# P r o t o k ó ł nr OK.1611.2.3.2023

## z k o n t r o l i

przeprowadzonej w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej kierowanej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Dąbrowie Górniczej mgr Marzannę Kuc.

Kontrolę przeprowadzili przedstawiciele Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego:

1. Tomasz Bojkowski – kierownik Oddziału Epidemiologii działający na podstawie upoważnienia nr 226, który dokonał wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej pod nr 9.
2. Ewa Turek – starszy asystent w Oddziale Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku działająca na podstawie upoważnienia nr 221, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej pod nr 8.
3. Joanna Hachuła – starszy asystent w Oddziale Higieny Komunalnej i Środowiska działająca na podstawie upoważnienia nr 224, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej pod nr 11.
4. Bogdan Czapla – kierownik Oddziału Bezpieczeństwa Wody działający na podstawie upoważnienia nr 217, który dokonał wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej pod nr 7.
5. Izabela Piątek – kierownik Oddziału Higieny Pracy i Nadzoru nad Środkami Zastępczymi działająca na podstawie upoważnienia nr 225, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej pod nr 10.
6. Xymena Siemińska – starszy asystent w Oddziale Higieny Dzieci i Młodzieży działająca na podstawie upoważnienia nr 227, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej pod nr 13.
7. Anna Gogola – kierownik Oddziału Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego działająca na podstawie upoważnienia nr 219, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej pod nr 6.
8. Beata Kempa – kierownik Oddziału Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej działająca na podstawie upoważnienia nr 220, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej pod nr 4.
9. Anna Gwiazdowska – Główny Specjalista do spraw Systemu Jakości działająca na podstawie upoważnienia nr 218, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej pod nr 5.

10. Iwona Szymala - kierownik Działu Laboratoryjnego działająca na podstawie upoważnienia nr 223, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej pod nr 12.

Data rozpoczęcia i zakończenia kontroli: 20 – 22.06.2023 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) Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży,
   f) Sekcja Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego,
   g) Samodzielne Stanowisko Pracy ds. Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia;
2) Kierownik do spraw jakości w Oddziale Nadzoru Sanitarnego i Samodzielnego Stanowiska Pracy ds. Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia.
3) Oddział Laboratoryjny:
   a) Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych,
   b) Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń.

Okres objęty kontrolą: 01.06.2018 r. – 01.05.2023 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, organizacjami pozarządowymi itp.;

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

a) wymagań dotyczących systemu zarządzania:

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

b) wymagań dotyczących zasobów:

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

10) **w zakresie działalności laboratoryjnej**:

a) badań fizykochemicznych, mikrobiologicznych i sensorycznych żywności i wody,
b) badań czynników szkodliwych i uciążliwych dla zdrowia w środowisku pracy,
c) badań chorób zakaźnych i zakażeń.

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

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

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

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

Dąbrowa Górnicza, dnia 29.06.2023 r.

Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny w Dąbrowie Górniczej
Marzanna Kuc

.....

pieczątka i podpis
Państwowego Powiatowego
Inspektora Sanitarnego w Dąbrowie Górniczej

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

.....

pieczątka i podpis
Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego
Inspektora Sanitarnego

Protokół otrzymali:
1. Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Dąbrowie Górniczej
2. a/a

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

Załącznik nr *1
do protokołu nr OM.1611.23.2023*
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 Dąbrowie Górniczej ul. Dąbrowskiego 9A** , 41-300 Dąbrowa Górnicza
II. **Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli:** Sekcja Epidemiologii

III. **Data kontroli** 21-22.06.2023 r.

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** 27.04.2018 – 19.06.2023 r.

**Ostatnia kontrola kompleksowa odbyła się w dniach 04-06.06.2018 Nie wydano/ ~~wydano~~ zaleceń pokontrolnych**
Kontrola problemowa w zakresie nadzoru nad chorobami zakaźnymi w dniu 31.10.2019 r.
Kontrola problemowa w zakresie dystrybucji, gospodarowania i przechowywania preparatów szczepionkowych w dniu 28.07.2021 r.
Kontrola problemowa w zakresie nadzoru nad ogniskami zakażeń szpitalnych w podmiotach leczniczych w dniu 24.04.2023 r.

**Informacje szczegółowe dotyczące nadzorowanego przez PPIS terenu.**
PPIS w Dąbrowie Górniczej obejmuje swoim nadzorem ludność w liczbie 262 326 tys. w tym dzieci i młodzież objęta PSO - dzieci (8 r. ż)–15301 , młodzież –26481.r. ż.

PPIS w Dąbrowie Górniczej sekcja epidemiologii nadzoruje obiekty: szpitali – 5, ( w tym brak jednodniowych), 2 - Stacja Dializ, 2- ZOL, 1- ZPL, przychodnie - 157, laboratoria – 7, gabinetów lekarskich indywidualnych - 21, indywidualne specjalistyczne gabinety lekarskie – 157, praktyk pielęgniarek i położnych – 1, innych praktyk –93, punkty szczepień - 68.
**Zatrudnienie,**
W Sekcji Epidemiologii zatrudnione są 10 osób, stanowiska i wykształcenia zgodnie z załączoną poniżej tabelą:

| L.p. | Imię i nazwisko<br>Stanowisko służbowe | Poziom i profil wykształcenia |
|---|---|---|
| 1. | [redacted] – kierownik | mgr biotechnologii + podyplomowe „Zdrowie Publiczne – Nadzór sanitarno-epidemiologiczny” |
| 2. | [redacted] – starszy asystent | mgr zdrowie publiczne + podyplomowe „Zarządzanie placówkami ochrony zdrowia” |
| 3. | [redacted] – starszy asystent | mgr zdrowie publiczne + podyplomowe „Zarządzanie w ochronie zdrowia” |
| 4. | [redacted] starszy asystent | mgr biotechnologia + podyplomowe „Nadzór sanitarno-epidemiologiczny w zdrowiu |

[redacted]

| | | |
|---|---|---|
| | | publicznym" (obecnie na urlopie macierzyńskim) |
| 5. | [redacted] – młodszy asystent | Licencjat zdrowia publicznego + podyplomowe „Zdrowie publiczne – nadzór sanitarno-epidemiologiczny" |
| 6. | [redacted] – młodszy asystent | mgr biologii ( obecnie na urlopie wypoczynkowym po macierzyńskim) |
| 7. | [redacted] – młodszy asystent | Licencjat z biotechnologii |
| 8. | [redacted] - młodszy asystent | Licencjat pielęgniarstwa |
| 9. | [redacted] – st. Instruktor higieny | Średnie – instruktor higieny |
| 10. | [redacted] – starsza pielęgniarka | Średnie – pielęgniarka |

## I. Kontrola dokumentów

1. Rodzaj prowadzonych: rejestrów/ewidencji/ bazy danych ** na podstawie obowiązujących przepisów lub przyjętych wewnętrznie do stosowania
- bazy danych – cronsor, epibaza, e-szczepionka, SEPIS, ROE, SRWE, SMIOD

W sekcji epidemiologii prowadzone są następujące rejestry:
w formie elektronicznej :
1. Rejestr Interwencji (od 2013-2023)
2. Rejestr NOP ( od 2022, 2023)
3. Rejestr Decyzji (od 2023)
4. Decyzje płatnicze (od 2023)
4. Rejestr mandatów (od 2023)
5. Rejestr postanowień (od 2023)
6. Rejestr wykazu wyposażenia (od 2023)
7. Rejestr szkoleń pracowników (od 2023)
8. Rejestr protokołów kontroli (od 2023) + cronsor
9. Rejestr aktów prawnych
10. Rejestr chorób zakaźnych
11. Rejestr wywiadów epidemiologicznych
12. Rejestr czynników chorobotwórczych
13. Rejestr HCV HBV
14. Rejestr Borelioza
15. Rejestr Gruźlic
16. Rejestr Lamblioza
17. Rejestr WZW A
18. Rejestr chorób przenoszonych drogą płciową
19. Rejestr ozdrowieńców i nosicieli Salmonella

[redacted]

20. Wykaz punktów szczepień
21. Wykaz dokumentów nadzorowanych (2023)
22. Rejestr praktyk zawodowych

-

W formie papierowej
1. Rejestr NOP
2. Rejestr Decyzji
3. Rejestr Decyzji płatniczych
4. Rejestr Mandatów
5. Rejestr Postanowień
6. Rejestr szkoleń pracowników
7. Rejestr wyposażenia
8. Rejestr protokołów kontroli + cronsor
9. Rejestr skarg i wniosków
10. Rejestr zawiadomień

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 20.06.2023r.
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 | + cronsor | |
| 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 | + | |

## V. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 16.06.2023 r.)

| Ilość obiektów w ewidencji | | Ilość kontroli | | |
|---|---|---|---|---|
| | | planowanych | wykonanych wg planu | ponadpalnowych |
| 2023 r. -do czasu kontroli | 249 obiektów, 199 podopiektów – na dzień 16.06.2023 | 358 | 139 – na dzień 16.06.2023 | 21 |
| 2022 r. | 261 obiektów, 209 podobiektów | 175 | 169 | 84 |
| 2021r. | 265 obiektów, 213 podobiektów | 172 | 105 | 11 |
| 2020 r. | 266 obiektów, 213 podobiektów | 369 | 39 | 4 |

Przyczyny niewykonania kontroli zaplanowanych w roku 2020:
- wystąpienie epidemii SARS-CoV-2 w kraju

Przyczyny niewykonania kontroli zaplanowanych w roku 2021:
- stan epidemii SARS-CoV-2 w kraju
- likwidacje obiektów

Przyczyny niewykonania kontroli zaplanowanych w roku 2022:
- likwidacje obiektów

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

| L.p. | Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny | Liczba/kwota | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 2020 rok | 2021 rok | 2022 rok | 2023 rok do dnia kontroli | Uwagi: |
| 1 | Postanowienia | 3 | 7 | 10 | 2 | dot. osób uchylających się |
| 2 | Decyzje | 0 | 3 | 5 | 8 | |
| 3 | Decyzje - rachunki | 1 na łączną kwotę 72,00 zł | 2 na łączną kwotę 188,00 zł | 7 na łączną kwotę 1435,50 zł | 5 na łączną kwotę 978,50 zł | |
| 4 | ~~Opinie sanitarne~~/pisma** | Wysłane – 557 | Wysłane – 765 | Wysłane – 507 | Wysłane – 163 (do 14.06) | |
| 5 | Kontrole w trakcie realizacji | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 6 | Uczestnictwo w odbiorach | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 7 | Upomnienia | 13 | 8 | 8 | 0 | |
| 8 | Tytuły wykonawcze | 2 | 14 | 14 | 0 | |
| 9 | Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 10 | Wnioski do Sądu Grodzkiego | 0 | 0 | 0 | 0 | |

## VII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji (również elektronicznie) spraw/obiektów 6/6
   (podać liczbę)
2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/
   2.1 Zgłoszenia SEPIS – 734 (2020); 2512 (2021); 752 (2022); 5 (2023 do 16 czerwca);
   2.2 Plusy SEPIS – 1124 (2020); 23442 (2021); 17898 (2022); 917 (2023 do 16 czerwiec);
   2.3 NOP SEPIS – 89 (2021); 26 (2022); 12 (2023 do 16 czerwca);
   2.4 Ogniska SEPIS – 153 (2021); 52 (2022);
   2.5 [redacted]
   2.6 [redacted]

3. Ocena wydanych dokumentów

2.1 W oddziale epidemiologii dostęp do systemu SEPIS ma 10 osób .
Ilość załatwionych zgłoszeń – 4006
Ostatnie zgłoszenie 22.05.2023
postępowanie przeprowadzone prawidłowo/nieprawidłowo w odpowiedni czas realizacji

2.2
Ilość załatwianych „plusów„ 43 381 (łącznie)
Ostatnie zgłoszenie wyniku dodatniego wpłynęło 14.06.2023
postępowanie przeprowadzone prawidłowo odpowiedni czas realizacji

2.3
Ilość zgłoszonych NOP-ów – 127 (łącznie)
Ostatnie zgłoszenie NOP – 24.05.2023

2.4
Ilość zgłoszonych Ognisk od 01.03.2021r. – 205 ognisk
Ostatnie ognisko - 22.12.2022

2.5
[redacted]Kontrola Planowana przeprowadzona w dniu 01.12.2022 r. Stwierdzone nieprawidłowości. Zawiadomienie o wydaniu decyzji Płatniczej wraz z pokwitowaniem odbioru. 14.12.2022. r. Wydanie Decyzji nakazującej usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości w dniu 04.01.2023 r. z określeniem terminu wykonania. Decyzja Płatnicza z dnia 06.02.2023 r. Kontrola sprawdzająca

2.6
[redacted]
Zawiadomienie i zamiarze wszczęcia kontroli z dnia 14.06.2021 r. odebrane 18.06.2021 r. Przeprowadzenie kontroli 16.07.2021 r. ze stwierdzeniem nieprawidłowości. Zawiadomienie do strony o stwierdzonych nieprawidłowościach w dniu 26.07.2021 r. odebrane 29.07.2022 r. Przeprowadzenie kontroli sprawdzającej w dniu 20.08.2021 r. wraz z wcześniejszym zawiadomieniem o zamiarze wszczęcia kontroli. Stwierdzono usunięcie nieprawidłowości. Decyzja umarzająca postępowanie z dnia 23.08.2021 oraz Decyzja Płatnicza z dnia 20.08.2021 r.

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

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

[redacted]

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 zgodne

2.6 zgodne

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

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

1. Powiatowy Lekarz Weterynarii – obserwacja zwierząt w przypadku pokąsań, wymiana informacji o przypadkach pokąsań ludzi przez zwierzęta oraz kwartalne przekazanie informacji o odzwierzęcych chorobach zakaźnych.
2. Regionalne Centrum Krwiodawstwa – wymiana danych osób zakażonych HBV, HCV.
3. Podmioty lecznicze – w zakresie: zgłaszalności chorób zakaźnych, podejrzeń zatruć środkami psychoaktywnymi, nadzoru nad osobami z kontaktu, realizacji programu eliminacji różyczki i odry, nadzoru nad grypą Sentinel, akcji szczepień zalecanych realizowanych preparatami zwolnionymi z CBR, w związku ze zgłoszeniami ognisk zakażeń szpitalnych.
4. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie – wymiana danych osób chorych na gruźlicę.

**Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE:**

- OL – nadzór nad osobami z kontaktu, chorymi i nosicielami Salmonelli, dochodzenia epidemiologiczne w ogniskach zatruć pokarmowych;
- HŻŻi PU – dochodzenia epidemiologiczne w ogniskach zatruć pokarmowych, interwencje;
- HK – bieżący nadzór nad podmiotami leczniczymi, interwencje;
- HP – środki psychoaktywne współpraca w sprawie „dopalaczy";
- PZ – działalność edukacyjna z zakresu profilaktyki chorób zakaźnych oraz szczepień;
- HDiM – kontrole w przypadku ognisk chorób przenoszonych drogą pokarmową występujących w placówkach oświatowych, interwencje;
- ZNS – uzgadnianie projektów pomieszczeń obiektów w których będą udzielane świadczenia zdrowotne w ramach praktyki zawodowej.

## IX. Inne zagadnienia

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

Nie dotyczy

## X. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Zgodnie z zapisami w protokole

## XI. Dodatkowe informacje

**Sposób i terminowość rozpatrywania interwencji przez Sekcję Epidemiologii**

***Ilość interwencji w latach 2020-2023 ( do czasu kontroli)***

- *Ilość interwencji w roku 2020, 13 w tym zasadnych 7*
- *Ilość interwencji w roku 2021, 21 w tym zasadnych 17*
- *Ilość interwencji w roku 2022 , 30 w tym zasadnych 15;*
- *Ilość interwencji w roku 2023 21 do dnia kontroli ,w tym zasadnych 13*

***postępowanie w przypadku 2 interwencji:***

Zgłoszenie interwencji drogą elektroniczną 26.04.2023 r. w sprawie warunków sanitarno-higienicznych u lokatorki [redacted] Kontrola sprawdzająca w dniu 08.05.2023 r. Wszczęcie postępowania w dniu 10.05.2023 r. Wydanie decyzji 10.05.2023 r. Odpowiedź do strony w sprawie interwencji w dniu 12.05.2023 r. Kontrola sprawdzająca w dniu 19.05.2023 r. Wydanie decyzji administracyjnej oraz płatniczej 31.05.2023 r. Postępowanie prawidłowe.

