/4581/10/1/2020 z dn. 08.06.2020r. [redacted]
7. Protokół pobrania próbki wody z pływalni nr 432/W/NS-HK-114/2021 z dn.11.10.2021r., [redacted]
8. Protokół pobrania próbki wody powierzchniowej ujmowanej do celów wodociągowych, [redacted], nr 432/W/NS-HK-9/2022 z dn. 16.02.2022r., [redacted]
9. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr 9027/W/NS-HK-18/2023 z dn. 14.03.2023r., [redacted]
10. Orzeczenie o jakości wody nr NS-HK.9027.13.2.6.2023 z dn. 27.03.2023r., woda przeznaczona do spożycia przez ludzi, [redacted]
11. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr 432/W/NS-HK-138/2021 z dn. 17.11.2021r., woda przeznaczona do spożycia przez ludzi, [redacted]
12. Orzeczenie o jakości wody nr NS-HK/4561/1/7/2021 z dn. 1012.2021r., woda przeznaczona do spożycia przez ludzi, [redacted]

2. Ocena wydanych dokumentów

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

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

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa
brak uwag

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

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

f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń
brak uwag

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

h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń
brak uwag

i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji
brak uwag

3.91

j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **
brak uwag

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

Brak uwag

XI. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Brak uwag

XII. Inne zagadnienia

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

Nie dotyczy

XIII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Brak uwag

XIV. Dodatkowe informacje

Integralną część załącznika stanowią kopie elektroniczne dokumentów:

1. Decyzja administracyjna PPIS w Sosnowcu nr NS-HK/4562/23/2022, z dn. 18.07.2022r., [redacted] dot. nieprawidłowej jakości wody ciepłej, komplet – 14 dokumentów
2. Decyzja administracyjna PPIS w Sosnowcu nr NS-HK/4569/4/2022, z dn. 07.06.2022r., [redacted] ocena higieniczna, komplet – 9 dokumentów
3. Interwencja dot. złej jakości wody do spożycia przez ludzi z dn. 08.07.2021r., złożona przez [redacted], komplet – 10 dokumentów
4. Ocena obszarowa jakości wody przeznaczonej do spożycia na terenie miasta Sosnowca, za rok 2021 nr NS-HK/4562/9/2022 z dn. 21.02.2022r.
5. Decyzja PPIS w Sosnowcu – zbiorcza roczna ocena wody na pływalni nr NS-HK/4584/2/2022 z dn. 11.02.2022r., [redacted] – 6 dokumentów
6. Orzeczenie o przydatności wody do kąpieli nr NS-HK/4581/10/1/2020 z dn. 08.06.2020r. [redacted]
7. Protokół pobrania próbki wody z pływalni nr 432/W/NS-HK-114/2021 z dn.11.10.2021r., [redacted]
8. Protokół pobrania próbki wody powierzchniowej ujmowanej do celów wodociągowych, [redacted] nr 432/W/NS-HK-9/2022 z dn. 16.02.2022r., [redacted]
9. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr 9027/W/NS-HK-18/2023 z dn. 14.03.2023r., NZOZ [redacted]
10. Orzeczenie o jakości wody nr NS-HK.9027.13.2.6.2023 z dn. 27.03.2023r., woda przeznaczona do spożycia przez ludzi, NZOZ [redacted]
11. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr 432/W/NS-HK-138/2021 z dn. 17.11.2021r., woda przeznaczona do spożycia przez ludzi, [redacted]

B-GL

12. Orzeczenie o jakości wody nr NS-HK/4561/1/7/2021 z dn. 1012.2021r., woda przeznaczona do spożycia przez ludzi, [redacted]

[redacted]
KIEROWNIK SEKCJI
[redacted]

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

Dział Nadzoru Sanitarnego
KIEROWNIK
Oddział Bezpieczeństwa Wody
mgr Bernadetta Zabija

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 PK.1611.2.2.2023
kontroli .....

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

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

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

III. **Data kontroli:** 25.05.2023 r.

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** 01.01.2019 r. do 30.04.2023 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	+	
21.	Rejestr decyzji dot. chorób zawodowych	+	
22	Rejestr spraw dot. chorób zawodowych	+	
23.	Rejestr prowadzonych postępowań dot. chorób zawodowych	+	
24	Rejestr kart stwierdzeń		

* 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 30.04.2023 r.)

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	Planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
358 (+116 podobiektów)	49	35	20

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
		2019 rok	2020 rok	2021 rok	2022 rok	2023 do dnia 30.04.	
1.	Postanowienia	0	0	2	50	1	
2.	Decyzje	40	38	42	40	20	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	28	35	38	42	15	
4.	Decyzje - rachunki	40/3096,00	31/1722,00	28/1497,00	34/1737,00	11/707,00	
5.	Opinie sanitarne/pisma**	3	0	1	2	0	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	-	-	-	-	-	
7.	Mandaty	3/1100,00	0	0	4/4000,00	2/600,00	
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	-	-	-	-	-	
9.	Uczestnictwo w odbiorach	0	0	0	0	0	
10.	Upomnienia	1	2	0	1	0	
11.	Tytuły wykonawcze	0	0	0	0	0	
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	0	0	0	
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	0	

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

VII 2. Kontrola prowadzonego postępowania w sprawach chorób zawodowych

Lp.	Postępowanie administracyjne w sprawie chorób zawodowych	2019 rok	2020 rok	2021 rok	2022 rok	2023 do dnia 30.04.	Uwagi
1	Liczba zgłoszonych podejrzeń chorób zawodowych	49	35	38	37	11	
2	Liczba decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej	12	16	17	12	5	
3	Liczba decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej	14	18	16	22	7	
4	Liczba prowadzonych postępowań wyjaśniających w sprawie choroby zawodowej	2	0	0	0	0	
5	Liczba postanowień	103	109	165	156	49	
6	Liczba wystawionych kart stwierdzeń	11	15	18	12	2	
7	Liczba decyzji o umorzeniu postępowania	2	1	5	8	3	

VIII. Kontrola dokumentacji

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

2. **A. Identyfikacja obiektów:**

2.1 [redacted]

Pismo - skarga z dnia 13.10.2021 r.
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 27.10.2021 r.
Protokół kontroli nr 432/137/1216/NS-HP/2021 z dnia 27.10.2021 r.
Wyjaśnienia strony z dnia 5.11.22021 r.
Decyzja z dnia 6.12.2021 r. nr NS-HP/1019/21
Pismo strony z dnia16.12.2021 r. nr BHP.2427/2021
Pismo PPIS z dnia 11.01.2022 nr NS-HP/441-09/2022
Pismo strony z 26.01.2022 r. nr BHP.0106/2021
Decyzja z dnia 7.02.2022 r. nr NS-HP/68/22
Protokół kontroli nr 432/17/1216/NS-HP/2020 z dnia 09.07.2022 r.

2.2 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 09.07.2020 r.
Protokół kontroli nr 432/58/1216/NS/HP/2022 z dnia 09.07.2020 r.

Decyzja z dnia 23.07.2020 r. nr NS-HP/555/20
Protokół kontroli nr 432/169/1216/NS-HP/2020 z dnia 31.12.2020 r.

2.3 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 11.09.2020 r.
Protokół kontroli nr 432.146/NS-HP/1216/NS-HP/2020 z dnia 11.09.2020 r.
Decyzja z dnia 30.09.2020r. nr NS-HP/758/20
Pismo strony z dnia 09.11.2022 r.
Protokół kontroli nr 432/32/1216/NS-HP/2021 z dnia 07.06.2021 r.

2.4 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 15.11.2022
Protokół kontroli nr 432/174/1216/NS-HP/2022 z dnia 15.11.2022 r.
Decyzja z dnia 06.12.2022 r. nr NS-HP/1310/22

2.5 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 10.03.2023 r.
Protokół kontroli 9027.34.NSHP/2022 z dnia 10.03.2023 r.
Decyzja z dnia 03.04.2023 r. nr NSHP.9027.3.1.391.2023

2.6 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach 06 i 09.07.2021 r.
Protokół kontroli nr 432/65/1216/NS-HP/2021 z dnia 09.07.2021 r.

B. Identyfikacja spraw (choroby zawodowe):

2.1 NS-HP/4431-37/2022 choroba zawodowa poz.21
2.2 NS-HP/4431-36/2021 choroba zawodowa poz.3.2
2.3 NS-HP/4431-01/2022 choroba zawodowa poz.3.2
2.4 NS.HP. 9027.14.23.2023 choroba zawodowa poz.19.4
2.5 NS-HP/4431-24/2022 choroba zawodowa poz.19.5
2.6 NS-HP/4431-14/2022 choroba zawodowa poz.15

3. Ocena wydanych dokumentów

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

Do dokumentacji zakładów pracy opisanych w pkt. 2 nie wnosi się zastrzeżeń.
Dokumentacja sprawach chorób zawodowych prowadzona prawidłowo zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi.