Zgłoszenie interwencji przez przekazanie od ŚPWIS w dniu 19.10.2022 r. Przeprowadzenie kontroli w dniu 20.10.2022 r. Zawiadomienie o wszczęciu 21.10.2023 r. Wydanie decyzji w dniu 21.10.2022 r. z rygorem natychmiastowej wykonalności. Kontrola sprawdzająca wykonanie decyzji w dniu 27.10.2022 r. Zawiadomienie o wszczęciu postępowania w sprawie decyzji płatniczej 02.11.2022r. Odpowiedź stronie 02.11.2023 r. Przesłanie informacji zwrotnej do SPWIS w dniu 02.11.2022 r. Decyzja płatnicza 17.11.2022 r.



[redacted]

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

zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli;

- Obiekt kontrolowany:

1. [redacted]

Zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli z dnia 25.05. 2023 r. odebrane w dniu 30.05.2023 r.

Kontrola przeprowadzona w dniu 13.06.2023 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:

**2021 r.**

* Pismo informacyjne dotyczące realizacji szczepień w przypadku polio w związku z konfliktem zbrojnym na Ukrainie wysłane do wszystkich podmiotów leczniczych realizujących szczepienia.
* Pismo informacyjne w sprawie zgłaszalności podejrzenia lub rozpoznania zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej przesłanie do Dyrektorów Szpitali.

**2022 r.**

* Pismo informacyjne dot. *Salmonella typhimurium* w związku z wystąpieniem ogniska międzynarodowego kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych oraz laboratoriów diagnostycznych.
* Pismo informacyjne dotyczące wykonywania badań molekularnych w ogniskach zakażeń szpitalnych w kierunku SARS-CoV-2 kierowane do Szpitali.
* Pismo informacyjne dotyczące zgłaszalności grypy kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.
* Pismo informacyjne dotyczące zgłaszalności chorób zakaźnych kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.
* Pismo informacyjne dotyczące nieodpłatnych szczepień przeciwko grypie na sezon 2021/2022 u osób dorosłych obywateli Ukrainy kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych realizujących szczepienia.
* Pismo informacyjne dotyczące szczepień przeciwko grypie na sezon 2022/2023 oraz pneumokoków w ramach PSO na rok 2022, kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.
* Pismo informacyjne dotyczące składania zamówień na szczepionkę przeciwko małpiej ospie dla osób w grupach narażenia kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.



[redacted]

* Pismo informacyjne dot. wzmożonego nadzoru nad chorobami zakaźnymi z uwagi na konflikt zbrojny na Ukrainie kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.
* Pismo informacyjne dotyczące zgłaszalności NOP kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych realizujących szczepienia.
* Pismo informacyjne dotyczące uruchomienia punktu szczepień p/COVID-19 dla obywateli Ukrainy kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.
* Pismo informacyjne dotyczące *Salmonella Mbandaka* w związku z wystąpieniem międzynarodowego ogniska kierowane do laboratoriów diagnostycznych
* Pismo dotyczące bezpłatnych badań molekularnych w kierunku odry i różyczki kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.
* Pismo dotyczące wzmożonego nadzoru nad ostrymi porażeniami wiotkimi oraz realizacją szczepień ochronnych kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.
* Pismo dotyczące wystąpienia małpiej ospy kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

**2023 r.**

* Pismo informacyjne dotyczące *Shigella son*nei u osób powracających z Wysp Zielonego Przylądka kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych oraz laboratoriów diagnostycznych.
* Pismo dotyczące zgłaszalności RSV kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.
* Pismo dotyczące zgłaszalności chorób zakaźnych w szczególności grypy zidentyfikowanej i niezidentyfikowanej kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.
* Pismo informacyjne dotyczące realizacji szczepień ochronnych przeciwko polio w związku z wykryciem w ściekach wirusa polio kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.
* Pismo przypominające dotyczące zgłaszalności OPW, zespołu Guillaina-Barrégo oraz polio kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.
* Pismo dotyczące zgłaszalności zatruć środkami zastępczymi kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.
* Pismo przypominające dotyczące zgłaszalności NOP kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.
* Pismo informacyjne dotyczące szczepień przeciwko HPV kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych realizujących szczepienia.

Liczba zachorowań :
2020 r. – 10 205 w tym hospitalizacji 611
2021r. – 25 330 w tym hospitalizacji 1338
2022r. – 20 832 w tym hospitalizacji 1269
2023r. – do dnia kontroli - 3380 w tym hospitalizacji 277 do 16.06.23 r.

Grypa
2020 – 7752
2021 – 4921
2022 - 8293

Działania związane z nadzorem nad szczepieniami i szczepionkami 2021 r.
Liczba punktów szczepień - 68
Liczba osób uchylających się od szczepień

2020 – 1015
2021 - 1110



[redacted]

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

2022- 1410

Oddział Nadzoru Sanitarnego
Sekcja Epidemiologii
[redacted]

.....

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

Dział Nadzoru Sanitarnego
Kierownik Oddziału Epidemiologii
mgr Tomasz Bojkowski

.....

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

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Załącznik nr 2..*
do protokołu nr OK.1611.2.3.2023*
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** Dąbrowie Górniczej ul. Dąbrowskiego 9a, 41-300 Dąbrowa Górnicza
(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** 20.06.2023 r.

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** 2019 r. – 2023 r. (do dnia 19.06.2023 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
Papierowo – 1.2;1. ;1. 4;1. 6; 1.7;1. 10; 1.11;1. 12;1. 13;
elektronicznie – 1.1;1.9;1.16, 1.18.
Elektronicznie w programie CRONSOR – 1.1, 1.5, 1.8, 1.9, 1.14, 1,15, 1.16, 1.17
Papierowo i elektronicznie – 1.5, 1.8, 1.17

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

Pracownicy korzystają z przepisów prawnych wymienionych w procedurze PO01 (RCL, Eurolex) Spis aktów prawnych jest prowadzony w sekcji w formie rejestru, dostępny jest na serwerze, dostęp ma każdy pracownik sekcji. W spisie wprowadzone jest przekierowanie do aktu prawnego. Przepisy aktualizowane są na bieżąco przez wyznaczoną osobę – asystent[redacted]
Informacje dotyczące wytycznych jednostek nadrzędnych przekazywane są pracownikom podczas szkoleń wewnętrznych oraz narad, co jest potwierdzane w formie podpisów pracowników.

## VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach

w 2019 roku:

| Ilość obiektów w ewidencji | Ilość kontroli | | |
|---|---|---|---|
| | planowanych | wykonanych wg planu | ponadplanowych |
| 3019 | 734 | 642 | 1586 |

w 2020 roku:

| Ilość obiektów w ewidencji | Ilość kontroli | | |
|---|---|---|---|
| | planowanych | wykonanych wg planu | ponadplanowych |
| 2923 | 872 | 560 | 1226 |

w 2021 roku:

| Ilość obiektów w ewidencji | Ilość kontroli | | |
|---|---|---|---|
| | planowanych | wykonanych wg planu | ponadplanowych |
| 2919 | 890 | 617 | 1202 |

w 2022 roku:

| Ilość obiektów w ewidencji | Ilość kontroli | | |
|---|---|---|---|
| | planowanych | wykonanych wg planu | ponadplanowych |
| 2903 | 681 | 575 | 947 |

w 2023 roku do 19.06.2023 r.

| Ilość obiektów w ewidencji | Ilość kontroli | | |
|---|---|---|---|
| | planowanych | wykonanych wg planu | ponadplanowych |
| 2911 | 939 | 384 | 432 |

Do 19.06.2023r. zaplanowanych było 489 kontroli

Zatrudnienie w sekcji ONS-HŻŻ
Na dzień 19.06.2023 r. zatrudnienie w sekcji obejmowało 12 pracowników, w tym kierownik: 5 starszych asystentów, 3 asystentów, 3 młodszych asystentów.

Proces oceny ryzyka dla wszystkich zakładów przed kolejnym okresem planowania opiera się na przeanalizowaniu wytycznych zawartych w instrukcji planowania kontroli, tj.: ocena potencjalnego ryzyka, rodzaj produkowanego lub wprowadzanego do obrotu asortymentu, ocena realizacji GMH/GHP HACCP, warunki i współdziałanie z innymi inspekcjami, analiza wyników badań laboratoryjnych, interwencje (zasadne), decyzje. Brany jest również pod uwagę arkusz oceny zakładu.

## 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 20.06 | uwagi |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Postanowienia | 4 | 2 | 4 | 6 | 2 | |
| 2. | Decyzje | 977 | 698 | 814 | 741 | 532 | |
| 3. | Decyzje dot. chorób zawodowych /3 | - | - | - | - | - | |
| 4. | Decyzje – rachunki | 1078 /77053,00 zł | 808 / 56616,00 zł | 731/51 581,80 zł | 466/ 42330,87 zł | 189/18549 zł | |
| 5. | Opinie sanitarne/pisma** | 2 | 0 | 0 | 1 | 2 | |
| 6. | Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2 | - | - | - | - | - | |
| 7. | Mandaty | 156/28200 zł | 100/16950 zł | 94/15450 zł | 112/23950 zł | 45/11650 zł | |
| 8. | Kontrole w trakcie realizacji /2 | - | - | - | - | - | - |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9. | Uczestnictwo w odbiorach | - | - | - | - | - | - |
| 10. | Upomnienia | 53 | 22 | 22 | 41 | 18 | |
| 11. | Tytuły wykonawcze | 21 | 2 | 14 | 13 | 9 | |
| 12. | Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia | 48 | 12 | 89 | 15 | 12 | |
| 13. | Wnioski do Sądu Grodzkiego | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

/1 - dotyczy kwot dla l.p. nr 4, 7
/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 - 8
2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/
   - [redacted]

Ocena wydanych dokumentów:

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

b) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa:
nie stwierdzono nieprawidłowości

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

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

e) kontrola doręczeń
nie stwierdzono nieprawidłowości;

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

g) poprawność rozpatrywanych odwołań / zażaleń

| | 2019 rok | 2020 rok | 2021 rok | 2022 rok | 2023 do 20.06 |
|---|---|---|---|---|---|
| Ogółem: | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 |
| Powód: | - | - | Odwołanie od decyzji płatniczej; odwołanie od decyzji nakazującej | Odwołanie od postanowienia o nałożeniu grzywny dot. niewykonania obowiązków wymienionym w tytule wykonawczym; odwołanie od decyzji nakazującej | Odwołanie dot. odmowy zatwierdzenia dodatkowej działalności w zakresie produkcji pochodzenia zwierzęcego, gdyż działalności jest pod nadzorem Inspekcji Weterynaryjnej |

nie stwierdzono nieprawidłowości.

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 informacji dotyczących powiadomień w systemie RASFF, a także kwestionowanych wyników badań laboratoryjnych artykułów spożywczych pochodzenia zwierzęcego, interwencji. Przeprowadzane są również wspólne kontrole – w razie potrzeby.

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 przeprowadzane są wspólne kontrole u producentów rolnych, o wynikach których przesyłane są informacje do właściwych jednostek.

W ramach współpracy z Inspekcją Farmaceutyczną nie przeprowadzono wspólnych kontroli, nie kwestionowano prób pobranych w aptekach, przekazuje się informacje o przeprowadzanych kontrolach w aptekach.

Współpraca z Policją polegała na przeprowadzaniu wspólnych akcji kontrolnych w związku z pandemią,

Z innymi Organami (Urząd Miasta, Urząd Gminy, Powiat) - wymiana informacji, przekazywania corocznej informacji dot. oceny sanitarnej miasta i powiatu, przygotowaniu obiektów do sezonu letniego, informacji epidemiologicznej.

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

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

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

Współpraca z Higieną Dzieci i Młodzieży prowadzona jest w zakresie nadzoru w placówkach wypoczynku zimowego i letniego dzieci i młodzieży, interwencji 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, w sytuacjach problemów z wodą pitną.
Z Oświatą Zdrowotną w ramach programu ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu i przestrzegania zakazu palenia – sprawozdania miesięczne o ilości kontroli w tym zakresie (współpraca ciągła); w ramach promocji zdrowia przeprowadzono 2 webinaria (2 w 2022 r. ).
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 Dąbrowie Górniczej wprowadzony Zarządzeniem nr 1/2016 Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Dąbrowie Górniczej z dnia 12.02.2023 r. w sprawie zasad postępowania przy rozpatrywaniu skarg i wniosków. 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 formie papierowej. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Dąbrowie Górniczej (dalej PPIS) przyjmuje Strony w sprawie skarg i wniosków od poniedziałku do piątku od godziny 10:00 do godziny 12:00. Petenci mają możliwość składania skarg, wniosków, interwencji petycji w godzinach pracy Stacji: osobiście, w formie pisemnej, telefonicznej oraz za pośrednictwem platformy ePUAP. Do rozpatrzenia interwencji przekazanych przez PPIS do Sekcji NS-HŻŻ został upoważniony kierownik Sekcji, który podejmuje decyzję, który z pracowników Sekcji rozpatrzy sprawę. W przypadku braku danych koniecznych do przeprowadzenia kontroli wzywa się Stronę do ich uzupełnienia. W okresie kontrolowanym do PPIS w Dąbrowie Górniczej nie wpłynęły skargi na pracowników Sekcji NS-HŻŻ.

Zestawienie ilości załatwianych wniosków i interwencji w kontrolowanym okresie:

| Rok | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 do 20.06 |
|---|---|---|---|---|---|
| Ogółem: | 207 | 125 | 117 | 115 | 45 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Uznane za zasadne (w tym): | 64 | 23 | 46 | 54 | 14 |
| na jakość środka spożywczego | 32 | 8 | 22 | 23 | 10 |
| Na zły stan sanitarny | 13 | 6 | 5 | 10 | 1 |
| Inne uchybienia | 19 | 9 | 19 | 21 | 3 |
| Pobrane próbki/ kwest. | 18/0 | 3/0 | 29/1 | 29/2 | 7/0 |
| Mandaty liczba/kwota/zł | 52/10350 | 19/3600 | 33/5950 | 42/8650 | 8/1800 |
| Decyzje administracyjne | 12 | 10 | 17 | 15 | 2 |
| Wnioski o ukaranie | 3 | 4 | 2 | 5 | 1 |

Wszystkie sprawy były załatwione przez wskazanych pracowników w ustawowym terminie i bez zbędnej zwłoki – zgodnie z Kpa. 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-HDiM, NS-HP, NS-EP oraz przekazywano informacje do właściwych PSSE i innych Organów: PLW, Policja, Straż Miejska, Urząd Skarbowy, IH, IP.

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

Oddział Nadzoru Sanitarnego
Sekcja Higieny Żywności,
Żywienia i Przedmiotów Użytku
[redacted]

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO
Sekcja Higieny Żywno´ci, Żywienia
[redacted]

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

Dział Nadzoru Sanitarnego
Oddział Higieny Żywności
Żywienia i Przedmiotów Użytku
Starszy Asystent
dr n. o zdr. Ewa Turek

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

Załącznik nr ..3.....*
do protokołu nr.OK.1611.2.3.2023
kontroli .....

**Ustalenia w zakresie higieny komunalnej.**

**I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Dąbrowie Górniczej,** zlokalizowana jest przy ul. Kościuszki 58

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

**III. Data kontroli: 21.06.2023**

**IV. Okres działalności podlegający kontroli 7.06.2018 - 20.06.2023**

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

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych.
W Sekcji Higieny Komunalnej i Środowiska znajdują się 1 komputer stacjonarny, które są podłączone do sieci oraz 5 laptopów jest więc możliwość skorzystania z ogólnodostępnych internetowych serwisów prawnych. W PSSE aktualnie jest 1 Radca Prawny (dostępny trzy razy w tygodniu).

**VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 20.06.2023 r.).**

| Ilość obiektów w ewidencji | Ilość kontroli | | |
|---|---|---|---|
| | planowanych | wykonanych wg planu | ponadplanowych |
| 1118 | 290 | 126 | 154 |

## 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 rok | 2021 rok | 2022 rok | 2023 do dnia kontroli | |
| 1. | Postanowienia | 22 | 41 | 21 | 12 | |
| 2. | Decyzje | 93 | 98 | 143 | 52 | |
| 3. | Decyzje dot. chorób zawodowych /3 | - | - | - | - | |
| 4. | Decyzje - rachunki | 12/1387 | 26/2341,6 | 64/7389 | 16/2017,75 | |
| 5. | Opinie sanitarne/pisma** | 40 | 32 | 58 | 21 | |
| 6. | Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2 | - | - | - | - | |
| 7. | Mandaty | 0/0 | 11/1500 | 12/1500 | 0/0 | |
| 8. | Kontrole w trakcie realizacji /2 | - | - | - | - | |
| 9. | Uczestnictwo w odbiorach | - | - | - | - | |
| 10. | Upomnienia | 0 | 0 | 3 | 0 | |
| 11. | Tytuły wykonawcze | - | - | - | - | |
| 12. | Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia | | | 1/50 | | |
| 13. | Wnioski do Sądu Grodzkiego | - | - | - | - | |
| 14. | Ilość wpływających interwencji: | 66- | 87 | 76 | 34 | |
| 14a | -rozpatrzonych przez PPIS | 51 | 70 | 57 | 28 ( 2 w trakcie rozpatrywania) | |
| 14b | -przekazanych do rozpatrzenia | 15 | 17 | 19 | 4 | |

/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 Interwencja mailowa Pana Ł.K. z dnia 25.04.2023 r. dotycząca niewłaściwego stanu sanitarnego [redacted]
2.6 Interwencja anonimowa wniesiona przez platformę SEPIS z dnia 29.09.2021r. dot. nieprzestrzegania zasad reżimu sanitarnego w [redacted]
2.7 Interwencja wniesiona osobiście z dnia 16.05.2023r. w siedzibie PSSE dotycząca złego stanu sanitarno-higienicznego [redacted]

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 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, Urzędy Miast i Gmin, Starostwo Powiatowe, 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 mgr Edyta Nowak. Kontrola prowadzenia Systemu Jakości poddane zostało kontroli przez Głównego Specjalistę ds. Systemu Jakości w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Katowicach.

**XIII. Dodatkowe informacje** brak

Dział Nadzoru Sanitarnego
Oddział Higieny Komunalnej i Środowiska
STARSZY ASYSTENT
mgr Joanna Hachuła

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO
Oddział Higieny Komunalnej i Środowiska
[redacted]

.....  .....

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

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

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Załącznik nr 4..*
do protokołu nr OK.1611.23.2023*
kontroli .....

**Ustalenia w zakresie bezpieczeństwa wody:**

**I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Dąbrowie Górniczej, z siedzibą w Będzinie, ul Kościuszki 58**
**Informacje szczegółowe dotyczące nadzorowanego przez PPIS w Dąbrowie Górniczej terenu: miasta Dąbrowa Górnicza oraz powiatu będzińskiego**

**Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli** Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska

**II. Data kontroli 20.06.2023 r.**

**III. Okres działalności podlegający kontroli:** 01.06.2018 - 31.05.2023 r.

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

| L.p. | Stanowisko służbowe | Poziom i profil wykształcenia | Szkolenie /narada (ilość) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Wewnętrzne | Zewnętrzne | | | |
| | | | | WSSE | GIS | inne | |
| | | | | | | Organizator | przedmiot |
| 1 | [redacted] starszy asystent | Wyższe magisterskie technologia chemiczna (studia podyplomowe) | 39 | 1 | 0 | 0 | |
| 2 | [redacted] mł. asystent | Wyższe inżynierskie technologia chemiczna (studia podyplomowe) | 47 | 0 | 9 | 3 (Narodowy Instytut Leków, Akademia Higieny, NIZP-PZH) | - odpady medyczne,<br>- dezynfekcja i sterylizacja sektor BEAUTY<br>- dekontaminacja wyrobów wielorazowego użytku poza obszarem medycznym |

**V. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 20.06.2023)**

| Ilość obiektów w ewidencji | Ilość kontroli | | |
|---|---|---|---|
| | planowanych | wykonanych wg planu | ponadplanowych |
| 63 | 20+235=**255** | 9+91 =**100** | 12+32=**44** |

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

| L.p. | Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny | Liczba/kwota /1 | | | | Uwagi: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 2020 rok | 2021 rok | 2022 rok | 2023 rok do dnia kontroli | |
| 1. | Postanowienia | 1 | - | 1 | | |
| 2. | Decyzje | 22 | 33 | 50 | 30 | |
| 3. | Decyzje dot. chorób zawodowych /3 | - | - | - | - | |
| 4. | Decyzje - rachunki | 22/3897,49 | 21/5041,15 | 42/9224,9 | 13/1907,5 | |
| 5. | Opinie sanitarne/pisma** | 3 | 2 | 2 | 2 | |
| 6. | Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2 | - | - | - | - | |
| 7. | Mandaty | | | | | |
| 8. | Kontrole w trakcie realizacji /2 | - | - | - | - | |
| 9. | Uczestnictwo w odbiorach | - | - | - | - | |
| 10. | Upomnienia | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 11. | Tytuły wykonawcze | - | - | - | - | |
| 12. | Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia | - | - | - | - | |
| 13. | Wnioski do Sądu Grodzkiego | - | - | - | - | |
| 14. | Ilość wpływających interwencji: | 6 | 0 | 5 | 8 | |
| 14a | -rozpatrzonych przez PPIS | 6 | 0 | 5 | 8 | |
| 14b | -przekazanych do rozpatrzenia | 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. Kontrola dokumentów

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

| L.p. | Rodzaj rejestrów/ewidencji/wykazu/ bazy danych ** | +jest, - nie ma | nieprawidłowości |
|---|---|---|---|
| 1. | Rejestr obiektów nadzorowanych | + | *nie dotyczy* |
| 2. | Zapisy ze szkoleń zewnętrznych | + | *nie dotyczy* |
| 3. | Zapisy ze szkoleń wewnętrznych | + | *nie dotyczy* |
| 4. | Rejestry szkoleń pracowników (indywidualne) | + | *nie dotyczy* |
| 5. | Rejestry wydanych decyzji | + | *nie dotyczy* |
| 6. | Rejestry postanowień | + | *nie dotyczy* |
| cia7. | Rejestry: interwencji/ ~~skarg, wniosków~~** | + | *nie dotyczy* |
| 8. | Rejestr nałożonych mandatów | + | *nie dotyczy* |

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

## VIII. Kontrola dokumentacji

Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów 83

1. Identyfikacja sprawy:

1. Decyzja administracyjna PPIS w Dąbrowie Górniczej nr NS/HK.4561.1/2021KB z dnia 05.01.2021r., Zbiorcza roczna ocena jakości wody na pływalni, [redacted]
2. Postępowanie administracyjne PPIS w Dąbrowie Górniczej, [redacted] baseny, (komplet-12 dokumentów)
3. Postępowanie administracyjne PPIS w Dąbrowie Górniczej, [redacted] (komplet-23 dokumenty)
4. Decyzja administracyjna PPIS w Dąbrowie Górniczej nr NS/HK.4546.2.5/2021.KB,z dnia 20.09.2021r., [redacted] ocena higieniczna (komplet-8 dokumentów)
5. Weryfikacja materiałów – oceny higieniczne, [redacted] (komplet-4 dokumenty)
6. Ocena obszarowa jakości wody dla [redacted] za rok 2021, nr NS/HK.4541.1.2/2022.KB, z dnia 29.03.2022r., [redacted]
7. Roczna okresowa ocena jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi z ujęć i sieci wodociągowej [redacted] za rok 2019, nr NS/HK.4541.1.1R/2020.KB z dnia 23.03.2020r.
8. Ocena jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, nr NS.HK.9027.6.4.2023, z dnia 18.04.2023r., [redacted]
9. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr 61/2023, z dnia 04.04.2023r., [redacted]
10. Interwencja dot. nieodpowiedniej jakości wody z dnia 15.10.2022r., [redacted] (komplet-7dokumentów)
11. Postępowanie administracyjne PPIS w Dąbrowie Górniczej, [redacted] (komplet-14 dokumentów)
12. Postępowanie administracyjne PPIS w Dąbrowie Górniczej, [redacted] (komplet-8 dokumentów)
13. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr 34/2021, z dnia 05.05.2021r., [redacted]
14. Protokół pobrania próbki wody powierzchniowej ujmowanej do celów wodociągowych nr 33/2021, z dnia 05.05.2021r., [redacted]

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



3.qr

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

j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **
brak uwag

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

Brak uwag

## X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Brak uwag

## XI. Inne zagadnienia

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

Nie dotyczy

## XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Brak uwag

## XIII. Dodatkowe informacje

Integralną część załącznika stanowią kopie elektroniczne dokumentów:

1. Decyzja administracyjna PPIS w Dąbrowie Górniczej nr NS/HK.4561.1/2021KB z dnia 05.01.2021r., Zbiorcza roczna ocena jakości wody na pływalni, [redacted]

2. Postępowanie administracyjne PPIS w Dąbrowie Górniczej, [redacted] baseny, (komplet-12 dokumentów)
3. Postępowanie administracyjne PPIS w Dąbrowie Górniczej, [redacted] (komplet-23 dokumenty)
4. Decyzja administracyjna PPIS w Dąbrowie Górniczej nr NS/HK.4546.2.5/2021.KB z dnia 20.09.2021r., [redacted] ocena higieniczna (komplet-8 dokumentów)
5. Weryfikacja materiałów – oceny higieniczne, [redacted] (komplet-4 dokumenty)
6. Ocena obszarowa jakości wody dla [redacted] za rok 2021, nr NS/HK.4541.1.2/2022.KB, z dnia 29.03.2022r., [redacted]
7. Roczna okresowa ocena jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi z ujęć i sieci wodociągowej [redacted] za rok 2019, nr NS/HK.4541.1.1R/2020.KB z dnia 23.03.2020r.
8. Ocena jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, nr NS.HK.9027.6.4.2023, z dnia 18.04.2023r., [redacted]
9. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr 61/2023, z dnia 04.04.2023r., [redacted]
10. Interwencja dot. nieodpowiedniej jakości wody z dnia 15.10.2022r., p. [redacted] (komplet-7dokumentów)
11. Postępowanie administracyjne PPIS w Dąbrowie Górniczej, [redacted] (komplet-14 dokumentów)
12. Postępowanie administracyjne PPIS w Dąbrowie Górniczej, [redacted] (komplet-8 dokumentów)
13. Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr 34/2021, z dnia 05.05.2021r., [redacted]
14. Protokół pobrania próbki wody powierzchniowej ujmowanej do celów wodociągowych nr 33/2021, z dnia 05.05.2021r., [redacted]

ODDZIAŁ NADZORU SANITARNEGO
[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 Bogdan Czapla
.....
pieczątka i podpis osoby kontrolującej/
pieczątki i podpisy osób kontrolujących **

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

Załącznik nr .5..*
do protokołu nr.OK.1611.2.3.2023*
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 Dąbrowie Górniczej**
**42-500 Będzin, ul. Kościuszki 58**

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

III. **Data kontroli:** 21.06.2023 r.

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** 01.01.2019 r. do 31.05.2023 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 /* | + | |
| 16. | Rejestr funkcjonariuszy odpowiedzialnych za wprowadzanie do obrotu prekursorów kat. 2 /* | + | |
| 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/* | + | |
| 19 | Ewidencja zakładów pracy w których występują szkodliwe dla zdrowia czynniki biologiczne /* | + | |
| 20. | Rejestr przepisów prawnych * | + | |
| 21. | Rejestr decyzji o stwierdzeniu chorób zawodowych i braku podstaw do stwierdzenia 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 31.05.2023 r.)

| Ilość obiektów w ewidencji | Ilość kontroli | | |
|---|---|---|---|
| | Planowanych | wykonanych wg planu | ponadplanowych |
| 729 (+44 podobiekty) | 115 | 109 | 46 |

## 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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 7 | |
| 2. | Decyzje | 44 | 12 | 32 | 64 | 20 | |
| 3. | Decyzje dot. chorób zawodowych /3 | 33 | 56 | 71 | 64 | 21 | |
| 4. | Decyzje - rachunki | 37 (3176,22 zł) | 9 (622,00 zł) | 28 (1692,00zł\|) | 44 (2862,50 zł) | 24 (1504,25zł) | |
| 5. | Opinie sanitarne/pisma** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 6. | Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 7. | Mandaty | 0 | 1 (500,00 zł) | 6 (450,00 zł) | 1 (300,00 zł) | 0 | |
| 8. | Kontrole w trakcie realizacji /2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 9. | Uczestnictwo w odbiorach | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 10. | Upomnienia | 2 | 1 | 0 | 3 | 1 | |
| 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 31.05. | Uwagi |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Liczba zgłoszonych podejrzeń chorób zawodowych | 69 | 68 | 83 | 52 | 24 | |
| 2 | Liczba decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej | 13 | 22 | 37 | 27 | 10 | |
| 3 | Liczba decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej | 20 | 34 | 34 | 37 | 11 | |
| 4 | Liczba prowadzonych postępowań wyjaśniających w sprawie choroby zawodowej | 69 | 68 | 83 | 52 | 24 | |
| 5 | Liczba postanowień | 1 | 2 | 1 | 4 | 5 | |
| 6 | Liczba wystawionych kart stwierdzeń | 8 | 21 | 35 | 28 | 7 | |
| 7 | Liczba decyzji o umorzeniu postępowania | 0 | 0 | 12 | 6 | 8 | |

## 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 11.04.2023 r.
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 04.05.2023 r.
Protokół kontroli nr 125/NSHP/2021 z dnia 04.05.2023 r.
Odpowiedź PPIS w Dąbrowie Górniczej z dnia 09.05.2023 r.

2.2 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 15.12.2021 r.
Protokół kontroli nr 185/1206/NS/HP/2021 z dnia 15.12.2021r.
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 15.12.2021 r.
Protokół kontroli nr 186/1206/NS/HP/2021 z dnia 15.12.2021r.

2.3 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 24.03.2023 r.
Protokół kontroli nr 76/NS/HP/2023 z dnia 24.03.2023 r.

2.4 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 25.04.2022 r.
Protokół kontroli 51/1206/NS/HP/2022 z dnia 25.04.2022 r.
Decyzja z dnia 20.05.2023 r. nr NS/HP/434.10.432.43.23/2022
Pismo Strony z dnia 22.07.2022 r.
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 16.08.2022 r.
Protokół kontroli 151/1206/NS/HP/2022 z dnia 16.08.2022 r.

2.5 [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 16.11.2022 r.
Protokół kontroli nr 234/1206/NS/HP/2022 z dnia 16.11.2022 r.

2.6. [redacted]

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 23.05.2023 r.
Protokół kontroli nr 145/NS/HP/2022 z dnia 23.05.2023 r.

**B. Identyfikacja spraw (choroby zawodowe):**

2.1 NS-HP/4432.7/2022 choroba zawodowa poz.21

2.2 NS-HP/4432.12/2022 choroba zawodowa poz.26

2.3 NS-HP/4432.21/2021 choroba zawodowa poz.3.2

2.4 NS-HP/4432.81/2021 choroba zawodowa poz.20.1

2.5 NS-HP/4432.10/2021 choroba zawodowa poz.3.2

2.6 NS-HP/4432.57/2021 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:

1. Poradnia Chorób Zawodowych w Sosnowcu Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Katowicach – w zakresie postępowań dotyczących chorób zawodowych oraz wpływu niektórych czynników środowiska pracy na możliwość powstania jednostki chorobowej,

2. Instytut Medycyny Pracy w Łodzi - w zakresie postępowań dotyczących chorób zawodowych oraz czynników o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,

3. Państwowa Inspekcja Pracy – w zakresie chorób zawodowych, prowadzenia bieżącego nadzoru nad zakładami pracy, nadzoru nad pracami polegającymi na demontażu azbestu,

4. Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska – w zakresie interwencji dotyczących uciążliwych czynników środowiskowych,

5. Inspekcja Handlowa – w zakresie interwencji dotyczących substancji chemicznych i ich mieszanin w tym, detergentów, produktów kosmetycznych,

6. Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych – w zakresie wymiany/udzielania informacji nt. produktów biobójczych,
7. Biuro do Spraw Substancji Chemicznych – w zakresie wymiany/udzielania informacji nt. substancji chemicznych i ich mieszanin (oznakowania, klasyfikacji),
8. Komenda Miejska/Powiatowa Policji – w zakresie środków zastępczych,
9. Powiatowe Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne na terenie kraju - w zakresie wymiany informacji oraz prowadzonych postepowań (m.in. dokonywanie ocen narażenia zawodowego).