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

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

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa

Bez zastrzeżeń

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

Bez zastrzeżeń

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

Bez zastrzeżeń

f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń

Bez zastrzeżeń

g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)

Bez zastrzeżeń

h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń

Bez zastrzeżeń

i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji

Bez zastrzeżeń

j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **

-

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 w Łodzi (rozporządzenie),
- Państwową Inspekcją Pracy w zakresie chorób zawodowych oraz spraw dot. prowadzenia nadzoru bieżącego nad zakładami pracy (porozumienie),
- Urząd Skarbowy,

- Biurem ds. Substancji Chemicznych w Łodzi,
- Urząd miasta,
- Komendą Policji w zakresie środków zastępczych (porozumienie),
- Państwowa Inspekcja Handlowa.

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,
- Samodzielne Stanowisko ds. Nadzoru Zapobiegawczego – konsultacje,
- Samodzielne Stanowisko ds. Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia - działania oświatowe w zakresie środków zastępczych oraz palenia tytoniu,
- Sekcja Higieny Żywienia i Przedmiotów Użytków - wspólne interwencje, kontrole,
- Samodzielne Stanowisko ds. Higieny Dzieci i Młodzieży – wspólne 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

Środki zastępcze

Rok	Ilość nadzorowanych obiektów	Ilość kontroli	Ilość pobranych próbek	Ilość przebadanych próbek
2019	0	0	0	0
2020	0	0	0	0
2021	0	0	0	0
2022	0	0	0	0
do dnia 30.04.2023	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
2019	0	0	0	0	0	0	
2020	0	0	0	0	0	0	
2021	0	0	0	0	0	0	
2022	0	0	0	0	0	0	
do dnia 30.04.2023	0	0	0	0	0	0	

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

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:

Nie dotyczy

Kierownik
Sekcji Higieny Pracy
[redacted]

w kontroli/
~~pieczątki i podpisy pracowników PSSE uczestniczących w kontroli~~**

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny
Dział Nadzoru Sanitarnego
KIEROWNIK
Oddziału Higieny Pracy
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 6..*
do protokołu nr.OK.1611.2.2.2023
kontroli .....

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

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

II. **Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli:**
Stanowiska Pracy ds. Higieny Dzieci i Młodzieży
(pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym psse)

III. **Data kontroli** 25.05.2023 r.

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** 01.05.2018 r. – 30.04.2023 r.

V. **Kontrola dokumentów**

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

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

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

VI. **Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 30.04.2023 r.)**

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
2018 r. (od 01.05.2023 r.) 145	50	44	39
2019 r. 145	71	58	52
2020 r. 181	50	10	23
2021 r. 186	81	27	41
2022 r. 188	72	25	15
2023 r. (stan na dzień 30.04.2023 r.) 181	27	25	15

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

L.p.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Uwagi:						Uwagi:
		do 01.05.2018 roku	2019 rok	2020 rok	2021 rok	2022 rok	do 30.04. 2023 roku	
1.	Postanowienia	0	0	0	0	0	0	-
2.	Decyzje	19	17	18	11	27	11	-
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	-
4.	Decyzje – rachunki	6/624,25zł	12/1497zł	3/387 zł	1/245 zł	19/2361zł	9/550zł	-
5.	Opinie sanitarne/ ~~pisma~~**	0	0	0	0	0	0	-
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	-
7.	Mandaty	0	1/200 zł	0	0	0	1/100 zł	-
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	-
9.	Uczestnictwo w odbiorach	0	0	0	0	0	0	-
10.	Upomnienia	0	0	0	0	0	0	-
11.	Tytuły wykonawcze	0	0	0	0	0	0	-
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	0	0	0	0	-
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	0	0	-

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

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów: 6
(podać liczbę)
2. Identyfikacja ~~sprawy~~/ obiektu **

2.1 [redacted]

- protokół kontroli nr 432/50/1216/NS-HDM/2019 z dnia 18.06.2019 r., dotyczy oceny stanu sanitarnego żłobka, ocena przestrzegania zakazu palenia wyrobów tytoniowych i e-papierosów (F/HDM/01),
- zawiadomienie nr NS-HDM/511/347/2022 z dnia 30.08.2022 r., o zamiarze wszczęcia postepowania wraz z potwierdzeniem odbioru,
- protokół kontroli nr 432/33/1216/NS-HDM/2022 z dnia 20.09.2022 r., dotyczy oceny stanu sanitarnego żłobka, ocena przestrzegania zakazu palenia wyrobów tytoniowych i e-papierosów (F/HDM/01).

2.2 Przedszkole [redacted]

- protokół kontroli nr 432/17/1216/NS-HDM/2020 z dnia 21.02.2020 r., w zakresie "Ocena stanu sanitarnego szkoły" wraz z załącznikiem F/HDM/02- pismo do Gminy Sosnowiec z dnia 24.02.2020 r. informujące o stwierdzonych nieprawidłowościach stwierdzonych podczas kontroli, wraz z potwierdzeniem odbioru.
- decyzja nr NS-HDM/240/20 z dnia 09.03.2020 r. nakazująca usuniecie uchybień stwierdzonych podczas kontroli, potwierdzenie odbioru decyzji
- decyzja nr 110/NS-HDM/242/Op/20 z dnia 09.03.2020 r.
- pismo strony z dnia 10.03.2020 r. dotyczące wyników badań Pomiaru natężenia oświetlenia w salach dydaktycznych,
- pismo PPIS w Sosnowcu nr NS-HDM/432/2-1/20 z dnia 10.03.2020 r.
- pismo strony z dnia 20.03.2020 r. w sprawie prolongaty terminu wykonania zarządzeń decyzji nr NS-HDM/240/20 z dnia 09.03.2020 r.
- pismo PPIS w Sosnowcu do strony w sprawie uzupełnienia braków we wniosku,
- pismo strony z dnia 28.04.2020r dotyczące uzupełnienia braków wraz załącznikami (3)
- decyzja nr NS-HDM/350/20 z dnia 13.05.2020 r. dotycząca zmiany terminu wykonania zarządzeń wraz z potwierdzeniem odbioru
- pismo strony z dnia 19.05.2021 r. dotyczące wyników badań Pomiaru natężenia oświetlenia w salach dydaktycznych,
- pismo strony z dnia 14.09.2021 r. dotyczące wykonania zarządzeń decyzji nr NS-HDM/240/20 z dnia 09.03.2020 r.
- protokół kontroli nr 432/53/1216/NS-HDM/2021 z dnia 15.09.2021 r., w zakresie sprawdzenia wykonania zarządzeń decyzji nr 110/NS-HDM/240/20 z dnia 09.03.2020 r.
- protokół kontroli nr 9027.3.NS-HDM.2023 z dnia 03.02.2023 r., w zakresie "Ocena stanu sanitarnego szkoły" wraz z załącznikiem F/HDM/02

2.3 Przedszkole [redacted]

- wniosek strony z dnia 09.08.2018 r. z prośbą o prolongatę decyzji znak: NS.HDM/1176/17 z dnia 13.10.2017r.
- pismo PPIS w Sosnowcu do strony w sprawie uzupełnienia braków we wniosku o zmianę terminu wykonania zarządzeń decyzji,
- protokół kontroli 432/92/1216/NS-HDM/2018 z dnia 19.10.2018 r. (stwierdzający częściowe wykonanie zarządzeń decyzji NS.HDM/1176/17 z dnia 13.10.2017 r.

- decyzja NS-HDM/1240/18 z dnia 29.10.2018 zmieniająca termin wykonania zarządzenie z punktu 2 decyzji NS-HDM/1176/17 z dnia 13.10.2017 r.
- pismo PPIS w Sosnowcu do strony w sprawie uzupełnienia braków we wniosku o zmianę terminu wykonania zarządzeń decyzji,
- protokół kontroli 432/79/1216/NS-HDM/2019 z dnia 04.09.2019 r. kontrola sprawdzająca wykonanie zarządzeń decyzji NS.HDM/1176/17 z dnia 13.10.2017 r.,
- protokół kontroli nr 432/80/1216/NS-HDM/2019 z dnia 04.09.2020 r., w zakresie "Ocena stanu sanitarnego przedszkola" wraz z załącznikiem F/HDM/02,
- protokół kontroli nr 9027.34.NS-HDM.2023 z dnia 24.04.2023 r., w zakresie "Ocena stanu sanitarnego przedszkola" wraz z załącznikiem F/HDM/02,
- protokół kontroli nr 9027.35.NS-HDM.2023 z dnia 24.04.2023 r., w zakresie "Ocena dostosowania mebli edukacyjnych do zasad ergonomii " wraz z załącznikiem F/HDM/05,
- pismo znak 9027.34.NS-HDM.2023 z dnia 27.04.2023 r. dotyczące nieprawidłowości stwierdzonych podczas kontroli w dniu 24.04.2023 r.,
- decyzja nr NS-HD.9027.3.556.2023 z dnia 17.05.2023 r.,
- decyzja nr 215.NS-HD.9027.3.557.Op.2023 z dnia 17.05.2023 r.