## X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Współpraca zależności od potrzeb z:

1. Sekcja Epidemiologii – zatruć dopalaczami/substancjami psychoaktywnymi, współpraca w Covid-19,
2. Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska – wspólne interwencje, konsultacje,
3. Sekcja Nadzoru Zapobiegawczego – konsultacje,
4. Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży – wymiana informacji, udzielanie konsultacji nt. narażenia na radon,
5. Sekcja Higieny Żywienia i Przedmiotów Użytku – kontrole interwencyjne,
6. Samodzielne Stanowisko Pracy ds. Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia – działania oświatowe w zakresie środków zastępczych oraz palenia tytoniu,
7. Oddział Laboratoryjny – Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych – w zakresie zleceń pomiarów hałasu w nadzorowanych zakładach

## 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

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

| 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 31.05.2023** | **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 | 1 | 1 | 20 000 zł | 0 |
| **2020** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **2021** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **2022** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **do dnia 31.05.2023** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:

Nie dotyczy

Oddział Nadzoru Sanitarnego
Sekcja Higieny Pracy
[redacted]

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

Dział Nadzoru Sanitarnego
KIEROWNIK
Oddziału Higieny Pracy
i Nadzoru nad Szpitalami 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.161.2.3.2023.*
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 Dąbrowie Górniczej ul. H. Dąbrowskiego 9a, 41-300 Dąbrowa Górnicza**
(adres)

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

III. **Data kontroli** 22.06.2023 r.

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** 01.06.2018 r. – 21.06.2023 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 21.06.2023 r.)**

| Ilość obiektów w ewidencji | Ilość kontroli | | |
|---|---|---|---|
| | planowanych | wykonanych wg planu | ponadplanowych |
| od 01.06.2018r.- 212 | 128 | 126 | 66 |
| 2019 r.- 217 | 227 | 219 | 95 |
| 2020 r.- 261 | 171 | 32 | 111 |
| 2021 r.- 271 | 113 | 81 | 36 |
| 2022 r.- 268 | 129 | 127 | 86 |
| 2023 r.- stan na dzień 21.06.2023 r. 267 | 115 | 103 | 30 |

## 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: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | od 01.06.2018 roku | 2019 rok | 2020 rok | 2021 rok | 2022 rok | do 21.06. 2023 roku | |
| 1. | Postanowienia | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| 2. | Decyzje | 12 | 26 | 10 | 9 | 25 | 37 | |
| 3. | Decyzje dot. chorób zawodowych /3 | nie dotyczy | nie dotyczy | nie dotyczy | nie dotyczy | nie dotyczy | nie dotyczy | |
| 4. | Decyzje – rachunki | Liczba/kwota 11 /1228,34 | Liczba/kwota 28 /3062,25 | Liczba/kwota 15 /2.494,30 | Liczba/kwota 9 /1022,00 | Liczba/kwota 29 /4389,60 | Liczba/kwota 36 /5044,66 | |
| 5. | Opinie sanitarne/ ~~pisma~~** | 4 | 7 | 10 | 5 | 3 | 1 | |
| 6. | Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2 | nie dotyczy | nie dotyczy | nie dotyczy | nie dotyczy | nie dotyczy | nie dotyczy | |
| 7. | Mandaty | 0 | 0 | 2 /200 | 0 | 2 /250 | 9 /850 | |
| 8. | Kontrole w trakcie realizacji /2 | nie dotyczy | nie dotyczy | nie dotyczy | nie dotyczy | nie dotyczy | nie dotyczy | |
| 9. | Uczestnictwo w odbiorach | 7 | 3 | 3 | 4 | 2 | 0 | |
| 10. | Upomnienia | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 3 | |
| 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

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

2.1 Szkoła Podstawowa [redacted]

- Protokół kontroli nr 33/1206/NS/HD/2022 z dnia 29.03.2022 r. z formularzami: F/HDM/04, F/HDM/05, F/HDM/06,
- Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego z dnia 05.04.2022 r. znak 33/1206/NS/HD/2022,
- Decyzja nakazująca Nr NS/HD/434.25/432.7/2022 z dnia 15.04.2022 r.,
- Decyzja płatnicza Nr 30/HD/04/2022 z dnia 15.04.2022 r.,
- Protokół kontroli sprawdzającej Nr 133/1206/NS/HD/2022 z dnia 18.08.2022 r.

2.2 Szkoła Podstawowa [redacted]

- Protokół kontroli Nr 44/1206/NS/HD/2019 z dnia 27.02.2019 r.,
- Protokół kontroli Nr 45/1206/NS/HD/2019 z dnia 27.02.2019 r. z formularzami: F/HDM/04, F/HDM/05,
- Pismo PPIS w Dąbrowie Górniczej znak NS/HD/0612.41/209 z dnia 12.03.2019 r.,
- Protokół kontroli Nr 56/1206/NS/HD/2020 z dnia 09.03.2020 r.,
- Protokół kontroli Nr 102/1206/NS/HD/2020 z dnia 20.08.2020 r.,
- Protokół kontroli Nr 48/1206/NS/HD/2021 z dnia 21.06.2021 r. z formularzem F/HDM/04,
- Protokół kontroli Nr 79/1206/NS/HD/2021 z dnia 26.07.2021 r.,
- Protokół kontroli nr 27/1206/NS/HD/2022 z dnia 23.03.2022 r. z formularzami: F/HDM/04, F/HDM/05, F/HDM/06,
- Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego z dnia 31.03.2022 r. znak 27/1206/NS/HD/2022,
- Decyzja płatnicza nr 28/HD/04/2022 z dnia 15.04.2022 r.,
- Decyzja nakazująca nr NS/HD/434.23/432.5/2022,
- Protokół kontroli Nr 130/1206/NS/HD/2022 z dnia 12.08.2022 r.

2.3 [redacted]

- Protokół kontroli Nr 276/1206/NS/HD/2019 z dnia 14.11.2019 r.,
- Protokół kontroli Nr 277/1206/NS/HD/2019 z dnia 14.11.2019 r z formularzami F/HDM/02, F/HDM/04,
- Protokół kontroli Nr 30/1206/NS/HD/2020 z dnia 03.03.2020 r.,
- Protokół kontroli Nr 105/1206/NS/HD/2020 z dnia 21.08.2020 r.,
- Protokół kontroli Nr 48/NS/HD/2023 z dnia 09.03.2023 r. z formularzami: F/HDM/04, F/HDM/05,
- Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego z dnia17.03.2023 znak 48/NS/HD/2023,
- Decyzja nakazująca nr NSHD.9027.3.47.11.2023 z dnia 27.03.2023 r.,
- Decyzja płatnicza Nr 8/HD/04/2023 z dnia 11.04.2023 r.,
- Protokół kontroli Nr 94/NS/HD/2023 z dnia 28.04.2023 r.

2.4 [redacted]

- Opinia sanitarna z dnia 12.12.2019 r. znak NS HD/511.161/2019,
- Wniosek strony o wydanie opinii sanitarnej z dnia 17.01.2023 r.,
- Protokół kontroli Nr 26/NS/HD/2023 z dnia 08.02.2023 r. z formularzem F/HDM/08,
- Zawiadomienie o wszczęciu postępowania Nr 26/NS/HD/2023 z dnia 08.02.2023 r.,

- Decyzja płatnicza Nr 36/HD/02/2023 z dnia 17.02.2023 r.,
- Opinia sanitarna znak NS HD.9027.3.1.2023 z dnia 17.02.2023 r.

2.5 [redacted]
- Zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli znak NS HD/37/2018 z dnia 27.08.2018 r.,
- Protokół kontroli Nr 212/1206/NS/HD/2018 z dnia 26.09.2018 r. z formularzami: F/HDM/02, F/HDM/05,
- Zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli znak NS HD/13/2019 z dnia 05.04.2019 r.,
- Protokół kontroli Nr 90/1206/NS/HD/2019 z dnia 26.04.2019 r. z formularzami: F/HDM/02, F/HDM/05,
- Zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli znak NS HD.9027.3.24.2023 z dnia 18.04.2023 r.,
- Protokół kontroli Nr 115/NS/HD/2023 z dnia 19.05.2023 r. z formularzami: F/HDM/02, F/HDM/05,
- Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego znak 115/NS/HD/2023 z dnia 29.05.2023 r.,
- Pismo strony z dnia 31.05.2023 r.

2.6 Szkoła Podstawowa [redacted]
- Protokół kontroli Nr 63/1206/NS/HD/2019 z dnia 21.03.2019 r. z formularzami: F/HDM/04, F/HDM/05,
- Protokół kontroli Nr 65/1206/NS/HD/2019 z dnia 21.03.2019 r.,
- Protokół kontroli Nr 22/1206/NS/HD/2020 z dnia 20.02.2020 r. z formularzem F/HDM/04,
- Protokół kontroli Nr 23/1206/NS/HD/2020 z dnia 20.02.2020 r. z formularzem F/HDM/05,
- Protokół kontroli Nr 36/1206/NS/HD/2021 z dnia 10.06.2021 r. z formularzem F/HDM/04,
- Protokół kontroli Nr 113/NS/HD/2023 z dnia 18.05.2023 r. z formularzami: F/HDM/04, F/HDM/05, F/HDM/06,
- Protokół kontroli Nr 111/NS/HD/2023 z dnia 18.05.2023 r.

3. Ocena wydanych dokumentów

a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem akt – wydawane dokumenty są czytelne i kompletne, jak również poprawne pod względem stosowanego w nich nazewnictwa;

b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli) – sporządzone protokoły kontroli sanitarnych są zgodne z obowiązującym systemem jakości;

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa – w wydawanych dokumentach cytowane są aktualne i obowiązujące przepisy prawa,

d) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach – uzasadnienia sporządzane są poprawnie,

e) stosowanie klauzuli dotyczącej możliwości wniesienia odwołania od decyzji lub zażalenia na postanowienie – wydawane decyzje i postanowienia zawierały właściwe klauzule dot. możliwości wniesienia odwołań od decyzji,

f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń – sprawy prowadzone w Sekcji Higieny Dzieci i Młodzieży załatwiane były w terminach określonych w Kodeksie postępowania administracyjnego. Do października 2022 r. zawiadomienia o wszczęciu postępowania administracyjnego oraz decyzje wysyłano poprzez operatora pocztowego za zwrotnym potwierdzeniem odbioru. Potwierdzenia odbioru dołączane zostały do akt sprawy. Obecnie decyzje

dostarczane są elektronicznie poprzez platformę ePUAP (za wyjątkiem placówek niepublicznych), co w formie potwierdzenia dołączone jest do dokumentacji.
g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli) – skontrolowane sprawy załatwiane były terminowo, kontrole sprawdzające wykonanie obowiązków nałożonych decyzjami administracyjnymi przeprowadzane były w krótkich odstępach czasu od upływu terminu określonych w tychże decyzjach,
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 latach 2018 – 2023 Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży ściśle współpracowała z organami prowadzącymi placówki oświatowo-wychowawcze jak również z dyrektorami tych placówek między innymi w niżej podanych zakresach:

1. Zgodnie z art. 25.2c ustawy z dnia 04.02.2011r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz.U.2023.204 t.j.) osobom planującym uruchomienie żłobków/klubów dziecięcych udzielono wyjaśnień oraz przekazano wytyczne w sprawie warunków lokalowych i sanitarnych jakie musi spełniać lokal, w którym ma być prowadzona w/w działalność.
2. Przedstawiciele Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego Dąbrowie Górniczej wspólnie z pracownikami Kuratorium Oświaty w szkołach podstawowych dokonali oceny obciążenia uczniów ciężarem tornistrów. Wyniki przeprowadzonych pomiarów w formie wystąpień przekazano dyrektorom placówek celem podniesienia świadomości w zakresie edukacji prozdrowotnej ukierunkowanej na profilaktykę wad postawy .
3. W związku z utrzymującym się wysokim stężeniem zanieczyszczeń pyłowych powietrza atmosferycznego podczas bieżących kontroli sanitarnych w okresie jesienno - zimowym informowano dyrektorów szkół i przedszkoli o konieczności śledzenia komunikatów dotyczących alertu smogowego i podejmowania w związku z tym odpowiednich decyzji.
4. Z uwagi na liczne interwencje w zakresie występowania wśród uczniów i dzieci przypadków pedikulozy, przekazano dyrektorom placówek oświatowych materiały informacyjne i edukacyjne w postaci ulotek, plakatów i prezentacji celem eliminacji w/w problemu.
5. W związku z kampanią edukacyjną „ Oszczędź dziecku ospy" opracowaną przez Polskie Towarzystwo Higieniczne, pracownicy Sekcji Higieny Dzieci i Młodzieży rozdystrybuowali do wszystkich żłobków i klubów dziecięcych będących pod nadzorem PPIS w Dąbrowie Górniczej, materiały edukacyjne i informacyjne w postaci ulotek i plakatów podnoszących świadomość społeczeństwa na temat zagrożenia ospą wietrzną oraz możliwością ochrony przed tą chorobą.
6. Podczas kontroli związanych z prawidłowym przestrzeganiem wytycznych przeciwepidemicznych GIS, MZ i MEiN w placówkach nauczania i wychowania pracownicy Sekcji Higieny Dzieci i Młodzieży przekazywali dyrektorom materiały informacyjne pod nazwą „ Koronawirus. Przestrzegaj podstawowych zasad bezpieczeństwa i higieny" celem przypomnienia o podstawowych zasadach profilaktyki zakażeń wirusem SARS-CoV-2.

7. Na wnioski dyrektorów placówek, w których potwierdzono zakażenie koronawirusem wydano opinie sanitarne dotyczące zmiany trybu nauczania w szkołach i przedszkolach.
8. Współpracowano z dyrektorami placówek oświatowych i opiekuńczych w zakresie objęcia kwarantanną/ nadzorem epidemiologicznym dzieci/uczniów/pracowników przebywających w tym samym czasie w części/ częściach szkoły, przedszkola, żłobka, w których przebywała osoba, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2. Ustalano z dyrektorami lub upoważnionymi przedstawicielami szkół, przedszkoli, żłobków, placówek opiekuńczych itp. czas odbywania kwarantanny, informowano o schemacie postępowania w przypadku bezpośredniego kontaktu z osobą zakażoną. Nakładano kwarantanny na osoby uwzględnione w formularzu zgłoszeniowym przesłanym przez dyrektorów w/w placówek;
9. Brano czynny udział w ogólnopolskiej Akcji dot. badań przesiewowych na obecność koronawirusa wśród nauczycieli klas I-III szkół podstawowych, przedszkoli oraz opiekunów dziecięcych w żłobkach. Zbierano listy imienne, oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz na badanie od każdego zainteresowanego badaniem. Przygotowano zlecenia na badanie. Koordynowano poszczególne etapy przedsięwzięcia.
10. W ramach wakacyjnych akcji prowadzonych pod nazwą „Bezpieczne wakacje" przesyłano regulamin konkursu dla organizatorów wypoczynku letniego dzieci i młodzieży w miejscu zamieszkania pod nazwą: „Wakacje: bezpiecznie, zdrowo i zabawnie" do wykorzystania w trakcie bieżącej pracy. Ponadto przekazywano plakaty i broszury informacyjno-edukacyjne promujące bezpieczny i zdrowy sposób spędzania wolnego czasu.
11. Przekazano organom prowadzącym przedszkola i szkoły podstawowe informacje nt. wytycznych i zaleceń organizacyjnych Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektora Sanitarnego w zakresie szczotkowania zębów u dzieci w przedszkolach w okresie epidemii koronawirusa Sars-CoV-2 oraz w zakresie prowadzenia grupowej profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania. W/w organom na bieżąco przekazywano aktualizacje wytycznych przeciwepidemicznych Głównego Inspektora Sanitarnego.

## X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE:

- Higiena Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku – w zakresie kontroli miejsc letniego i zimowego wypoczynku dla dzieci i młodzieży oraz kontrole interwencyjne,
- Zapobiegawczy Nadzór Sanitarny - w zakresie odbioru nowopowstałych placówek w których planowane jest rozpoczęcie działalności oświatowo-wychowawczej,
- Oświata Zdrowotna i Promocja Zdrowia - w zakresie oceny obciążenia uczniów ciężarem tornistrów, przekazywania informacji i materiałów dydaktycznych, przekazywanie danych liczbowych dotyczących aktualnej sytuacji w zakresie przestrzegania zakazu palenia tytoniu w nadzorowanych obiektach
- Oddziałem Laboratoryjnym Sekcją Badań i Pomiarów na Stanowiskach Pracy – w zakresie dokonywania pomiarów natężenia oświetlenia sztucznego w placówkach oświatowych
- kierownik ds. Systemu jakości- na bieżąco

## XI. Inne zagadnienia

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

( aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

**XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości** - nie dotyczy

**XIII. Dodatkowe informacje** - nie dotyczy

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów: nie dotyczy

ODDZIAŁ ... ZORU SANITARNEGO
Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży
[redacted]

Oddział Nadzoru Sanitarnego
Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży
[redacted]

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

Dział Nadzoru Sanitarnego
Oddział Higieny Dzieci i Młodzieży
starszy asystent
mgr Xymena Siemińska

.....
pieczątka i podpis osoby kontrolującej/
**

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Załącznik nr .7..*
do protokołu nr.OK.1611.23.2023*
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 Dąbrowie Górniczej, ul. Dąbrowskiego 9a, 41-300 Dąbrowa Górnicza
(adres)

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

III. **Data kontroli** 20-22.06.2023 r.

IV. **Okres działalności podlegający kontroli** 05.06.2018 r. do 31.05.2023 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 | Nie dotyczy | |
| 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 | Nie dotyczy | |
| 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 ISAP i RCL.