2.4 Szkoła Podstawowa [redacted]

- protokół kontroli nr 432/82/1216/NS-HD/2018 z dnia 18.09.2018 r., dotyczący oceny stanu sanitarnego szkoły,
- pismo PPIS w Sosnowcu nr 432/82/1216/NS-HDM/2018 z dnia 19.08.2018 r.,
- decyzja nr NS-HDM/1170/18 z dnia 16.10.2018 r.,
- decyzja nr 493/NS-HDM/1172/Op/18 z dnia 16.10.2018 r.,
- wniosek strony z dnia 28.12.2018 r. z prośbą o prolongatę decyzji znak: NS.HDM/1170/18 z dnia 16.10.2018r.
- pismo PPIS w Sosnowcu nr NS-HDM/1170/18 z dnia 10.01.2019 r.
- decyzja nr NS-HDM/76/19 z dnia 23.01.2019 r. zmieniająca termin wykonania zarządzeń decyzji nr NS-HDM/1170/18 z dnia 16.10.2018 r.
- protokół kontroli nr 432/88/1216/NS-HD/2019 z dnia 16.09.2019 r., dotyczący sprawdzenia wykonania zarządzeń nr NS-HDM/1170/18 z dnia 16.10.2018 r.
- protokół kontroli nr 432/89/1216/NS-HD/2019 z dnia 16.09.2019 r., dotyczący oceny stanu sanitarnego szkoły,
- pismo PPIS w Sosnowcu nr 432/89/1216/NS-HDM/2010 z dnia 20.09.2019 r.
- decyzja nr NS-HDM/947/19 z dnia 27.09.2019 r.
- decyzja nr 436/NS-HDM/948/Op/19 z dnia 27.09.2019 r.
- protokół kontroli nr 432/18/1216/NS-HD/2020 z dnia 28.02.2020 r., dotyczący sprawdzenie wykonania zarządzeń nr NS-HDM/947/19 z dnia 27.09.2019 r.
- protokół kontroli nr 432/23/1216/NS-HD/2021 z dnia 17.06.2021 r., dotyczący sprawdzenie wykonania zarządzeń nr NS-HDM/947/19 z dnia 27.09.2019 r.,
- protokół kontroli nr 432/24/1216/NS-HD/2021 z dnia 17.06.2021 r., dotyczący oceny stanu sanitarnego szkoły,
- protokół kontroli nr 432/28/1216/NS-HD/2022 z dnia 31.08.2022 r., dotyczący oceny przygotowania szkoły do nowego roku szkolnego.

2.5 Przedszkole [redacted]
- protokół kontroli nr 432/15/1216/NS-HD/2020 z dnia 17.02.2020 r., dotyczący oceny stanu sanitarnego przedszkola,
- protokół kontroli nr 432/46/1216/NS-HD/2022 z dnia 07.11.2022 r., dotyczący oceny stanu sanitarnego przedszkola.

2.6 Przedszkole [redacted]
- protokół kontroli nr 432/52/1216/NS-HD/2018 z dnia 27.06.2018 r., dotyczący oceny stanu sanitarnego przedszkola
- protokół kontroli nr 432/13/1216/NS-HD/2022 z dnia 27.05.2022 r., dotyczący oceny stanu sanitarnego przedszkola
- pismo PPIS w Sosnowcu nr 432/13/1216/NS-HDM/2022 z dnia 07.06.2022 r.
- decyzja nr 222/NS-HDM/581/Op/2022 z dnia 15.06.2022 r.
- decyzja nr NS-HDM/580/2022 z dnia 15.06.2022r.

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 - nie dotyczy,

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

j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi ** - nie dotyczy.

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

W związku z prowadzonym bieżącym nadzorem nad zakładami oświatowo-wychowawczymi, w latach 2018-2022 wystosowano 0 wystąpień.

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE:

Pracownik ds. Higieny Dzieci i Młodzieży na bieżąco współpracuje z:
- z pracownikami Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego, w zakresie odbiorów pomieszczeń, w których planowane jest rozpoczęcie działalności oświatowo-wychowawczej.
- z pracownikami Oświaty Zdrowotnej, w ramach akcji profilaktycznych.
- z sekcją Higieny Żywności i Żywienia i Przedmiotów Użytku, w zakresie nadzoru nad pionami żywnościowo-żywieniowym, w placówkach wypoczynku zimowego i letniego.
- z sekcją Epidemiologii w zakresie występowania w placówkach nauczania i wychowania wszawicy i świerzbu.

XI. Inne zagadnienia

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

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości - nie dotyczy.

XIII. Dodatkowe informacje - nie dotyczy.

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów: nie dotyczy

[redacted]

.....

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

Dział Nadzoru Sanitarnego
Kierownik
Oddziału Higieny Dzieci i Młodzieży

.....

mgr Monika Karczmarek
pieczątka i podpis osoby kontrolującej/
pieczątki i podpisy osób kontrolujących **

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Załącznik nr 7..*
do protokołu nr.OK.1611.2.2.2023
kontroli .....

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

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

.....
(adres)

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

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

III. **Data kontroli** 25.05.2023 r.

IV. **Okres działalności podlegający kontroli**: maj 2018 do 30.04.2023 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**	ogólnostacyjny	
8.	Rejestr nałożonych mandatów	-	
9.	Rejestry spraw – zawiadomienia dotyczące odbiorów, wnioski dotyczące uzgodnienia projektów, wnioski o opinie w ramach oceny oddziaływania na środowisko, wnioski o opinie w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko, wnioski o uzgodnienie warunków zabudowy i zagospodarowania terenu	+	

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych
Dostęp do aktualnych przepisów prawnych zapewniony jest za pomocą systemu legalis/ strony gov.pl

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

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 2018 od dnia kontroli (od maja 2018)	Rok 2019	Rok 2020	Rok 2021	Rok 2022	Rok 2023 do dnia kontroli (do30 kwietnia 2023)	
1.	Postanowienia	0	0	0	0	12	6	-
2.	Decyzje	0	0	0	2	4	2	-
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych /3	-	-	-	-	-	-	-
4.	Decyzje - rachunki	99/ 13622,50 zł	117/ 15846,0 zł	84/ 8790,0 zł	103/ 11336,0 zł	109/ 16817,0 zł	36/ 6935,0 zł	-
5.	Opinie sanitarne/pisma**	192	254	133	196	200	78	-
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2	0	0	0	0	0	0	-
7.	Mandaty	-	-	-	-	-	-	-
8.	Kontrole w trakcie realizacji /2	0	0	0	0	0	0	-
9.	Uczestnictwo w odbiorach	112	145	101	90	88	26	-
10.	Upomnienia	-	-	-	-	-	-	-
11.	Tytuły wykonawcze	-	-	-	-	-	-	-
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	-	-	-	-	-	-	-
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	-	-	-	-	-	-	-

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

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów - 13.....
.....
(podać liczbę)

2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/

2.1 Postanowienie nr NS-NZ.9027.5.3.01.2023, NS-NZ/524/21/22 z dnia 14.03.2023 r. dot. uzgodnienia w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych warunków zabudowy dla inwestycji pn.: „Rozbudowa [redacted]

[redacted]

2.2 Opinia sanitarna nr NS-NZ 9027.5.1.02.2023 z dnia 08.02.2023 r. dotycząca projektu miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego miasta Sosnowca dla obszaru położonego pomiędzy [redacted] z prognozą oddziaływania na środowisko

2.3 Opinia sanitarna nr NS-NZ 9027.5.1.06.2023 z dnia 22.03.2023 r. w sprawie zakresu prognozy oddziaływania na środowisko dla projektu miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego miasta Sosnowca dla obszaru ograniczonego ulicami: [redacted]

2.4 Opinia sanitarna nr NS-NZ/523/01/2022 z dnia 20.03.2022 r. w sprawie braku konieczności przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko dla przedsięwzięcia polegającego na [redacted]