## 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 | Rok 2019 | Rok 2020 | Rok 2021 | Rok 2022 | Rok 2023 do dnia kontroli | |
| 1. | Postanowienia | 0 | 2 | 3 | 3 | 106 | 42 | |
| 2. | Decyzje | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 3. | Decyzje dot. chorób zawodowych /3 | - | - | - | - | - | - | |
| 4. | Decyzje - rachunki | 89 (13 889,25) | 156 (24 422,00) | 115(20 165,00) | 123 (27 026,00) | 105 (30 420,00) | 61 (19 411, 00) | |
| 5. | Opinie sanitarne/ pisma** | 218 | 405 | 317 | 353 | 261 | 142 | |
| 6. | Sprzeciw na użytkowanie obiektu /2 | 1 | 3 | 0 | 2 | 2 | 2 | |
| 7. | Mandaty | - | - | - | - | - | - | |
| 8. | Kontrole w trakcie realizacji /2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 9. | Uczestnictwo w odbiorach | 78 | 134 | 89 | 108 | 91 | 53 | |
| 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: 14.....
(podać liczbę)
2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/
   2.1 Postanowienie nr NS.ZNS.9027.16.1.90.428.14.2023 z dnia 10.02.2023 r. dot. uzgodnienia projektu decyzji o warunkach zabudowy dla inwestycji pn.: [redacted] przewidzianej do realizacji na działce nr [redacted]
   2.2 Postanowienie nr NS.ZNS.9027.16.1.146.851.14.2023 z dnia 10.02.2023 r. dot. uzgodnienia projektu decyzji o warunkach zabudowy dla inwestycji pn.: [redacted]

[redacted]

2.3 Opinia sanitarna nr NS.ZNS.9027.16.261.1545.3.2023 z dnia 15.05.2023 r. w sprawie uzgodnienia zakresu i stopnia szczegółowości informacji wymaganych w prognozie oddziaływania na środowisko do miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego dla terenu położonego w [redacted]

2.4 Opinia sanitarna nr NS.ZNS/522.627.4839/2022.1.2023 z dnia 24.01.2022 r. w sprawie uzgodnienia zakresu i stopnia szczegółowości informacji wymaganych w prognozie oddziaływania na środowisko do projektu miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego [redacted] dla terenu położonego [redacted]

2.5 Opinia sanitarna nr NS.ZNS.9027.16.319.1881.9.2023 z dnia 31.05.2023 r. w sprawie uzgodnienia pod względem wymogów higieniczno-zdrowotnych projektu miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego [redacted] wraz z prognozą oddziaływania na środowisko.

2.6 Opinia sanitarna nr NS.ZNS/523.495.4897.35/2021 z dnia 20.10.2021 r. w sprawie konieczności przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko dla przedsięwzięcia pn.: [redacted]

2.7 Opinia sanitarna nr NS/ZNS/524.603.4690.2022.1.2023 z dnia 13.01.2023 r. w sprawie uzgodnienia w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach dla przedsięwzięcia pn. [redacted]

2.8 Opinia sanitarna nr NS.ZNS.9027.17.84.424.3.2023 z dnia 23.02.2023 r. w sprawie uzgodnienia w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach dla przedsięwzięcia pn. [redacted]

2.9 Opinia sanitarna nr NS.ZNS.9027.18.1.99.456.2.2023 z dnia 14.02.2023 r. w sprawie uzgodnienia pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych projektu rozbudowy [redacted]

2.10 Opinia sanitarna nr NS.ZNS.9027.18.1.101.484.1.2023 z dnia 10.02.2023 r. w sprawie uzgodnienia pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych projektu przebudowy i zmiany sposobu użytkowania [redacted]

2.11 Opinia sanitarna nr NS/ZNS/526.443.3344.4/2022 z dnia 16.09.2022 r. w sprawie uzgodnienia pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych projektu budowlanego budynku [redacted]

2.12 Opinia sanitarna nr NS/ZNS/526.405.3129.9.2022 z dnia 17.08.2022 r. w sprawie uzgodnienia pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych projektu [redacted]

2.13 Opinia sanitarna nr NS/ZNS/527.427.3184.60/2022 z dnia 05.09.2022 r. nie wnosząca sprzeciwu na użytkowanie [redacted]

2.14 Opinia sanitarna nr NS.ZNS.9027.18.355.2155.53/2023 z dnia 20.06.2023 r. stwierdzająca zgodność wykonania obiektu budowlanego z projektem budowlanym w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych [redacted]

[redacted] z dnia 05.09.2022 r. nie wnosząca sprzeciwu na użytkowanie.

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~~ **
nie dotyczy

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

Sekcja Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego współpracuje z urzędami miejskimi i urzędami gmin w zakresie postępowania dotyczącego opiniowania miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego, postępowań dotyczących ocen oddziaływania przedsięwzięć na środowisko – częstotliwość współpracy doraźna. Z organami administracji architektoniczno – budowlanej utrzymywany jest kontakt telefoniczny i pisemny. Do Powiatowych Inspektorów Nadzoru Budowlanego na bieżąco wysyłane są opinie sanitarne w związku z dopuszczeniem

obiektów do użytkowania na podstawie art. 56 stawy Prawo budowlane. Ponadto organy administracji architektoniczno-budowlanej na bieżąco informują Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Dąbrowie Górniczej o zgłoszeniach dotyczących budowy obiektów małej architektury o tematyce sportowo – rekreacyjnej, które wpłynęły do Wydziału Architektury. Korespondencja jest wynikiem pisma Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Dąbrowie Górniczej z dnia 14.07.2020 r. wysłanego do Wydziałów Architektury w następstwie pisma Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 13.07.2020 r.

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

## X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Sekcja Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego współpracuje na bieżąco z Sekcją Higieny Dzieci i Młodzieży oraz Sekcją Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku w zakresie wspólnych kontroli w związku z dopuszczeniem do użytkowania obiektów oraz w zakresie opiniowania dokumentacji projektowej. Z Sekcją Higieny Komunalnej i Środowiska i Sekcją Epidemiologii współpracuje w zakresie uzgadniania dokumentacji projektowej.

(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 ***

Aktualna Lista rzeczoznawców znajduje się na stronie internetowej PSSE w Dąbrowie Górniczej. Wskazano, że w związku z obowiązkiem bieżącej aktualizacji listy rzeczoznawców ds. sanitarnohigienicznych przez ŚPWIS należy odsyłać do listy znajdującej się na stronie ŚPWIS.

( 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:

brak.....

.....

.....

Oddział Nadzoru Sanitarnego
Sekcja Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego
KIEROWNIK

[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: 1
*(liczba osób)*

b) wykształcenie pracowników:
wyższe: Uniwersytet Śląski w Katowicach, Wydział Nauk Społecznych kierunek: Politologia społeczna
studia podyplomowe - Uniwersytet Śląski w Katowicach, Wydział Pedagogiki i Psychologii kierunek: Pedagogika specjalna w zakresie profilaktyki i resocjalizacji.

c) staż pracy pracownika zatrudnionego w pionie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia: 24 lata, w tym 19 lat w pionie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia.

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

Warunki lokalowe przystosowane do wykonywanych zadań z zakresu promocji zdrowia tj. spotkań z koordynatorami oraz przechowywania materiałów edukacyjnych i dystrybucji. W siedzibie PSSE znajduje się również sala do prowadzenia szkoleń.

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

a) jednostki nadzorowane przez PSSE, monitorowane w zakresie działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia:

liczba mieszkańców objętych opieką PSSE: 267 000
liczba gmin: powiat będziński liczy 8 gmin
Bobrowniki, Psary, Siewierz, Sławków, Mierzęcice, Będzin, Czeladź, Wojkowice oraz Dąbrowa Górnicza
liczba zakładów opieki zdrowotnej:
szpitale -2
zakłady opieki zdrowotnej - 201
liczba innych jednostek:
placówki nauczania:
przedszkola publiczne i niepubliczne 73
szkoły podstawowe 70
szkoły ponadpodstawowe 25

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 „Łap słońce z głową"
- Akcja „Bezpieczna Wakacje"
- Akcja „Bezpieczne Ferie"
- Akcja „Lekki tornister"

własne:

- Aktywny Senior – inicjatywa Starostwa Powiatowego w Będzinie w ramach „Powiatowego Programu dla Seniorów". PSSE Dąbrowa Górnicza w ramach tej akcji

realizuje zagadnienia z zakresu Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem; Dzień Wiedzy o Antybiotykach; promocja szczepień ochronnych; profilaktyka zatruć grzybami

**4. Realizacja zaleceń pokontrolnych**

brak zaleceń pokontrolnych po kontroli przeprowadzonej w dniach 04 - 06.06.2018 r.

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

Na podstawie danych stanu sanitarnego powiatu, główne problemy wynikające z sytuacji epidemiologicznej to:

- Gruźlica;
- Grypa;
- RSV - notowany od 2023r - w I kwartale - 11 zachorowań
- Borelioza
- Salmonelloza
- Choroby wieku dziecięcego głównie szkarlatyna i ospa
- Ponadto coraz więcej pojawia się przypadków chorób przenoszonych drogą płciową ( kiła)

| | Gruźlica | Grypa | Borelioza | Salmonelloza | Szkarlatyna | Ospa | Kiła |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2018 | 60 | 13325 | 148 | 79 | 187 | 1532 | 6 |
| 2019 | 59 | 14470 | 122 | 41 | 149 | 1297 | 7 |
| 2020 | 30 | 7752 | 74 | 36 | 58 | 710 | 10 |
| 2021 | 33 | 4921 | 78 | 34 | 22 | 345 | 3 |
| 2022 | 44 | 8293 | 80 | 46 | 80 | 1919 | 9 |

**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?):**

Współpraca z jednostkami samorządu lokalnego tj. urzędy miast i gmin Wydziały Edukacji i Oświaty - w zakresie dystrybucji korespondencja do szkół; Wydziały Kultury i Promocji oraz Wydziały Zdrowia i Polityki Społecznej - współpraca podczas organizacji inicjatyw miejskich.

Współpraca podczas organizacji akcji miejskich, edukacji dzieci i młodzieży, zamieszczanie informacji w mediach społecznościowych:

- Fundacja „Nasze Dzieci" przy Arcelor Mittal Dąbrowa Górnicza
- Stowarzyszenie „Równe Babki" Dąbrowa Górnicza
- Będzińskie Stowarzyszenie Amazonek
- Pani Barbara Wszołek Radna Rady Miejskiej Czeladź
- Spółdzielnia Mieszkaniowa „Lokator" w Dąbrowie Górniczej
- Miejska i Powiatowa Biblioteka Publiczna w Będzinie
- Miejsko Gminna Biblioteka Publiczna w Siewierzu
- Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dąbrowie Górniczej, Czeladzi, Będzinie
- Ośrodek Sportu i Rekreacji Będzin; Czeladź
- Centrum Sportu i Rekreacji Dąbrowa Górnicza
- Wodny Świat „Nemo" Dąbrowa Górnicza
- Ośrodek Wsparcia Rodziny w Będzinie
- Centrum Handlowe Pogoria w Dąbrowie Górniczej

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

Bieżąca współpraca wynikająca z zakresu zadań w szczególności współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Nadzoru Sanitarnego, w związku z realizacją ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami zdrowotnymi i używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Współpraca z Sekcją Higieny Dzieci i Młodzieży w zakresie realizacji wad postawy, 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

- Wsparcie w realizacji lokalnych inicjatyw min. nadawanie patronatu organizowanym przedsięwzięciom;
- Uczestnictwo i wspieranie podejmowanych działań tj. akcji, szkoleń, konkursów organizowanych wśród różnych grup społecznych;
- Nawiązanie współpracy z instytucjami samorządowymi, które włączają się w realizacje zadań z zakresu promocji zdrowia.

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

Sprawdzono następujące protokoły z przeprowadzonych wizytacji:
Nr 12/1206/PZ/2019 z dnia 12.02.2019 r.
Nr 9/1206/PZ/2020 z dnia 12.02.2020 r.
Nr 27/1206/PZ/2021 z dnia 21.09.2021 r.
Nr 22/1206/PZ/2022 z dnia 21.06.2022 r.
Nr 16/PZ/2023 z dnia 21.03.2023 r.

ilość zaplanowanych i wykonanych wizytacji w latach 2019 - 2023 - do dnia 31.05.2023 r.

| Rok | Ilość wizytacji zaplanowanych | Ilość wizytacji wykonanych |
|---|---|---|
| 2019 | 100 | 118 |
| 2020 | 100 | 26 |
| 2021 | 35 | 31 |
| 2022 | 20 | 53 |
| 2023 | 50 | 45 |

W latach 2020 i 2021 nie wykonanie planu wizytacji wynikało z sytuacji epidemiologicznej związanej z zakażeniami SARS-CoV2. W roku 2023 do 31maja wykonano 45 wizytacji z 50 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 Dąbrowie Górniczej: 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 1.07.2018 r. do 31.05.2023 r.
W Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej 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", akcji dot. profilaktyki chorób odkleszczowych „Nie bądź atrakcyjny dla kleszczy" 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 Dąbrowie Górniczej: Protokoły: PZ.1611.3.7.2019 z dnia 05.04.2019 r., PZ.1611.3.51.2019 r. z dnia 18.11.2019 r., Nr PZ.1611.1.2021 z dnia 6.07.2021 r. Nr PZ.1611.2.2021 z dnia 06.07.2021 r., Nr PZ.1611.15.2022 z dnia 04.11.2022 r.

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

Zakres współpracy PSSE w Dąbrowie Górniczej z instytucjami oraz innymi partnerami obejmuje wymianę doświadczeń i informacji z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia, współorganizacji m.in. wydarzeń organizowanych w terenie, 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]

*(podpis (-y)* pracownika (-ów)*PSSE)*

.....

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

właściwe podkreślić

Załącznik nr 3..*
do protokołu nr.OK.1611.23.2023
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 Dąbrowie Górniczej**
ul. Henryka Dąbrowskiego 9a, 41-300 Dąbrowa Górnicza
(adres)

**II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli:**
Kierownik ds. jakości Oddziału Nadzoru Sanitarnego i Samodzielnego Stanowiska Pracy ds. Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia
(pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym psse)

**III. Data kontroli** 20.06.2023 r.

**IV. Okres działalności podlegający kontrol**i 27.06.2018 - 31.05.2023

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

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] (starszy asystent w Sekcji Higieny Dzieci i Młodzieży) pełni funkcję Kierownika ds. jakości Oddziału Nadzoru Sanitarnego i Samodzielnego Stanowiska Pracy ds. Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia (NSiPZ). W czasie nieobecności Kierownika ds. jakości obowiązki przejmuje pani [redacted] starszy asystent w Sekcji Higieny Pracy).

Obowiązki, odpowiedzialności i uprawnienia dla każdego stanowiska i funkcji zostały ww. osobom zakomunikowane w „Zakresach obowiązków i uprawnień pracownika" odpowiednio: z dnia 03.01.2022 r., i 10.05.2021 r. Ponadto w Księdze Jakości wyd. 8 z dnia 02.01.2023 r., w rozdziale 8, pkt. 8.2 „Wymagania dotyczące systemu zarządzania" na stronie 1/4 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. 5/7 podano personalia kierowników/ kierowników technicznych NSiPZ 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 wydanie 6 z 30.09.2022 r.

Ad.2

W PSSE w Dąbrowie Górniczej w NS i PZ obowiązuje 8 wydanie wydanie Księgi Jakości zatwierdzone przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Dąbrowie Górniczej w dniu 02.01.2023 r.

Wszystkie wprowadzane zmiany i potwierdzenie przeglądu dokumentu były dokumentowane i zapisywane w Karcie Zmian do 1 wydania z 20.12.2007 r. (w ostatniej pozycji w dniu 02.01.2023 r. wpisano zmianę wydania 7 na 8). Zmieniane strony lub cały nieaktualny dokument odpowiednio opisane są przechowywane przez zarządzającego.