2.5 Opinia sanitarna nr NS-NZ/523/04/2022 z dnia 12.04.2022 r. w sprawie potrzeby przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko i wykonania raportu oddziaływania na środowisko, a także określania zakresu raportu dla przedsięwzięcia mogącego zawsze znacząco oddziaływać na środowisko pn.: „Rozbudowa [redacted]

2.6 Opinia sanitarna nr NS-NZ.9027.5.2.08.1..2023 z dnia 26.04.2023 r. w sprawie potrzeby przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko i wykonania raportu oddziaływania na środowisko, a także określania zakresu raportu dla przedsięwzięcia mogącego zawsze znacząco oddziaływać na środowisko pn.: „Budowa [redacted]

2.7 Opinia sanitarna nr NS-NZ.9027.5.2.06.2023, NS-NZ/524/ 22 /2022z dnia 22.03..2023 r. w sprawie określenia w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych warunków realizacji przedsięwzięcia mogącego zawsze znacząco oddziaływać na środowisko dla inwestycji pn.: „Budowa [redacted]

2.8 Opinia sanitarna nr NS-NZ/524/ 1 /2022 z dnia 01.02.2022 r. w sprawie określenia w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych warunków realizacji przedsięwzięcia mogącego zawsze znacząco oddziaływać na środowisko dla inwestycji pn.: [redacted]

2.9 Opinia sanitarna nr NS-NZ.9027.4.1.01.2023 z dnia 27.02.2023 r. w sprawie uzgodnienia w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych [redacted]

2.10 Decyzja nr NS-NZ.9027.4.1.02.2023z dnia 27.03.2023 r. w sprawie wyrażenia zgody na [redacted]

2.11 Opinia sanitarna nr NS-NZ.9027.4.2.29.2023 z dnia 31.03.2023 r. w sprawie dopuszczenia do użytkowania [redacted]

2.12 Opinia sanitarna nr NS-NZ.9027.4.2.35.2023 z dnia 28.04.2023 r. w sprawie dopuszczenia do użytkowania [redacted]

2.13 Opinia sanitarna nr NS-NZ.9027.4.2.28.2023 z dnia 18.04.2023 r. w sprawie dopuszczenia do użytkowania pomieszczeń [redacted]

3. Ocena wydanych dokumentów

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

b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli)
Protokoły są wypełniane zgodnie z procedurą systemu jakości, na aktualnym załączniku do Procedury technicznej PT/01 wyd. z dnia 14.03.2016. Po zakończeniu kontroli, protokoły są zatwierdzane przez kierownika technicznego komórki organizacyjnej.

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa
Postępowanie jest prowadzone zgodnie z przepisami. W przypadku odbiorów obiektów budowlanych przed wydaniem decyzji płatniczych strona zawiadamiana była o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 14 czerwca 1969 r. Kodeks postępowania administracyjnego. Decyzja wydawana była po upływie terminu określonego w zawiadomieniu lub po otrzymaniu pisemnej informacji, że strona nie wnosi uwag. W przypadku, gdy strona działała przez pełnomocnika, w aktach sprawy załączone było odpowiednie pełnomocnictwo.

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

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

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

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

h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażaleń
Nie dotyczy.

i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji
Nie dotyczy.

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

- W skontrolowanych opiniach dot. zgody na lokalizację wyrzutni terenowych wskazano na potrzebę wpisywani warunków lokalizacji wyrzutni zgodnie z brzmieniem przepisu. Z wyjaśnień pracowników wynika, że informacje istotne dla lokalizacji wyrzutni są podawane w uzasadnieniu decyzji. Zalecono, że zgodne z brzmieniem przepisu

usytuowanie wyrzutni powietrza na poziomie terenu jest dopuszczalne za zgodą i na warunkach określonych przez właściwego ppis. Pracownicy potwierdzili, że warunki będą wpisywane w sentencji decyzji.

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

Współpraca z organami samorządowymi – Wydziałami Urzędu Miejskiego w Sosnowcu (w sprawach planowania przestrzennego, oddziaływania na środowisko), Nadzorem Budowlanym (w sprawach dopuszczania do użytkowania obiektów budowlanych) - współpraca doraźna (uzależniona od częstości i rodzaju wpływających spraw);

.....

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

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Wszystkie komórki/sekcje PSSE w Sosnowcu: doraźne wspólne kontrole obiektów, stała wymiana informacji z pracownikami innych komórek Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sosnowcu dot. przeprowadzanych przez Nadzór Zapobiegawczy odbiorów obiektów w związku z dopuszczeniem ich do użytkowania

.....

(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 ***

Zamieszczono informacje na tablicy ogłoszeń, że aktualna Lista rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych dostępna jest na stronie GIS i WSSE w Katowicach

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Nie dotyczy.....

XIII. Dodatkowe informacje

Nie dotyczy .....

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:

Nie dotyczy .....

.....

.....

STARSZY ASYSTENT [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: 2
(liczba osób)

b) wykształcenie pracowników:
wyższe (jakie?):
1. studia magisterskie - kierunek pedagogika w zakresie pedagogiki zdrowia z wychowaniem fizycznym
studia podyplomowe - Wychowanie do życia w rodzinie
2. studia magisterskie - kierunek pedagogika w zakresie pedagogiki z terapią pedagogiczną nauczanie początkowe
studia podyplomowe - Resocjalizacja

c) staż pracy pracowników zatrudnionych w pionie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia:
1. 40 lat w tym 10 lat w pionie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia
2. 25 lat w tym 2 lata w pionie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia

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.

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: 180 419
liczba gmin: 1
liczba zakładów opieki zdrowotnej:

- szpitali - 4
- przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie -146

liczba innych jednostek:

- szkoły, przedszkola, żłobki, uczelnie, kluby dziecięce - 145
- domy kultury - 5
- kluby osiedlowe - 6
- biblioteki z filiami - 21
- obiekty sportu i rekreacji - 17

b) realizowane interwencje programowe:

ogólnopolskie:

- Program Edukacyjny „Trzymaj Formę!"

- Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS

wojewódzkie:

- 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?"
- Program Edukacji Antytytoniowej „Bieg po zdrowie"
- Program „Podstępne WZW"
- Program „Smak życia czyli debata o dopalaczach"
- Program „Znamię! Znam je?"
- Program „Wybierz życie – Pierwszy krok"
- Projekt „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:

- Akcja „Nowe narkotyki Nowe zagrożenia"
- Kampania społeczna „Zaszczep w sobie chęć szczepienia"
- Kampania edukacyjna „Nie bądź atrakcyjny dla kleszczy".
- Akcja „Brązowo, ale czy zdrowo?"
- Akcja „Bezpieczna Wakacje"
- Akcja „Bezpieczne Ferie"
- Akcja „Lekki tornister"

własne:
Konkurs wiedzy o HIV/AIDS pt. "HIV i AIDS nie zna granic może dotyczyć także Ciebie"

4. Realizacja zaleceń pokontrolnych

brak zaleceń pokontrolnych po kontroli przeprowadzonej w dniach 24-26.04.2018 r.

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

Na terenie nadzorowanym przez PPIS w Sosnowcu odnotowano wzrosty i spadki zachorowań:

- Gruźlica z 39 przypadków w roku 2021 do 43 przypadków w roku 2022
- Borelioza z Lyme z 64 przypadków w roku 2021 do 71 przypadków w roku 2022
- Kleszczowe oraz inne wirusowe zapalenie mózgu, wirusowe zapalenie opon mózgowych z 4 przypadków w roku 2021 do 8 przypadków w roku 2022
- Wirusowego Zapalenia Wątroby z 24 przypadków w roku 2021 do 47 przypadków w roku 2022
- HIV/AIDS z 0 przypadków w roku 2021 do 5 przypadków w roku 2022
- Choroby przenoszone drogą płciową 9 przypadków w roku 2012 do 6 w roku 2022
- Grypa z 586 przypadków w roku 2021 do 6265 przypadków w roku 2022
- Choroby bakteryjne ze 100 przypadków w roku 2021 do 81 przypadków w roku 2022

Choroby wieku dziecięcego

- Płonica (szkarlatyna) z 12 przypadków w roku 2021 do 51 przypadków w roku 2022
- Ospa wietrzna z 343 przypadków w roku 2021 do 1175 przypadków w roku 2022
- Świnka z 0 przypadków w roku 2021 do 5 przypadków w roku 2022
- Różyczka z 0 przypadków w roku 2021 do 4 przypadków w roku 2022

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?):

W ramach realizacji zadań m.in. programów, akcji, kampanii, ewentów, warsztatów, konferencji, pracownicy pionu promocji zdrowia i oświaty zdrowotnej PSSE w Sosnowcu współpracują z: Urzędem Miejski w Sosnowcu Wydziałem Zdrowia, Wydziałem Edukacji oraz Wydziałem Promocji Miasta.
Z Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Sosnowcu, Miejskim Ośrodkiem Sportu i Rekreacji w Sosnowcu, Komendą Miejską Policji w Sosnowcu, Polskim Towarzystwem Zapobiegania Narkomanii Oddziałem w Katowicach, Centrum Psychoterapii i Leczenia Uzależnień w Sosnowcu, Centrum Terapii „Zielony Przylądek'', NFZ Oddziałem w Katowicach, Sosnowiecką Mediateką, Regionalnym Centrum Kształcenia Ustawicznego w Sosnowcu, MOPS w Sosnowcu oraz lokalnymi mediami.

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

Bieżąca współpraca wynikająca z zakresu działań Oświaty Zdrowotnej w szczególności współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Nadzoru Sanitarnego PSSE w Sosnowcu, w związku z realizacją ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami zdrowotnymi i używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, z Sekcją Higieny Dzieci i Młodzieży w zakresie realizacji akcji: Lekki tornister, Bezpieczne wakacje i ferie, z Sekcją Epidemiologii w zakresie profilaktyki chorób zakaźnych, z Sekcją Higieny Żywienia i Żywności w zakresie realizacji kampanii informacyjnej „Wybieraj bezpieczną żywność" #EUChooseSafeFood oraz organizacji szkoleń.

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

PPIS w Sosnowcu zna zakres realizowanych zadań i działań w pionie oświaty zdrowotnej, aktywnie i chętnie wspiera inicjatywy, przedsięwzięcia, akcje, konkursy realizowane przez pion Promocji Zdrowia i Oświaty Zdrowotnej. Udziela patronatu inicjatywom prozdrowotnym.

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 432/18/1216/OZ/2019 z dnia 15.05.2019 r.
Nr 432/2/1216/OZ/2020 z dnia 20.02.2020 r.
Nr 432/6/1216/OZ/2021 z dnia 13.05.2021 r.
Nr 432/16/1216/OZ/2022 z dnia 24.05.2022 r.
Nr 9027.6.OZ.2023 z dnia 30.03.2023 r.

ilość zaplanowanych i wykonanych wizytacji w latach 2019 - 2023 - do dnia 30.04.2023 r.

Rok	Ilość wizytacji zaplanowanych	Ilość wizytacji wykonanych
2019	32	23
2020	28	2
2021	9	9
2022	18	18
2023	18	10

W latach 2019 do 2023 plan wizytacji nie został w pełni wykonany. W 2019 roku nie wykonanie planu wizytacji wynikało z absencji chorobowych pracowników. W latach 2020 i 2021 nie wykonanie planu wizytacji wynikało z sytuacji epidemiologicznej związanej z zakażeniami SARS-CoV2. W roku 2023 do 30 kwietnia wykonano 10 wizytacji z 18 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 Sosnowcu: 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 1.05.2018 r. do 30.04.2023 r.
W Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sosnowcu realizowane są ogólnopolskie programy zdrowotne i interwencje nieprogramowe oraz wojewódzkie programy edukacyjne i interwencje nieprogramowe zalecane przez Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego. Zapoznano się z dokumentacją realizowanych programów edukacyjnych: „Bieg po zdrowie", Ars czyli jak dbać o miłość", „Znamię, znam je", „Podstępne wzw" oraz Akcji „ Wirusoochrona" i Kampanii „Zaszczep w sobie chęć szczepienia".

Ocenę realizacji działań i dokumentacji przeprowadzono na podstawie przeglądu i analizy posiadanej dokumentacji w miejscu kontroli, sprawozdań przesyłanych do Oddziału Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Katowicach, zgodnie z ustalonymi terminami, przebiegu współpracy oraz kontroli problemowych przeprowadzonych w PSSE w Sosnowcu: Protokoły: PZ.1611.3.34.2018 z dnia 24.09.2018 r., PZ.1611.3.4.2019 r. z dnia 22.03.2019 r., Nr PZ.1611.17.2021 z dnia 1.10.2021 r., Nr PZ.1611.6.2022 z dnia 6.06.2022 r.

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

Zakres współpracy PSSE w Sosnowcu z instytucjami oraz innymi partnerami obejmuje wymianę doświadczeń i informacji z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia, współorganizacji m.in. konferencji, konkursów, wdrażania interwencji programowych i nieprogramowych.

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

[redacted]

Kierownik Oddziału Promocji Zdrowia
i Komunikacji Społecznej
[redacted]

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

właściwe podkreślić

Załącznik nr 9..*
do protokołu nr.OK.1611.2.2.2023
kontroli .....

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

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

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli:
Kierownik do spraw jakości w Oddziale Nadzoru Sanitarnego oraz na Samodzielnym Stanowisku Pracy ds. Oświaty Zdrowotnej
(pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym psse)

III. Data kontroli 17.05.2023 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli 25.04.2018 - 30.04.2023

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
.....
.....

V. 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

VI. 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:

	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

VII. 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 .....
.....
.....
.....
.....

A4

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 **
.....
.....

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

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

IX. 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)

X. Inne zagadnienia *nie dotyczy*

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

.....

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

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

Pani [redacted] (kierownik Oddziału Nadzoru Sanitarnego) pełni funkcję Kierownika ds. Jakości. W czasie nieobecności Kierownika ds. Jakości obowiązki przejmuje pani [redacted] pracująca na Stanowisku Pracy ds. Nadzoru Zapobiegawczego.

Obowiązki, odpowiedzialności i uprawnienia dla każdego stanowiska i funkcji zostały ww. osobom zakomunikowane w „Zakresach obowiązków służbowych i odpowiedzialności pracownika" odpowiednio z dnia 07.01.2020 r., i 15.02.2021 r. Ponadto w Księdze Jakości wyd. 6 z dnia 30.03.2023 r., w rozdziale 8, pkt. 8.3 „Wymagania dotyczące systemu zarządzania" na stronie 1-2/4 zapisano, że odpowiedzialnym za utrzymanie odpowiedniego i aktualnego systemu zarządzania jest kierownik ds. jakości, podano personalia tej osoby, osoby zastępującej oraz zakres obowiązków.

W rozdziale 5 „Wymagania dotyczące struktury", str. 4-5/6 podano personalia kierowników poszczególnych sekcji i stanowisk pracy Oddziału Nadzoru Sanitarnego i Samodzielnego Stanowiska Pracy ds. Oświaty Zdrowotnej wraz z personaliami osób pełniących zastępstwo oraz ogólne zadania kierowników komórek organizacyjnych/technicznych.

Wymagania dotyczące systemu zarządzania:

Nadzór nad dokumentami

Sprawdzono prawidłowość postępowania Kierownika ds. Jakości przy nadzorowaniu dokumentów systemu zarządzania. Dokumenty systemu zarządzania objęte nadzorem są podzielone na następujące grupy:

1) dokumenty opracowane w WSSE w Katowicach,
2) dokumenty opracowane w PSSE,
3) dokumenty pochodzące ze źródeł zewnętrznych.

Ad. 1

Potwierdzono aktualność dokumentów systemu zarządzania posiadanych przez Kierownika ds. Jakości w wersji elektronicznej na przykładzie Procedur Ogólnych Systemu Zarządzania opracowanych w WSSE w Katowicach.

Kierownik ds. Jakości stosuje następujące wydania Procedur Ogólnych Systemu Zarządzania:

- procedura nr PO-01 wydanie nr 7, data wydania: 02.11.2022 r. ostatnia zmiana z dnia 27.12.2022 r.
- procedura nr PO-02 wydanie nr 9, data wydania: 02.11.2022 r. ze zmianą z dnia 15.12.2022 r.
- procedura nr PO-03 wydanie nr 5, data wydania: 02.11.2022 r. ze zmianą z dnia 15.12.2022 r.
- procedura nr PO-04 wydanie nr 5, data wydania: 02.11.2022 r. ze zmianą z dnia 15.12.2022 r.
- procedura nr PO-05 wydanie nr 6, data wydania: 02.11.2022 r. ze zmianą z dnia 15.12.2022 r.
- procedura nr PO-06 wydanie nr 6, data wydania: 02.11.2022 r.
- procedura nr PO-07 wydanie nr 7, data wydania: 05.05.2023 r.
- procedura nr PO-08 wydanie nr 2, data wydania: 02.11.2022 r.