Np. 7 wydanie Księgi Jakości oznakowana napisem „Niekatulane od dnia 02.01.2023 r." i podpisane jest przechowywane 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 06.02.2019/11/02.2019 r. przeprowadzono szkolenie wewnętrzne nr 1/2019, przypominające z zakresu PO-06 „Przegląd zarządzania", w szkoleniu uczestniczyło łącznie 7 osób, szkolenie prowadził SJ,
- w dniu 13.12.2022 przeprowadzono szkolenie wewnętrzne nr 7/22 dotyczące nowych wydań Procedur Ogólnych Systemu Zarządzania, w szkoleniu uczestniczyło łącznie 13 osób, szkolenie prowadził SJ,
- w dniu 02.01.2023 r. przeprowadzono szkolenie wewnętrzne nr 1/23 dotyczące zmiany wydania KJ, w szkoleniu uczestniczyło łącznie 15 osób, szkolenie prowadził SJ.
Kierownik do spraw jakości jako osoba zarządzająca zamieściła aktualne wydanie KJ na dysku sieciowym, który jest dostępny dla personelu NS i PZ.
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 Dąbrowie Górniczej korzysta z aktualnych przepisów prawnych dostępnych na stronach internetowych: 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, aktualne dokumenty PCA).
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. 3 z 15.12.2021 r.).
Do końca 2022 r. Kierownik ds. jakości prowadził w formie 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 radcą prawnym, a poszczególnymi kierownikami istnieje dodatkowe zapewnienie minimalizowania ryzyka przywoływania nieaktualnych podstaw prawnych.
W PSSE w Dąbrowie Górniczej protokoły sporządzane są odręcznie lub z użyciem komputera (od 2023 r. wyłącznie z użyciem komputera), jednakże zawsze są czytelne i rzetelnie sporządzone.
Np.
- Protokół kontroli nr 298/1206/NS/HD/2019 z dnia 03.12.2019 r. (załącznik nr 2 do procedury technicznej nr PT/01 wyd. z dnia 14.03.2016 r.), został zatwierdzony przez zastępcę PPIS w Dąbrowie Górniczej w dniu 06.12.2019 r.
- Protokół kontroli nr 81/NS/HD/2023 z dnia 19.04.2023 r. (załącznik nr 2 do procedury technicznej nr PT/01 wyd. z dnia 14.03.2016 r.), został zatwierdzony przez PPIS w Dąbrowie Górniczej w dniu 20.04.2023 r.
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).
Pozostałe zapisy, w tym rejestry szkoleń, dokumentów, listy obecności, plany itp. 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.
Prawidłowość sprawowania nadzoru nad pozostałymi zapisami sprawdzono na podstawie:
- wniosku o zmianę nr NS SJ/1/2023 (załącznik nr 2 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 7 procedury nr PO-01),
- Planu szkoleń zewnętrznych na rok 2019 Kierownika ds. jakości, (załącznik nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04) zaplanowano 1 szkolenia, które zrealizowano w dniu 29.05.2019 r. „Szkolenie w zakresie systemu zarządzania w działalności inspekcyjnej" organizowane przez WSSE w Katowicach, po szkoleniu sporządzono Notatkę - ocena szkolenia zewnętrznego (załącznik nr 3 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04), zaplanowano przekazanie informacji na dzień 10.06.2019 r., wpis w Rejestrze szkoleń wewnętrznych kierownika NS/HD na str. 3/19, poz. 1,
- Planu szkoleń zewnętrznych na rok 2022 Kierownika ds. jakości, (załącznik nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04) zaplanowano 1 szkolenia, które zrealizowano w dniu 30.11.2022 r. „Szkolenie w zakresie systemu zarządzania w działalności inspekcyjnej" organizowane przez WSSE w Katowicach, po szkoleniu sporządzono Notatkę - ocena szkolenia zewnętrznego (załącznik nr 3 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04), zaplanowano przekazanie informacji na dzień 13.12.2022 r., zgodnie z zapisami w szkoleniu nr 7/22 uczestniczyło 13 auditorów wewnętrznych i kierowników NS i PZ,
- Listy obecności na szkoleniu nr 1/2019 z dnia 06.02.2019 r./11.02.2019 r. (załącznik nr 5 z dnia 22.12.2014 do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04), szkolenie dotyczyło przypomnienia wymagań procedury nr PO-06 „Przegląd zarządzania", w liście podpisało się 7 osób.
Archiwizacja zapisów dokonywana jest zgodnie z „Jednolitym rzeczowym wykazem akt" (JRWA) PSSE w Dąbrowie Górniczej.
Nadzór nad zapisami prowadzony jest w sposób prawidłowy, zgodnie z wymaganiami procedury nr PO-01 „Nadzór nad dokumentami i zapisami".

***Audity wewnętrzne***

Kierownik ds. Jakości zarządza auditami wewnętrznymi i dokumentuje proces auditowania. Np. w 2019 r. w NSiPZ zaplanowano 9 auditów wewnętrznych, na rok 2023 zaplanowano 6 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 04.02.2019 r. – zawierał 9 nazwisk.
- Rejestr auditorów na 2023 rok został sporządzony w dniu 08.02.2023 r. – zawierał 8 nazwisk (załącznik nr 3 z dnia 02.11.2022 r. do 6 wydania procedury nr PO-06).
Poprawność postępowania w trakcie przeprowadzania auditów wewnętrznych 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 Kierownika ds. jakości, audit zaplanowano na X 2019 roku, program został zatwierdzony przez PPIS w Dąbrowie Górniczej w dniu 4.02.2019 r.,
Program auditów na rok 2023 został sporządzony przez Kierownika ds. jakości na obowiązującym załączniku nr 1 z dnia 02.11.2022 r. do wyd. 9 procedury nr PO-02 i zatwierdzony przez PPIS w Dąbrowie Górniczej w dniu 09.02.2023 r.
Kolejnym etapem związanym z realizacją auditu wewnętrznego jest powołanie auditora wewnętrznego.
Np.
- Dokument powołania auditora na auditora wiodącego do przeprowadzenia auditu wewnętrznego u Kierownika ds. jakości (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 05.02.2019 r.

- Dokument powołania auditora na auditora wiodącego do przeprowadzenia auditu wewnętrznego w sekcji NS/HK (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 01.03.2022 r.
- Dokument powołania auditora na członka zespołu auditującego do przeprowadzenia auditu wewnętrznego w sekcji NS/HK (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 01.03.2022 r.

Auditor wiodący sporządza plan auditu wewnętrznego co najmniej 7 dni przed datą planowanego auditu.

Np.

- Plan auditu wewnętrznego przeprowadzonego u Kierownika ds. jakości 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. przygotował go auditor wiodący w dniu 09.10.2019 r., w tym samym dniu plan został przekazany Kierownikowi ds. jakości.
- Plan auditu wewnętrznego przeprowadzonego w sekcji NS/HK 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. przygotował auditor wiodący w dniu 19.09.2022 r., w tym samym dniu plan został przekazany kierownikowi ww. 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 (nr SJ/1/2019) przeprowadzonego u Kierownika ds. jakości sporządzono w dniu 30.10.2019 r. 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.), raport zawiera załączniki: ustalenia z auditu 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 (nr HK/01/2022) przeprowadzonego w Sekcji NS/HK w dniu 29.09.2022 r. sporządzono w dniu 14.10.2022 r. 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., raport zawiera załączniki: ustalenia z auditu 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 ds. jakości dokonują oceny auditorów. Na podstawie ocen Kierownik ds. jakości aktualizuje listę auditorów.

Np.

- Karta oceny auditora nr 9/2019 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 przeprowadzających audit wewnętrzny u Kierownika ds. jakości – decyzja z dnia 29.11.2019 r. – auditor pozostaje w rejestrze auditorów,
- Karta oceny auditora nr 5/2022 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 w sekcji NS/HK – decyzja z dnia 20.12.2022 r. – auditor pozostaje w rejestrze auditorów,
- Karta oceny auditora nr 6/2022 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 członka zespołu auditorów przeprowadzających audit wewnętrzny w sekcji NS/HK – decyzja z dnia 20.12.2022 r. – auditor pozostaje w rejestrze auditorów.

Zgodnie z zasadami procedury nr PO-02 auditorzy wewnętrzni są corocznie szkoleni:

Np.

W 2022 r. przeprowadzono szkolenia dla auditorów wewnętrznych, np. w dniu 02.06.2022 r. – lista obecności nr 4/22 – uczestniczyło 12 auditorów pracowników (auditorów wewnętrznych i kierowników technicznych), w szkoleniu nr 7/22, które odbyło się w dniu 13.12.2022 r. uczestniczyło 13 pracowników w tym auditorzy wewnętrzni.

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***

W 2020 r. Kierownik ds. jakości wnioskował o odstępstwo dotyczące odstąpienia od realizacji programu auditów wewnętrznych w NS i PZ oraz u zastępcy PPIS. Odstępstwo spowodowane było obciążeniem personelu dodatkowymi zadaniami w związku z ogłoszeniem stanu epidemii COVID-19. Decyzja nr 1/202 została zatwierdzona przez PPIS w Dąbrowie Górniczej w dniu 21.04.2020 r.

Zgodnie z procedurą nr PO-03 w PSSE w Dąbrowie Górniczej identyfikuje się i analizuje problemy mogące mieć wpływ na prawidłowość prowadzonych czynności. W przypadku stwierdzenia wystąpienia problemów/niezgodności podejmowane są przez poszczególne komórki organizacyjne korekcje i lub działania korygujące.

Poprawność postępowania w tym zakresie potwierdzono na podstawie przedstawionych zapisów, np.:

- Dziennik niezgodności NS/HD 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 wpisy dotyczące stwierdzonych niezgodności, poz. 3 dotyczy Karty niezgodności nr NS/HD/2/2022,
- Karta niezgodności nr NS/HD/2/2022 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 niedostarczenia stronie decyzji umarzającej, działania korygujące zakończone, ocena skuteczności wykonanych działań z dnia 28.10.2022 r.
- 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 wpisy dotyczące stwierdzonych niezgodności (nieaktualne zapisy w dokumentach systemu zarządzania) np. poz. 1 dotyczy Karty niezgodności nr NS SJ/ 2/2022,
- Karta niezgodności nr NS SJ/2/2022 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 niepełnego nazewnictwa komórki organizacyjnej, działania korygujące zakończone, oceny skuteczności dokonał PPIS w Dąbrowie Górniczej w dniu 09.05.2022 r.

Zgodnie z wymaganiami zaktualizowanej procedury nr PO-03, wyd. 5 z dnia 02.11.2022 r. w PSSE w Dąbrowie Górniczej prowadzony jest Rejestr niezgodności (załącznik nr 3 z dnia 02.11.2022 r. do ww. Procedury). Do rejestru wprowadzono np. niezgodność nr NS/SJ/1/2023 zapisaną przez Kierownika ds. jakości (Dziennik niezgodności NS SJ poz. 1).

Działań zapobiegawczych (brak spostrzeżeń z auditów wewnętrznych) i doskonalących nie podejmowano.

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 Dąbrowie Górniczej. 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 auditów wewnętrznych, rejestr auditorów, sprawozdania personelu kierowniczego, potrzeby szkoleniowe, itd. Uczestnikami przeglądów zarządzania organizowanych przez PPIS w Dąbrowie Górniczej poza Kierownikiem ds. jakości są kierownicy poszczególnych sekcji NS i PZ, zastępca PPIS, Główny Księgowy, Kierownik sekcji Administracyjnej, Starszy Specjalista SPO. Podczas przeglądów zarządzania PPIS określa m.in. cele strategiczne, operacyjne i ich ocena, 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 28.03.2019 r., Kierownik ds. jakości sporządził program w dniu 18.03.2019 r., PPIS zatwierdził go w dniu tym samym dniu, program otrzymali wszyscy uczestnicy przeglądu,
- 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 17.03.2023 r., Kierownik ds. jakości sporządził program w dniu 06.03.2023 r., PPIS zatwierdził go w dniu 07.03.2023 r., podpisany program przekazano uczestnikom przeglądu.

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 28.03.2019 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 17.03.2023 r. Protokół sporządził Kierownik ds. jakości w dniu 17.03.2023 r., PPIS w Dąbrowie Górniczej zatwierdził protokół w dniu 20.03.2023 r., wszyscy uczestnicy otrzymali protokół wraz z ustaleniami, które ich dotyczą.

Załącznikami do protokołów z przeglądu zarządzania są: rejestr auditorów wewnętrznych, ustalenia i sprawozdania personelu kierowniczego.

Np.

-Ustalenie nr 1 do Protokołu z przeglądu zarządzania przeprowadzonego w dniu 28.03.2019 r. sporządzono na załączniku nr 3 z dnia 22.12.2014 do wydania 5 procedury PO-06, wersja strony A, data wersji strony 22.12.2014 – ustalenie dotyczyło wykonania malowania pomieszczeń sekcji: NS/HK i NS/HŻ, ustalono harmonogram prac oraz w dniu 31.12.2019 r. dokonano oceny realizacji ustalenia (ustalenie zrealizowane).
- Ustalenie nr 1/2023 do Protokołu z przeglądu zarządzania przeprowadzonego dnia 17.03.2023 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 dokonania przeglądu chłodni, w dniu 20.03. 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 Dąbrowie Górniczej, 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 Dąbrowie Górniczej obowiązuje Kodeks Etyki Pracownika Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz identyfikowane są ryzyka, między innymi dotyczące zachowania bezstronności.

PPIS 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 szkoleń odbywa się zgodnie z wymaganiami procedury nr PO-04.

Np.

- Plan szkoleń zewnętrznych na rok 2019 został sporządzony przez Kierownika ds. jakości w dniu 25.03.2019 r. i zatwierdzony przez PPIS w Dąbrowie Górniczej 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 1 szkolenie, zrealizowane w dniu: 29.05.2019 r.

Kierownicy komórek organizacyjnych sporządzają Plany szkoleń wewnętrznych, np.

- Plan szkoleń wewnętrznych na okres I półrocze 2022 r. został sporządzony przez Kierownika ds. jakości w dniu 25.01.2022 r. przekazany do wiadomości kierownikom NS i PZ (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 1 szkolenie, zrealizowane w dniu 02.06.2022 r.,
- Plan szkoleń wewnętrznych na okres II półrocze 2022 r. dla NS/HD został sporządzony przez Kierownika NS/HD (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 2 szkolenie, zrealizowane odpowiednio w dniach: 29.09.2022 r., 13.12.2022 r.

Uczestnictwo w szkoleniach dokumentowane jest w odpowiednich rejestrach szkoleń, które są prowadzone imiennie dla całego personelu. Rejestry prowadzone są w formie elektronicznej lub papierowej.

Ze szkoleń zewnętrznych uczestnicy sporządzają notatki (stanowią one jeden z kryteriów wyboru w przyszłości danej firmy szkoleniowej). Szkolenia zewnętrzne inicjują również kaskadowe szkolenia wewnętrzne – o konieczności przekazywania informacji ze szkolenia zewnętrznego decyduje kierownik/kierownik techniczny sekcji.

Np.

- Rejestr szkoleń zewnętrznych Kierownika ds. jakości 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. 6, poz. 11 dot. szkolenia pt. „Szkolenie z systemu zarządzania jakością w działalności inspekcyjnej", organizator WSSE, termin 30.11.2022 r..

Po szkoleniu kierownik ds. jakości sporządziła w dniu 30.11.2022 r. Notatkę - ocenę szkolenia zewnętrznego (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 w dniu 13.12.2022 r., szkolenie wewnętrzne (nr 7/22) zostało przeprowadzone, odpowiedni zapis widnieje w Rejestrze szkoleń wewnętrznych np. kierownika NS/HD str.8, poz. 1., w szkoleniu uczestniczyły również osoby, które w czerwcu 2022 r. uzyskały po szkoleniu zewnętrznym certyfikat auditora wewnętrznego i są w trakcie dalszego przygotowywania do roli auditorów wewnętrznych w jednostce inspekcyjnej (w 2023 r. uczestniczą w auditach jako obserwatorzy).

Kierownik ds. jakości corocznie dokonuje oceny posiadanych kwalifikacji i potrzeb szkoleniowych wybranego personelu (kierownik sekcji/kierownik techniczny, auditor wewnętrzny, kandydat na auditora wewnętrznego) w celu określenia potrzeb szkoleniowych (opracowania planu szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych). Po ocenie z dnia 25.01.2022 r. (opracowanej na dodatkowo opracowanym druku pomocniczym) z której wynikało, iż część personelu uzyskała ocenę wymagającą poprawy dotyczącą znajomości normy PN-EN ISO/IEC 17025 w „Planie szkoleń wewnętrznych na okres II półrocza 2022 r." Kierownik ds. jakości, (14.06.2022 r.) zaplanowała szkolenia przypominające wybrane zagadnienia ww. normy. Powyższe działanie uznano za dobrą praktykę doskonalącą system zarządzania jakością.