Kierownik ds. Jakości stosuje aktualne instrukcje opracowane w WSSE w Katowicach:

np.

- IR/NS/02 wydanie 7 z 01.02.2023 r.
- IR/NS-EP/02 wydanie 6 z 30.09.2022 r.

Ad.2

W PSSE w Sosnowcu w Oddziale Nadzoru Sanitarnego i dla Samodzielnego Stanowiska Pracy ds. Oświaty Zdrowotnej obowiązuje 6 wydanie wydanie Księgi Jakości zatwierdzone przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Sosnowcu w dniu 30.03.2023 r.

Wszystkie wprowadzane zmiany i potwierdzenie przeglądu dokumentu były dokumentowane i zapisywane w Karcie Zmian do 1 wydania z 21.01.2008 r. (w pozycji 45 w dniu 30.03.2023 r. zapisano konieczność zmiany wydania). Zmieniane strony lub cały nieaktualny dokument odpowiednio opisane są przechowywane przez zarządzającego.

Np. 5 wydanie Księgi Jakości oznakowane napisem „Niekatulane od dnia 30.03.2023 r." i podpisane przechowywane jest przez Kierownika ds. Jakości.

Kierownicy/kierownicy techniczni, auditorzy wewnętrzni o wszelkich zmianach w dokumentacji systemowej są informowani za pomocą poczty elektronicznej bezpośrednio po wprowadzeniu zmiany i na szkoleniach np.
- w dniu 12.05.2023 r. Kierownik ds. Jakości przeprowadził szkolenie wewnętrzne nr 4/2023 dotyczące zmian w dokumentacji systemu zarządzania (zmiana wydania PO-07), w szkoleniu uczestniczyło łącznie 14 osób.
Kierownik do spraw jakości jako osoba zarządzająca zamieściła aktualne wydanie KJ na dysku sieciowym, który jest dostępny dla całego personelu.
Zgodnie z wymaganiami procedury nr PO-01 Kierownik ds. Jakości corocznie dokonuje przeglądu Księgi Jakości co było dokumentowane odpowiednim zapisem w Karcie zmian. Obecnie zgodnie z zapisami nowego wydania procedury nr PO-01 wszelkie zapisy dotyczące przeglądu dokumentu i wprowadzanych zmian jest dokumentowane w formularzu „Wykaz dokumentów nadzorowanych".
Ad.3
Personel PSSE w Sosnowcu korzysta z aktualnych przepisów prawnych użytkując program Legalis i obserwując strony internetowe: www.rcl.gov.pl, www.sejm. gov.pl).
Dokumenty zewnętrzne dotyczące systemu zarządzania w wersji papierowej są zatwierdzane przez Kierownika ds. Jakości poprzez postawienie pieczątki stacji, umieszczenie daty oraz podpisu osoby zatwierdzającej (np. Norma PN-EN ISO/IEC 17020:2012).
Potwierdzono aktualność dokumentów systemu zarządzania opracowanych przez GIS:
np.
- Instrukcja przeprowadzania auditu wewnętrznego dotycząca stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2017/625 z dnia 15.03.2017 r. (wyd. 5 z 12.10.2020 r.)
- Procedura planowania audytów wewnętrznych w oparciu o analizę ryzyka (wyd. 1 z 6.12.2019 r.).

Do końca 2022 r. Kierownik ds. Jakości prowadził w formie elektronicznej lub papierowej rejestry dokumentów na załączniku nr 1 do wydania numer 6 procedury PO-01, wersja strony A, data wersji strony: 22.12.2014.
Obecnie prowadzi formularz „Wykaz dokumentów nadzorowanych" załącznik nr 1 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 7 procedury nr PO-01.
Kierownik ds. Jakości w sposób prawidłowy nadzoruje dokumenty systemu zarządzania.

Nadzór nad zapisami
Zgodnie z wymaganiami procedury nr 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 poszczególnymi kierownikami istnieje dodatkowe zapewnienie minimalizowania ryzyka przywoływania nieaktualnych podstaw prawnych.
W PSSE w Sosnowcu protokoły sporządzane są odręcznie lub z użyciem komputera, jednakże zawsze są czytelne i rzetelnie sporządzone.
Np.
- Protokół kontroli nr 432/29/1216/NS-HŻŻ/2020 z dnia 14.01.2020 r. (załącznik F/PK/BŻ/01/01 zatwierdzony przez kierownika sekcji NS-HŻŻ w dniu 15.01.2020 r.
- Protokół kontroli nr 9027.20.NS-EP.2023 z dnia 15.03.2023 r. (załącznik nr 2 do procedury technicznej nr PT/01 wyd. z dnia 14.03.2016 r.), zatwierdzony przez kierownika sekcji NS-EP w dniu 21.03.2023 r. w dniu 16.03.2023 r.
Pozostałe zapisy, w tym rejestry szkoleń, dokumentów, listy obecności, plany itd. również są nadzorowane, sporządzane, przechowywane w sposób zapewniających ich bezpieczeństwo. Wszelkie zapisy gromadzone w formie elektronicznej są zabezpieczone poprzez tworzenie kopii zapasowych na serwerze. Za zabezpieczenie systemów informatycznych odpowiada pracownik zatrudniony na stanowisku informatyka.
W ww. 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:

- Planu szkoleń wewnętrznych na okres I-VI 2020 r. Kierownika ds. Jakości, (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04) zaplanowano 3 szkolenia, 2 zrealizowano, między innymi w poz. 2 zaplanowano szkolenie, zrealizowane w dniu 09.06.2020 r. , opisane poniżej, szkolenia z poz. 3 nie zrealizowano z uwagi na to, że nie odbyło się szkolenie zaplanowane przez WSSE Katowicach,
- Listy obecności na szkoleniu nr 2/2020 z dnia 09.06.2020 r. (załącznik nr 5 z dnia 22.12.2014 do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04), szkolenie dotyczyło przypomnienia zasad przeprowadzania auditów wewnętrznych wynikających z PO-02 oraz działań korygujących i zapobiegawczych wynikających z procedur PO-03 i PO-08, w liście podpisało się 11 pracowników NS i OZ (kierowników i auditorów wewnętrznych);
- Planu szkoleń zewnętrznych na rok 2022 sekcji NS-EP (załącznik nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04), zaplanowano 2 szkolenia, w poz. 1 wpisano Konferencję szkoleniową w ramach obchodów XIII Ogólnopolskiego Dnia Szczepień pt. „Skuteczna ochrona przed zakażeniami w ramach pandemii", uczestnicy szkolenia - pracownicy sekcji NS-EP sporządzili notatki - oceny szkolenia zewnętrznego, a następnie szkolenie zostało wpisane do ich rejestrów szkoleń,
np.
- Notatka - ocena szkolenia zewnętrznego (załącznik nr 3 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04), opracowana przez uczestnika powyższego szkolenia z sekcji NS-EP, zaplanowano przekazanie informacji pracownikom sekcji NS-EP w terminie do 31.12.2022 r.,
- Rejestr szkoleń zewnętrznych asystenta z sekcji NS-EP powyższe szkolenie wpisano w poz. 1, (załącznik nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04).
Archiwizacja zapisów dokonywana jest zgodnie z „Jednolitym rzeczowym wykazem akt" (JRWA) PSSE w Sosnowcu.
Nadzór nad zapisami prowadzony zgodnie z wymaganiami procedury nr PO-01 „Nadzór nad dokumentami i zapisami".

Audity wewnętrzne
Kierownik ds. Jakości zarządza auditami wewnętrznymi i dokumentuje proces auditowania. W 2019 roku zaplanowano 9 auditów wewnętrznych, na rok 2023 również zaplanowano 9 auditów.
Co roku kierownik do spraw jakości dokonuje oceny auditorów wewnętrznych, na podstawie której sporządza rejestr auditorów na kolejny rok. Rejestr ten jest jednym z elementów omawianych na przeglądzie zarządzania i stanowi załącznik do protokołu z przeglądu.
Np.
- Rejestr auditorów na 2019 rok został sporządzony w dniu 28.03.2019 r. – zawierał 10 nazwisk.
- Rejestr auditorów na 2023 rok został sporządzony w dniu 05.04.2023 r. – zawierał 9 nazwisk (załącznik nr 3 z dnia 02.11.2022 r. do 6 wydania procedury nr PO-02).
Poprawność postępowania potwierdzono na podstawie przedstawionej dokumentacji auditowej. Do 2022 r. Programy auditów wewnętrznych sporządzane były na załączniku nr 1 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 PO-02, wersja strony A i zatwierdzane do 15 lutego danego roku.
Np.
- Program auditów wewnętrznych na rok 2019 u PPIS w Sosnowcu, audit zaplanowano na IX 2019 roku, program zatwierdzony 11.01.2019 r. przez PPIS w Sosnowcu,
- Program auditów na rok 2023 sporządzony na obowiązującym załączniku został zatwierdzony przez PPIS w Sosnowcu w dniu 13.02.2023 r.
Kolejnym etapem związanym z auditem wewnętrznym jest powołanie auditora wewnętrznego.
Np.
- Dokument powołania auditora na auditora wiodącego do przeprowadzenia auditu wewnętrznego w sekcji NS-HŻŻ (załącznik nr 2 z dnia 18.05.2017 r. do procedury PO-02, wersja strony B, data wersji strony 26.01.2018 r.), auditora powołano w dniu 17.04.2019 r.
- Dokument powołania auditora na auditora wiodącego do przeprowadzenia auditu wewnętrznego w sekcji NS-EP (załącznik nr 2 z dnia 18.05.2017 r. do procedury PO-02, wersja strony B, data wersji strony 26.01.2018 r.) auditora powołano w dniu 28.04.2022 r.,
Auditor wiodący sporządza plan auditu wewnętrznego co najmniej 7 dni przed datą planowanego auditu.

Np.
- Plan auditu wewnętrznego przeprowadzonego w Sekcji NS- HŻŻ sporządzono na załączniku nr 3 z dnia 12.05.2017 r. do wydania 8 procedury PO-02, wersja strony A, data wersji strony 18.05.2017 r. przygotowano w dniu 12.09.2019 r. i przekazano kierownikowi ww. sekcji. W planie jest informacja o obecności obserwatora.
- Plan auditu wewnętrznego przeprowadzonego u kierownika do spraw jakości 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. przygotowano w dniu 07.06.2022 r. i przekazano w tym samym dniu kierownikowi sekcji.
Po przeprowadzeniu auditu auditor wiodący 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 NS-HŻŻ w dniu 27.08.2020 r. (nr NS-HŻŻ/2/2019) 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 17.10.2019 r.; raport zawiera załączniki: ustalenia auditora wiodącego 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 w sekcji NS-EP przeprowadzonego w dniu 30.06.2022 r. (nr NS-EP/1/2022) 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 15.07.2022 r.; raport zawiera załączniki: ustalenia auditora wiodącego 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. ;
Kierownik auditowanej komórki i kierownik do spraw jakości dokonują oceny auditorów. Na podstawie ocen kierownik do spraw jakości aktualizuje listę auditorów.
Np.
- Karta oceny auditora nr 5/2019 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 NS-HŻŻ – decyzja z dnia 17.12.2019 r. – auditor pozostaje w rejestrze auditorów,
- Karta oceny auditora nr 12/2022 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 NS-EP – decyzja z dnia 22.07.2022 r. – auditor pozostaje w rejestrze auditorów.
Zgodnie z zasadami procedury nr PO-02 auditorzy wewnętrzni są corocznie szkoleni:
Np.
W 2019 roku przeprowadzono ww. szkolenia dla auditorów wewnętrznych w dniu 24.04.2019 r. – lista obecności nr 2/2019 – uczestniczyło 15 pracowników (auditorów wewnętrznych i kierowników technicznych).
W 2022 roku przeprowadzono ww. szkolenia dla auditorów wewnętrznych w dniu 06.05.2022 r. – lista obecności nr 1/2022 – uczestniczyło 11 auditorów pracowników (auditorów wewnętrznych i kierowników technicznych).
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 wnioskowali o udzielenie zgody na odstępstwo.
Zgodnie z procedurą nr PO-03 w PSSE w Sosnowcu identyfikuje się i analizuje problemy mogące mieć wpływ na prawidłowość prowadzonych czynności. W przypadku stwierdzenia wystąpienia niezgodności podejmowane są korekcje/działania korygujące przez poszczególne komórki organizacyjne.

Poprawność postępowania potwierdzono na podstawie przedstawionych zapisów, 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 w 2018 r. wpis dotyczący stwierdzonej niezgodności,
- Karta niezgodności nr SJ/1/2018 do Dziennika Niezgodności Kierownika ds. Jakości sporządzona 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., niezgodność dotycząca brakującego w Programie przeglądu zarządzania punktu „oceny podjętych działań zapobiegawczych i korygujących", działania korygujące zakończone, oceny skuteczności dokonał PPIS w Sosnowcu w dniu 16.04.2019 r.
- Dziennik niezgodności NS-HDM 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 2018 r. wpis dotyczący stwierdzonej niezgodności,
- Karta niezgodności nr NS-HDM/1/2018 do dziennika niezgodności sporządzona 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., niezgodność dotycząca nie zachowania spójności zapisów i braku zaktualizowania przepisów prawnych w załącznikach do protokołów, działania korygujące zakończone, oceny skuteczności dokonał bezpośredni przełożony w dniu 25.06.2018 r.
- Karta Działań Zapobiegawczych nr NS-HŻŻ/2/2018 dotycząca konieczności uszczegółowiania uzasadnień obciążania stron w decyzjach płatniczych, oceny skuteczności działania dokonał bezpośredni przełożony w dniu 27.08.2018 r.
Zgodnie z wymaganiami zaktualizowanej procedury nr PO-03, wyd. 5 z dnia 02.11.2022 r. w PSSE w Sosnowcu prowadzony jest Rejestr niezgodności (załącznik nr 3 z dnia 02.11.2022 r. do ww. Procedury), w poz. 1 kierownik NS zgłosił niezgodność nr NS/1/2023 dotyczącą niedopełnienia wymagań § 53 Instrukcji Kancelaryjnej i pkt. 4 E.11 procedury PT-02 z dnia 14.03.2016 r.
- Karta niezgodności nr NS-HP/1/2023 do Dziennika Niezgodności dotycząca braku spójności przy tworzeniu zapisów z inspekcji (protokół z kontroli nr 432/44/1216//NS-HP/2023).
Podejmowanie działań zapobiegawczych i doskonalących jest ważnym elementem doskonalenia systemu zarządzania i należy dążyć do ich inicjowania. Istnieje konieczność nieustannego szkolenia auditorów wewnętrznych i kierownictwa technicznego w kwestii klasyfikowania i sposobu zapisywania niezgodności, spostrzeżeń i działań zapobiegawczych/doskonalących.
Tryb postępowania jest zgodny z wymaganiami procedur nr: PO-02 „Audit wewnętrzny" i PO-03 „Działania korygujące".

Przeglądy zarządzania
Przeglądy zarządzania przeprowadzane są co roku do końca pierwszego kwartału. Termin przeglądu jest ustalany przez PPIS/dyrektora PSSE w Sosnowcu. Po ustaleniu terminu Kierownik ds. Jakości przygotowuje program przeglądu zarządzania, który po zatwierdzeniu przez PPIS jest przekazywany do wszystkich uczestników przeglądu.
Programy przeglądu zarządzania określają tematykę, która będzie omawiana podczas przeglądu, m.in.: ocenę realizacji celów strategicznych i ustaleń z poprzedniego przeglądu, określenie planu działania oraz zasad szkolenia pracowników nowo przyjmowanych, wyniki monitorowania pracowników przeprowadzających kontrole, wyniki auditów wewnętrznych, rejestr auditorów, sprawozdania personelu kierowniczego, potrzeby szkoleniowe, itd.. Uczestnikami przeglądów zarządzania organizowanych przez PPIS w Sosnowcu poza Kierownikiem ds. Jakości są kierownicy/kierownicy techniczni poszczególnych komórek organizacyjnych NSiOZ, kierownik EA/A, kierownik EA/E i informatyk. Podczas przeglądów zarządzania PPIS określa m.in. cele strategiczne, operacyjne, plany działalności, zasady szkolenia pracowników nowo przyjmowanych i podejmuje decyzję o sformułowaniu ustaleń.
Np.
- Program przeglądu zarządzania sporządzony 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 19.03.2021 r., Kierownik ds. Jakości sporządził program w dniu 12.03.2021 r., PPIS zatwierdził go w dniu tym samym dniu, program otrzymali wszyscy uczestnicy
- Program przeglądu zarządzania sporządzony na załączniku nr 1 z dnia 02.11.2022 do wydania 6 procedury PO-06, wersja strony A, data wersji strony 02.11.2022 – dotyczy przeglądu zaplanowanego na dzień