Nowozatrudniony pracownik oraz pracownik wracający do pracy po długiej nieobecności przechodzi szkolenie wstępne zgodnie z Kartą szkolenia wstępnego.

Ostatnim elementem szkolenia takiego 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 stażysty w sekcji NS-ZNS zatrudnionego w dniu 16.09.2019 r. sporządzona została na załączniku nr 7 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-04, w dniu 17.09.2019 r. kierownik sekcji opracował program szkolenia i po przebyciu wszystkich zaplanowanych szkoleń w dniu 01.07.2020 r. potwierdził, że pracownik może samodzielnie wykonywać zadania,
- Zakres obowiązków i uprawnień pracownika z dnia 16.09.2019 r. (praca pod nadzorem),
- Sprawozdanie z obserwacji pracy ww. pracownika przeprowadzającego kontrolę sporządzony został na załączniku nr 3 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 procedury PO-07, pracownik zapoznał się ze sprawozdaniem w dniu 30.06.2020 r.

- Karty oceny pracownika przeprowadzającego kontrolę sporządzono na załączniku nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 procedury PO-07, (15 pkt., ocena akceptowana).
Pracownik otrzymał nowy Zakres obowiązków i uprawnień pracownika z dnia 01.07.2020 r. (praca samodzielna).
Pracownik w okresie od 24.09.2019 r. do 30.05.2023 r. wziął udział w 16 szkoleniach zewnętrznych i 91 szkoleniach wewnętrznych co zostało potwierdzone odpowiednimi wpisami w rejestrach szkoleń.
W PSSE w Dąbrowie Górniczej zgodnie z zapisami procedury ogólnej nr PO-07 przeprowadza się monitorowanie pracy wszystkich pracowników. Raz na cztery lata sporządzany był czteroletni program obserwacji – przedostatni program obejmował lata 2017-2020, ostatni obejmuje lata 2021-2024.
W programie tym wskazano ilość pracowników poszczególnych komórek organizacyjnych zaplanowanych do obserwacji na dany rok kalendarzowy. Co roku do 15 lutego sporządza się roczne programy obserwacji, w którym wskazuje się imiennie pracowników i kwartał, w którym pracownik poddany będzie obserwacji. Programy sporządza się tak, aby każdy pracownik monitorowany był minimum raz na cztery lata z każdej dziedziny „kontrolnej". Kierownik 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 28.01.2021 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 2019 został sporządzony i zatwierdzony w dniu 31.01.2019 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 19 osób,
- Roczny program obserwacji kontroli na rok 2023 został sporządzony i zatwierdzony w dniu 13.01.2023 r. na załączniku nr 2 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 6 procedury PO-07 zaplanowano obserwację 9 osób,
- Lista obserwatorów kontroli z dnia 23.01.2019 r. zawiera nazwiska 7 osób wytypowanych,
- Lista obserwatorów kontroli z dnia 13.01.2023 r. zawiera nazwiska 6 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

Oddział Nadzoru Sanitarnego
Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży
[redacted]

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

Główny Specjalista
do spraw Systemu Jakości
mgr inż. Anna Gwiazdowska

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

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

Załącznik nr 10.*
do protokołu nr. OK.1611.23.2023
kontroli

**Ustalenia w zakresie działalności laboratoryjnej:**

**I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Dąbrowie Górniczej,**
41-300 Dąbrowa Górnicza, ul. Dąbrowskiego 9a,
Oddział Laboratoryjny: 42-500 Będzin, ul. Kościuszki 58

**II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli:**
Oddział Laboratoryjny PSSE w Dąbrowie Górniczej, w tym:
Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych,
Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń
(pełna nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej – zgodnie z Regulaminem organizacyjnym PSSE)

**III. Data kontroli:** 21-22.06.2023 r.

**IV. Okres działalności podlegający kontroli:** czerwiec 2018 r. – maj 2023 r.

**VI. Kontrola dokumentów**

1. Wykaz kontrolowanych dokumentów

| L.p. | Nazwa dokumentu | Uwagi |
|---|---|---|
| 1. | Zakres akredytacji Laboratorium Badawczego nr AB 520, wydanie 23 z dnia 13.06.2023 r. | |
| 2. | Wykaz przepisów prawnych - Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych zatwierdzony dnia 27.03.2023 r. | |
| 3. | Wykaz przepisów prawnych dotyczących badań mikrobiologicznych żywności - Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń zatwierdzony dnia 23.05.2023 r. | |
| 4. | Wykaz przepisów prawnych dotyczących badań mikrobiologicznych wody - Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń zatwierdzony dnia 10.06.2022 r. | |
| 5. | Wykaz przepisów prawnych dotyczących badań mikrobiologicznych - bakteriologia - Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń zatwierdzony dnia 23.05.2023 r. | |
| 6. | Wykaz procedur badawczych Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych zatwierdzony dnia 04.01.2021 r. | |
| 7. | Wykaz procedur badawczych Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń zatwierdzony dnia 23.05.2022 r. | |
| 8. | Wykaz norm Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń zatwierdzony dnia 13.02.2023 r. | |
| 9. | Wykaz instrukcji roboczych Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych zatwierdzony dnia 24.06.2022 r. | |
| 10. | Wykaz instrukcji roboczych Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń zatwierdzony dnia 01.02.2023 r. | |
| 11. | „Plan zasadniczych zadań Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej na 2023 rok" zatwierdzony przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Dąbrowie Górniczej dnia 19.12.2022 r. | |
| 12. | „Plan badania próbek żywności i przedmiotów użytku dla województwa śląskiego w ramach urzędowej kontroli i monitoringu dla PIS na rok 2023" | |

| L.p. | Nazwa dokumentu | Uwagi |
|---|---|---|
| 13. | Procedura Systemu Zarządzania PSZ-01 „Nadzór nad dokumentami" wydanie 7 z dnia 15.09.2020 r. | |
| 14. | Procedura Systemu Zarządzania PSZ-04 „Obsługa klienta" wydanie 7 z dnia 15.09.2020 r. | |
| 15. | Procedura Systemu Zarządzania PSZ-06 „Postępowanie ze skargami" wydanie 6 z dnia 15.09.2020 r. | |
| 16. | Procedura Systemu Zarządzania PSZ-06 „Postępowanie ze skargami" wydanie 6 z dnia 15.09.2020 r. | |
| 17. | Procedura Systemu Zarządzania PSZ-13 „Weryfikacja/walidacja metod badawczych" wydanie 6 z dnia 15.09.2020 r. | |
| 18. | Procedura Systemu Zarządzania PSZ-15 „Nadzór nad wyposażeniem" wydanie 6 z dnia 15.09.2020 r. | |
| 19. | Procedura systemu zarządzania OL/CHZ- PSZ-16/1 „Postępowanie z próbkami do badań mikrobiologicznych żywności" wydanie 8 z 04.01.2021 r. | |
| 20. | Procedura systemu zarządzania OL/CHZ- PSZ-16/2 „Postępowanie z próbkami do badań mikrobiologicznych wody" wydanie 7 z 04.01.2021 r. | |
| 21. | Procedura systemu zarządzania OL/CHZ- PSZ-16/3 „Postępowanie z próbkami do badań mikrobiologicznych i parazytologicznych w przypadku zakażeń jelitowych" wydanie 3 z 04.01.2021 r. | |
| 22. | Procedura systemu zarządzania OL/CHZ- PSZ-16/4 „Postępowanie z testami biologicznymi stosowanymi do badania skuteczności sterylizacji" wydanie 3 z 04.01.2021 r. | |
| 23. | Procedura systemu zarządzania OL/FŚ-PSZ-16/1 „Postępowanie z próbkami do badań wody" wydanie 2 z 04.01.2021 r. | |
| 24. | Procedura systemu zarządzania OL/FŚ-PSZ-16/2 „Postępowanie z próbkami do badań żywności" wydanie 2 z 04.01.2021 r. | |
| 25. | Instrukcja Robocza NR OL/CHZ- IR-23 „Weryfikacja/walidacja metod mikrobiologicznych" wydanie 8 z dnia 01.02.2023 r. | |
| 26. | Procedura Badawcza OL/CHZ-PB-06 „Wykrywanie obecności pałeczek *Salmonella* i *Shigella*" wydanie 3 z dnia 23.05.2022 r. | |
| 27. | Karta sprawdzenia metody Oświetlenie światłem elektrycznym – norma: PN-83/E-04040.03 nr karty: 1/2020 | |
| 28. | Karta walidacji metody Ocena sensoryczna próbek żywności metodą opisową nr karty: 1/2016 | |
| 29. | Karta sprawdzenia metody Oznaczenie pH wody metodą elektrometryczną – OL/FŚ-PB-13 wydanie 1 z dnia 01.06.2016 nr karty: 6/2019 | |
| 30. | Karta sprawdzenia metody Oznaczenie sumarycznej zawartości wapnia i magnezu – metoda miareczkowa z EDTA – PN-ISO 6059:1999 nr karty: 4/2018 | |
| 31. | Karta walidacji metody Posiłki. Oznaczanie tłuszczu metodą ekstrakcyjną - OL/FŚ-PB-03 wydanie 1 z dnia 01.06.2016 r. nr karty: 1/19 | |
| 32. | Karta weryfikacji w warunkach laboratorium metod mikrobiologicznych – Oznaczanie liczby gronkowców koagulazo-dodatnich (*Staphylococcus aureus* i innych gatunków) wg PN-EN ISO 6888-2:2022-03 nr karty: 1/2023 | |
| 33. | Karta weryfikacji w warunkach laboratorium metod mikrobiologicznych – Obecność/Liczba Bakterie grupy coli wg PN-EN ISO 9308-01:2014-12 + A1:2017-04 nr karty: 3/2023 | |
| 34. | Karta walidacji w warunkach laboratorium metod mikrobiologicznych – Badanie skuteczności procesu sterylizacji przy użyciu wskaźników biologicznych – OL/CHZ-PB-10 wydanie 2 z dnia 23.05.2022 r. nr karty: 1/2023 | |
| 35. | Karta walidacji w warunkach laboratorium metod mikrobiologicznych – Wykrywanie obecności pałeczek *Salmonella* i *Shigella* – OL/CHZ-PB-06 wydanie 3 z dnia 23.05.2022 r. nr karty: 1/2023 | |
| 36. | Świadectwo wzorcowania Luksomierza typu L-100 nr fabr. 765/2014 nr świadectwa OUM7.WUM.L4.473.3243.2022/1 z dnia 6 maja 2022 r. | |
| 37. | Analiza świadectw wzorcowania kalibratora akustycznego typ 4230 | |
| 38. | Karta instalacji wyposażenia – waga elektroniczna nr identyfikacyjny: PP/W/S/K/41/OL/FŚ | |

| L.p. | Nazwa dokumentu | Uwagi |
|---|---|---|
| 39. | Świadectwo wzorcowania waga nieautomatyczna elektroniczna znak fabryczny: WPS 210 nr świadectwa WK/86.U-18/08.18/22 z dnia 22 stycznia 2022 r. | |
| 40. | Analiza świadectw wzorcowania waga nieautomatyczna elektroniczna znak fabryczny: WPS 210 z dnia 07.02.2022 r. | |
| 41. | Zlecenie – klient zewnętrzny nr OL-258/OL/CHZ-133/23/Z i przegląd zlecenia z dnia 24.04.2023 r. dotyczące badań laboratoryjnych próbki wody w zakresie mikrobiologii. | |
| 42. | Wykaz metod badawczych do zlecenia nr OL-258/OL/CHZ-133/23/Z | |
| 43. | Sprawozdanie nr OL-258/OL/CHZ-133/23/01/Z z badań mikrobiologicznych próbki wody z dnia 04.05.2023 r. | |
| 44. | Sprawozdanie nr OL-09/OL/CHZ-02/23/149/N z badań mikrobiologicznych próbki wody z dnia 05.06.2023 r. | |
| 45. | Zlecenie – klient wewnętrzny długoterminowe nr OL-09/OL/CHZ-02/23/N i przegląd zlecenia z dnia 02.01.2023 r. dotyczące badań laboratoryjnych próbek wody. | |
| 46. | Zlecenie – klient zewnętrzny nr OL-92/OL/CHZ-48/23/Z i przegląd zlecenia z dnia 03.03.2023 r. w zakresie badania biologiczne wskaźnika procesu sterylizacji Sporal A | |
| 47. | Karta przekazania sporotestów do badania do zlecenia nr OL-92/OL/CHZ-48/23/Z - nr karty: 4/2023 z dnia 12.05.2023 r. | |
| 48. | Sprawozdanie nr OL-92/OL/CHZ-48/23/01/Z z dnia 25.05.2023 r. w zakresie badania biologiczne wskaźnika procesu sterylizacji Sporal A | |
| 49. | Zlecenie na badania laboratoryjne – załącznik 4 do OL/CHZ-PSZ-16/3 z dnia 04.01.2021 na wykonanie badań w kierunku nosicielstwa pałeczek Salmonella i Shigella u osób zdrowych (OL/CHZ/903/4583/Br 4421/2023; OL/CHZ/903/4584/Br 4422/2023; OL/CHZ/903/4585/Br 4423/2023) z dnia 31.05.2023 r. i przegląd zlecenia z dnia 31.05.2023 r. | |
| 50. | Sprawozdanie z badań OL/CHZ/903 //4583/Br 4421 // 4584/Br 4421 // 4585/Br4423 // 2023/Z z dnia 01.06.2023 r. | |
| 51. | Sprawozdanie nr OL-01/OL/FŚ-01/23/48/N z dnia 02.06.2023 r. w zakresie badania parametrów fizykochemicznych i sensorycznych w próbce wody | |
| 52. | Sprawozdanie nr OL-334/OL/FŚ-189/23/01/N z dnia 01.06.2023 r. w zakresie badań laboratoryjnych próbek żywności (posiłek obiadowy) | |
| 53. | Sprawozdanie nr OL-01/OL/FŚ-01/23/28/N z dnia 05.04.2023 r. w zakresie badania parametrów fizykochemicznych w próbce wody | |
| 54. | Sprawozdanie nr OL-59/OL/CHZ-60/23/01/N z badań mikrobiologicznych próbki żywności z dnia 23.05.2023 r. | |
| 55. | Zlecenie – klient wewnętrzny długoterminowe nr OL-59/OL/CHZ-60/23/N i przegląd zlecenia z dnia 09.05.2023 r. dotyczące badań mikrobiologicznych próbek żywności. | |
| 56. | Sprawozdanie nr OL-200/OL/FŚ-91/23/01/Z z pomiarów hałasu na stanowiskach pracy z dnia 21.04.2023 r. | |
| 57. | Zakres obowiązków Pani [redacted] z dnia 01.02.2023 r. – Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń | |
| 58. | Upoważnienie do wykonywania badań i obsługi wyposażenia Pani [redacted] z dnia 01.02.2023 r. – Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń | |

2. Aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

W Oddziale Laboratoryjnym są stosowane aktualne przepisy prawne i wytyczne jednostek nadrzędnych. Dokumenty są nadzorowane i aktualizowane zgodnie z zapisami w Procedurze Systemu Zarządzania PSZ-01 „Nadzór nad dokumentami" wydanie 7 z dnia 15.09.2020 r. W Oddziale Laboratoryjnym znajdują się wykazy dokumentów: przepisów prawnych, norm, procedur badawczych i instrukcji roboczych. Wykazy te sporządza właściwy kierownik sekcji. Wykazy dokumentów są zatwierdzane przez kierownika Oddziału Laboratoryjnego.

## VII. Realizacja planów pracy w bieżącym roku

Oddział Laboratoryjny realizuje zadania statutowe objęte „Planem zasadniczych zadań Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dąbrowie Górniczej na 2023 rok" zatwierdzonym przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Dąbrowie Górniczej w dniu 19.12.2022 r.

Badania żywności są realizowane zgodnie z „Planem pobierania próbek do badania żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu dla PIS" na rok 2023. Badania wody są realizowane na bieżąco zgodnie z harmonogramem badań próbek wody. Badania w zakresie chorób zakaźnych i zakażeń są realizowane w ramach bieżącego nadzoru sanitarno-epidemiologicznego. Zadania są realizowane terminowo.

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

W badaniach laboratoryjnych poszczególne sekcje Oddziału Laboratoryjnego korzystają z norm ISO, polskich norm PN, własnych procedur badawczych, rozporządzeń, instrukcji producenta, instrukcji roboczych związanych z metodykami badawczymi i działalnością techniczną. Aktualizacji norm dokonuje kierownik Oddziału Laboratoryjnego, kierownik sekcji lub osoba przez niego wyznaczona przeglądając 1 x w miesiącu strony internetowe www.pkn.pl. Potwierdzeniem przeglądów jest zapis w Załączniku 3 do procedury PSZ-01.