18.04.2023 r., Kierownik ds. Jakości sporządził program w dniu 06.04.2023 r., PPIS zatwierdził go w dniu tym samym dniu
Kierownik ds. Jakości sporządza protokół z przeglądu zarządzania i ustalenia.
Np.
- 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 25.03.2021 r. Protokół sporządzono (Kierownik ds. Jakości) i zatwierdzono (PPIS) w dniu 07.04.2021 r., wszyscy uczestnicy otrzymali protokół wraz z ustaleniami, które ich dotyczą,
- Protokół z przeglądu zarządzania sporządzono na załączniku nr 2 z dnia 02.11.2022 do wydania 6 procedury PO-06, wersja strony A, data wersji strony 02.11.2022 – dotyczy przeglądu przeprowadzonego w dniu 18.04.2023 r. Protokół sporządzono (Kierownik ds. Jakości) i zatwierdzono (PPIS) w dniu 20.04.2023 r., wszyscy uczestnicy otrzymali protokół wraz z ustaleniami, które ich dotyczą.
Załącznikami do protokołów z przeglądu zarządzania są: wyniki monitorowania pracowników przeprowadzających inspekcje, rejestry auditorów, ocena realizacji ustaleń z poprzedniego przeglądu zarządzania, oceny auditów wewnętrznych, ocena auditorów wewnętrznych, ustalenia.
Np.
-Ustalenie nr 1 do Protokołu z przeglądu zarządzania przeprowadzonego w dniu 25.03.2021 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 zakupu zamykanej szafy na dokumentację dla sekcji NS-EP, ustalono harmonogram prac oraz w dniu 30.11.2021 r. dokonano oceny realizacji ustalenia (ustalenie zrealizowane).
- Ustalenie nr 1 do Protokołu z przeglądu zarządzania przeprowadzonego dnia 18.04.2023 r. sporządzono na załączniku nr 4 z dnia 22.11.2022 do wydania 6 procedury PO-06, wersja strony A, data wersji strony 02.11.2022 – ustalenie dotyczy doposażenia komórek NS w przenośne drukarki atramentowe, w dniu 19.04. 2023 r. ustalono harmonogram prac.
Tryb postępowania w zakresie planowania, przeprowadzania i dokumentowania przeglądów zarządzania jest zgodny z wymaganiami 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 rozdziale 2 obowiązującej Księgi Jakości zapisano deklarację PPIS w Sosnowcu, zgodnie z którą zadania realizowane są przez wykwalifikowany personel w sposób rzetelny, bezstronny i niezależny, przy zachowaniu zasad poufności, wiarygodności i etycznego postępowania. W PSSE w Sosnowcu obowiązuje Kodeks Etyki Pracownika Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz identyfikowane są ryzyka, między innymi dotyczące zachowania bezstronności.
PPIS w Sosnowcu co roku zabezpiecza środki finansowe na realizację szkoleń personelu. Poszczególne komórki organizacyjne co roku sporządzają plany szkoleń wewnętrznych z podziałem na półrocza, do roku 2022 również plany szkoleń zewnętrznych. Potrzeby szkoleniowe identyfikowane są m.in. na podstawie przeglądu zapisów z kontroli, wyników monitorowania personelu, materializowania się niezgodności, analizowania odwołań, skarg na personel oraz na podstawie analizy planowanej działalności na dany rok.
Okres epidemii spowodował, że wdrożono możliwość korzystania ze szkoleń on-line, co powoduje możliwość korzystania z oferty szkoleniowej dla większej ilości osób. Realizacja odbywa się zgodnie z wymaganiami procedury nr PO-04.
Np.
- Plan szkoleń zewnętrznych na rok 2022 został sporządzony przez Kierownika NS-EP w dniu 02.03.2022 r. i zatwierdzony przez PPIS w Sosnowcu w tym samym dniu (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.), zaplanowano 2 szkolenia, zrealizowane odpowiednio w dniach: 22.01.2022 r., 22.03.2022 r.
- Plan szkoleń wewnętrznych na okres I-VI 2020 r. rok został sporządzony przez Kierownika ds. Jakości w dniu 29.01.2020 r. przekazany do wiadomości kierownikom NS i OZ (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.), zaplanowano 3

szkolenia, 2 zrealizowano, jedno nie zostało zrealizowane ze względu na to, iż szkolenie zewnętrzne zaplanowane w WSSE w Katowicach się nie odbyło.
Pracownicy NS oraz OZ jak również Kierownik ds. Jakości PSSE w Sosnowcu 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 asystenta sekcji NS-EP 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.), str. 1, poz. 5 dot. szkolenia „Występowanie i diagnostyki zakażeń …".
Po szkoleniu sporządzono:
- Notatkę - ocenę szkolenia zewnętrznego asystenta w sekcji NS-EP (załącznik nr 3 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 r. zaplanowano przekazanie informacji pracownikom sekcji.
Ww. rejestry prowadzone są w formie elektronicznej lub papierowej.
Nowozatrudniony pracownik przechodzi szkolenie wstępne zgodnie z kartą szkolenia wstępnego.
Ostatnim elementem szkolenia pracownika 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 młodszego asystenta w sekcji NS-HŻŻ zatrudnionego w dniu 01.10.2021 r. sporządzona została na załączniku nr 7 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, w dniu 01.10.2021 r. kierownik sekcji NS-HŻŻ opracował program szkolenia i po przebyciu wszystkich zaplanowanych szkoleń w dniu 07.10.2022 r. potwierdził, że pracownik może samodzielnie wykonywać zadania,
- Zakres obowiązków służbowych i odpowiedzialności pracownika z dnia 07.10.2022 r.,
- Sprawozdania z obserwacji pracy ww. pracownika przeprowadzającego różnego rodzaju kontrole (w związku z poborem próbek, w związku z interwencją, w związku z wnioskiem o zatwierdzenie, ocena stanu sanitarnego) sporządzone zostały na załącznikach nr 3 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 procedury PO-07,
- Karty oceny pracownika przeprowadzającego kontrolę sporządzono na załącznikach nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 procedury PO-07, (uzyskano wyniki akceptowane od 15 do 16 pkt.),
Pracownik brał udział w szkoleniach zewnętrznych (w 2021 r.- 1, w 2022 r. - 5, w 2023 r. -2) i wewnętrznych:
Np.
- Rejestr szkoleń zewnętrznych ww. pracownika (załącznik nr 4 z dnia 02.11.2022 r. do 5 wydania procedury nr PO-04) w 2023 r. w poz. 1 szkolenie pt. Ocena prawidłowości znakowania mięsa i przetworów mięsnych podczas kontroli sanitarnych"
- Rejestr szkoleń wewnętrznych ww. pracownika sporządzony na załączniku nr 6 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, pracownik w 2022 r. wziął udział w 14 szkoleniach wewnętrznych.

W PSSE w Sosnowcu zgodnie z zapisami procedury ogólnej nr PO-07 przeprowadza się monitorowanie pracy wszystkich pracowników. Raz na cztery lata sporządzane były czteroletnie programy obserwacji – ostatni obejmuje lata 2021-2024. W programie tym wskazano ilość pracowników z 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 których pracownik poddany będzie obserwacji. Programy sporządza się tak, aby każdy pracownik monitorowany był minimum raz na cztery lata z każdej dziedziny „kontrolnej". Kierownik NS co roku sporządza listę osób, które będą przeprowadzać obserwację pracy pracowników.
Np.
- Czteroletni program obserwacji kontroli na lata 2021-2024 został sporządzony i zatwierdzony w dniu 22.01.2021 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.

- Roczny program obserwacji kontroli na rok 2020 został sporządzony i zatwierdzony w dniu 04.02.2020 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., zaplanowano monitorowanie 11 osób,
- Roczny program obserwacji kontroli na rok 2023 został sporządzony i zatwierdzony w dniu 30.01.2023 r. na załączniku nr 2 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 6 procedury PO-07 zaplanowano obserwację 10 osób,
- Lista obserwatorów kontroli z dnia 14.01.2020 r. zawiera nazwiska 5 osób,
- Lista obserwatorów kontroli z dnia 18.01.2023 r. zawiera nazwiska 4 osób. Zastosowano obowiązujący załącznik nr 1 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 6 Procedury nr PO-07, wersja strony B, data wersji strony 27.12.2022 r.

Z przeprowadzonego monitorowania sporządzane są sprawozdania oraz karty oceny pracownika. Przykład zacytowano powyżej.

Tryb postępowania w powyższym zakresie jest zgodny z wymaganiami zawartymi w procedurach nr: PO-04 „Szkolenie personelu" i nr PO-07 „Monitorowanie przeprowadzania kontroli".

XIII. Dodatkowe informacje – nie dotyczy

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów: nie dotyczy

Kierownik ds. Jakości i

[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