Sekcje Oddziału Laboratoryjnego korzystają również z norm wycofanych (bez zastąpienia). W każdym przypadku korzystania z wycofanych norm klient jest o tym poinformowany w przeglądzie zlecenia. W badaniach stosowany jest właściwy tok badań zgodny z zapisami w normach, procedurach, instrukcjach i rozporządzeniach. Dokonywany jest właściwy dobór metod do wykonywanych badań. Zapisy dotyczące przebiegu badania prowadzone są wyraźnie, czytelnie i przejrzyście, z możliwością odtworzenia toku badania.

W obszarze badań wody Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych wykonuje niektóre badania i pomiary wg. procedur badawczych, podczas gdy istnieją aktualne polskie normy. Większość badań i pomiarów w próbkach wody dotyczy obszaru prawnie regulowanego, należałoby więc rozważyć zastąpienie procedur badawczych normami dla:

- pH wody – procedurę nr OL/FŚ-PB-13 normą PN-EN ISO 10523: 2012
- azotynów w wodzie - procedurę nr OL/FŚ-PB-12 normą PN-EN 26777: 1999
- liczby progowej zapachu i smaku wody - procedurę nr OL/FŚ-PB-10 normą PN-EN 1622: 2006.

Procedura Badawcza OL/CHZ- PB-06 „Wykrywanie obecności pałeczek *Salmonella* i *Shigella*" wydanie 3 z dnia 23.05.2022 r. powołuje pozycje literaturowe, które należałoby uaktualnić. Są dostępne nowsze dokumenty źródłowe:

- "Etiologia, obraz kliniczny i diagnostyka ostrych zakażeń i zarażeń przewodu pokarmowego oraz zatruć pokarmowych"- Wydawca Fundacja Pro Pharmacia Futura Warszawa 2010, praca zbiorowa pod redakcją Marka Jagielskiego
- „Rekomendacje laboratoryjnej diagnostyki zakażeń przewodu pokarmowego bakteriami rosnącymi w warunkach tlenowych oraz mikroaerofilnych" – rekomendacje Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny i Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, Warszawa 2015 r.

## IX. Walidacja metod badawczych i szacowanie niepewności

W Oddziale Laboratoryjnym walidację/weryfikację metod badawczych przeprowadza się zgodnie z obowiązującą procedurą systemu zarządzania PSZ-13 „Weryfikacja/walidacja metod badawczych" wydanie 6 z dnia 15.09.2020 r. oraz instrukcją roboczą nr OL/CHZ- IR-23 „Weryfikacja/walidacja metod mikrobiologicznych" wydanie 8 z dnia 01.02.2023 r. Po przeanalizowaniu następujących dokumentów:

1. Karta sprawdzenia metody Oświetlenie światłem elektrycznym – norma: PN-83/E-04040.03 nr karty: 1/2020

2. Karta walidacji metody Ocena sensoryczna próbek żywności metodą opisową nr karty: 1/2016
3. Karta sprawdzenia metody Oznaczenie pH wody metodą elektrometryczną – OL/FŚ-PB-13 wydanie 1 z dnia 01.06.2016 nr karty: 6/2019
4. Karta sprawdzenia metody Oznaczenie sumarycznej zawartości wapnia i magnezu – metoda miareczkowa z EDTA – PN-ISO 6059:1999 nr karty: 4/2018
5. Karta walidacji metody Posiłki. Oznaczanie tłuszczu metodą ekstrakcyjną - OL/FŚ-PB-03 wydanie 1 z dnia 01.06.2016 r. nr karty: 1/19
6. Karta weryfikacji w warunkach laboratorium metod mikrobiologicznych – Oznaczanie liczby gronkowców koagulazo-dodatnich (Staphylococcus aureus i innych gatunków) wg PN-EN ISO 6888-2:2022-03 nr karty: 1/2023
7. Karta weryfikacji w warunkach laboratorium metod mikrobiologicznych – Obecność/Liczba Bakterie grupy coli wg PN-EN ISO 9308-01:2014-12 + A1:2017-04 nr karty: 3/2023
8. Karta walidacji w warunkach laboratorium metod mikrobiologicznych – Badanie skuteczności procesu sterylizacji przy użyciu wskaźników biologicznych – OL/CHZ-PB-10 wydanie 2 z dnia 23.05.2022 r. nr karty: 1/2023
9. Karta walidacji w warunkach laboratorium metod mikrobiologicznych – Wykrywanie obecności pałeczek Salmonella i Shigella – OL/CHZ-PB-06 wydanie 3 z dnia 23.05.2022 r. nr karty: 1/2023
Potwierdza się, że w kontrolowanym zakresie metody były walidowane/weryfikowane w sposób zapewniający przydatność metod do określonego celu.

**X. Nadzór nad wyposażeniem**

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

Nadzór nad wyposażeniem jest prowadzony zgodnie z obowiązującą Procedurą Systemu Zarządzania nr PSZ-15 „Nadzór nad wyposażeniem" wydanie 6 z dnia 15.09.2020 r.
Oddział Laboratoryjny wykonuje badania wyłącznie z udziałem wyposażenia, które jest własnością laboratorium. Wyposażenie zapewnia wymaganą dokładność wykonywanych badań, niezbędną do uzyskiwania ważnych wyników, wykorzystywane jest do wewnętrznego sprawdzania i przetwarzania danych.
Poszczególne sekcje posiadają aktualne wykazy wyposażenia według klasyfikacji określonej w pkt. 5.2. procedury PSZ-15 „Nadzór nad wyposażeniem" wydanie 6 z dnia 15.09.2020 r.
Kierownik Oddziału Laboratoryjnego i kierownicy sekcji są odpowiedzialni za zapewnienie właściwego klasyfikowania wyposażenia, każdy w swoim obszarze. Nadzór nad wyposażeniem sprawuje właściwy kierownik. Wyposażenie jest obsługiwane przez upoważnionych pracowników.
Wyposażenie podlegające nadzorowi oznakowane jest w sposób prawidłowy niepowtarzalnym numerem identyfikacyjnym zgodnie z zasadami opisanymi w obowiązującej procedurze.
Dla każdego przyrządu pomiarowego, wzorca pomiarowego roboczego oraz istotnej dla pomiarów aparatury pomocniczej (tzn. takiej, której parametry pracy mogą mieć znaczący wpływ na wynik badania) zakładane są „Karty instalacji wyposażenia" - załącznik
nr 1 do Procedury PSZ-15. Karty są nadzorowane w ramach danej sekcji przez jej kierownika.

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

Wyposażenie pomiarowe poddawane jest wzorcowaniu (zgodnie z dokumentem PCA DA-06 „Polityka dotycząca spójności pomiarowej wyników pomiarów") przez kompetentne instytucje zewnętrzne (laboratoria Urzędów Miar lub akredytowane laboratoria wzorcujące)

oraz sprawdzane wewnętrznie, w Oddziale, za pomocą wzorców/ materiałów mających odniesienie, jeśli jest to możliwe, do wzorców międzynarodowych, państwowych lub innych. Używane do badań wyposażenie pomiarowe posiada aktualne świadectwa wzorcowania, a tam gdzie to konieczne świadectwa legalizacji. Wzorcowanie przyrządów pomiarowych wykonywane jest zgodnie z „Harmonogramem wzorcowania" - załącznik nr 4 do procedury do Procedury PSZ-15. Laboratorium prowadzi analizę świadectw wzorcowania i realizuje politykę zachowania spójności pomiarowej zgodnie z wytycznymi polityki określonej w Księdze Jakości.

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

Współpraca z klientem odbywa się zgodnie z założeniami zawartymi w procedurze PSZ-04 „Obsługa klienta" wydanie 7 z dnia 15.09.2020 r. Poszczególne sekcje realizują zlecenia dla klientów wewnętrznych (którymi są: Śląski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny oraz państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni) oraz dla klientów zewnętrznych. Zlecenia klienta wewnętrznego dotyczą badań: długoterminowych wykonywanych na podstawie rocznych zleceń Oddziału Nadzoru Sanitarnego odpowiedniej PSSE oraz bieżących wynikających z działalności nadzorowej Państwowej Inspekcji Sanitarnej, przyjmowanych na podstawie zleceń Oddziału Nadzoru Sanitarnego odpowiedniej PSSE.

Do zleceń rocznych mogą być załączone plany lub harmonogramy pobierania próbek i wykonywania badań. Zlecenia klientów zewnętrznych dotyczą badań bieżących. Zlecenia są rejestrowane w sposób opisany w ww. procedurze.

Do każdego zlecenia sporządzany jest przegląd zlecenia. W przeglądzie zawarte są wszystkie niezbędne ustalenia dotyczące między innymi: zakresu badań i terminu realizacji zlecenia, metod badawczych, oceny adekwatności zasobów do wykonania badania, przedstawiania niepewności wyników badań, wydawania stwierdzeń zgodności oraz zasady podejmowania decyzji w zakresie stwierdzeń zgodności, warunków dostarczania próbek do badań, zasad komunikowania się z klientem, ewentualnego korzystania z usług zewnętrznych dostawców badań. W trakcie kontroli przeprowadzono audyt pionowy zleceń z każdego kontrolowanego obszaru.

Z przeprowadzanych w Oddziale Laboratoryjnym badań są prowadzone zapisy. Są właściwie nadzorowane i zawierają wszystkie niezbędne informacje pozwalające prześledzić przebieg badań. Sprawozdania z wykonanych badań wody spełniają wymogi normy PN-ISO/IEC 17025. Jednakże należy zwrócić uwagę na to aby ujednolicić i uporządkować przedstawianie w sprawozdaniach z badań informacji o wynikach i/lub rezultatach z badań oraz zapisów dotyczących niepewności, w szczególności w odniesieniu do badań realizowanych w obszarze regulowanym prawnie.

W sprawozdaniu z pomiarów hałasu na stanowiskach pracy należy zwrócić uwagę na brak przeniesienia informacji, które są w kartach pomiarowych tj.: liczby osób zatrudnionych na danym stanowisku pracy, czasu przeprowadzania pomiarów oraz brak powołania karty pomiarowej z terenu dla poszczególnych stanowisk.

Współpraca z klientem w zakresie badania wykonywanych w Oddziale Laboratoryjnym jest realizowana zgodnie z założeniami obowiązującego w laboratorium sytemu zarządzania.

**XII. Warunki lokalowe i środowiskowe**

Laboratorium zapewnia właściwe środowisko do przyjmowania, przechowywania, przygotowania próbek i wykonywania badań. Dostęp do pomieszczeń laboratorium jest ograniczony i nadzorowany. Wszystkie pomieszczenia Oddziału są wyposażone odpowiednio do wymagań wynikających z przeznaczenia i rodzaju przeprowadzanych badań. W pomieszczeniach specjalnego przeznaczenia warunki środowiska są monitorowane.

Ograniczenie do możliwego minimum wpływu warunków środowiska na dokładność pomiarów jest realizowane poprzez stosowanie odpowiednich metod postępowania udokumentowanych w procedurach i instrukcjach roboczych oraz używanie nowoczesnej aparatury, zapewniającej utrzymanie ściśle zadanych i kontrolowanych warunków.
Pomieszczenia są urządzone i wyposażone w sposób zapewniający możliwość uzyskiwania wysokiej jakości wyników prowadzonych badań. W Sekcji Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń w celu uniknięcia krzyżowania drogi czystej i brudnej w laboratorium wprowadzono rozdział czasowy. Przyjmowanie próbek żywności, odbywa się w punkcie przyjmowania próbek żywności, wody i sporotestów w godzinach od 10 do 12- tej od poniedziałku do środy (z wyjątkiem zatruć pokarmowych). Próbki kału przyjmowane są w punkcie przyjmowania próbek kału w godzinach od 8 do 10 - tej od poniedziałku do czwartku (z wyjątkiem zatruć pokarmowych). Sporotesty przyjmowane są w punkcie przyjmowania sporotestów od poniedziałku do piątku w godzinach 10 do 13.30.

## XIII. Skargi w okresie kontrolowanym

1. Rejestr skarg
Rejestr skarg prowadzony jest w Oddziale Laboratoryjnym dla wszystkich sekcji. W kontrolowanym okresie nie stwierdzono skarg na działalność Oddziału Laboratoryjnego PSSE w Dąbrowie Górniczej.
2. Sposób załatwiania skarg – zgodnie z procedurą systemu zarządzania PSZ-06 „Postępowanie ze skargami" wydanie 6 z dnia 15.09.2020 r.

## XIV. Udział w badaniach biegłości i uzyskane wyniki

Kontrolowane sekcje Oddziału Laboratoryjnego regularnie uczestniczyły w badaniach biegłości i porównaniach międzylaboratoryjnych zgodnie z zatwierdzonymi planami uczestnictwa w badaniach biegłości.
W okresie objętym kontrolą Sekcja Badań Fizykochemicznych i Środowiskowych brała regularnie udział w programach badań biegłości i porównaniach międzylaboratoryjnych w zakresie badań fizykochemicznych i sensorycznych żywności. W kontrolowanym okresie uzyskano tylko jeden wynik wątpliwy - dla oznaczania zawartości wody wg procedury OL/FŚ-PB-01 wydanie 2 z dnia 04.01.2021 r. w odniesieniu do którego przeprowadzono analizę wyników i przeprowadzono działania korygujące. Wszystkie uzyskane wyniki z badań biegłości i porównaniach międzylaboratoryjnych w zakresie badań fizykochemicznych i sensorycznych wody były zadowalające.
Sekcja Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń we wszystkich badaniach biegłości i porównaniach międzylaboratoryjnych z zakresu badań mikrobiologicznych uzyskała wyniki zadowalające.
Wyniki badań biegłości i porównań międzylaboratoryjnych uzyskane w kontrolowanym zakresie potwierdzają kompetencje techniczne poszczególnych sekcji Oddziału Laboratoryjnego w zakresie prowadzonych badań.

## XV. Podwykonawstwo

W przypadku braku możliwości wykonania badań z powodu nieprzewidzianych przyczyn lub zlecenia przez klienta badań, które nie zostały wdrożone w danej sekcji, Oddział Laboratoryjny korzysta z usług kompetentnych dostawców usług zewnętrznych
Na dostawców usług zewnętrznych w zakresie badań wybiera się laboratoria akredytowane w zakresie zlecanego parametru.
Informacja o korzystaniu z usług dostawcy zewnętrznego w zakresie badań jest zawarta w przeglądzie zlecenia. Klient musi wyrazić zgodę na wybór zewnętrznego dostawcę badań.

Sposób postępowania jest opisany w Procedurze Systemu Zarządzania PSZ-04 „Obsługa klienta" wydanie 7 z dnia 15.09.2020 r. W kontrolowanym okresie Oddział Laboratoryjny PSSE w Dąbrowie Górniczej korzystał z usług dostawcy zewnętrznego (Oddział CHZZ WSSE w Katowicach) w zakresie identyfikacji szczepów wyhodowanych z kału na podstawie zlecenia OL-701/34/OL/CHZ-02/2022 z dnia 05.12.2022 r. Natomiast nie dotyczyło to badań realizowanych dla klienta lecz na potrzeby sprawozdawczości w zakresie danych epidemiologicznych.

## XVI. Inne zagadnienia

Pracownicy Oddziału Laboratoryjnego PSSE w Dąbrowie Górniczej posiadają aktualne zakresy obowiązków. Zapisy sprawdzono na przykładzie zakresu obowiązków Pani [redacted] z dnia 01.02.2023 r. Zakres obowiązków został sporządzony przez Kierownika Sekcji Badań Mikrobiologicznych, Chorób Zakaźnych i Zakażeń i zatwierdzony przez Dyrektora PSSE w Dąbrowie Górniczej oraz podpisany przez pracownika, który przyjął zakres obowiązków do wiadomości i stosowania.
Każdemu z pracowników przyznane są upoważnienia do wykonywania badań i obsługi wyposażenia. Podczas kontroli sprawdzono upoważnienie Pani [redacted] z dnia 01.02.2023 r.

## XVII. Wyjaśnienia osób kontrolowanych

Wyjaśnień udzielali pracownicy merytoryczni i kierownicy poszczególnych sekcji oraz kierownik Oddziału Laboratoryjnego PSSE w Dąbrowie Górniczej.
Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów: brak

Oddział Laboratoryjny
KIEROWNIK
[redacted]

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

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

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

*numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji