

P r o t o k ó ł nr OK.1611.2.2.2024

z k o n t r o l i

przeprowadzonej w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zawierciu kierowanej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Zawierciu mgr Ewelinę Sergiel-Błaszczyk.

Kontrolę przeprowadzili przedstawiciele Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego:

1. Tomasz Bojkowski – kierownik Oddziału Epidemiologii działający na podstawie upoważnienia nr 132, który dokonał wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zawierciu pod nr 9.
2. Józef Lipa – kierownik Oddziału Bezpieczeństwa Żywności i Żywienia działający na podstawie upoważnienia nr 130, który dokonał wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Zawierciu pod nr 6.
3. Anna Tatar – kierownik Oddziału Higieny Komunalnej i Środowiska działająca na podstawie upoważnienia nr 134, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zawierciu pod nr 12.
4. Barbara Patro – starszy asystent w Oddziale Bezpieczeństwa Wody działająca na podstawie upoważnienia nr 143, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zawierciu pod nr 8.
5. Izabela Piątek – kierownik Oddziału Higieny Pracy i Nadzoru nad Chemikaliami działająca na podstawie upoważnienia nr 135, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Zawierciu pod nr 5.
6. Monika Karczmarek – kierownik Oddziału Higieny Dzieci i Młodzieży działająca na podstawie upoważnienia nr 133, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zawierciu pod nr 11.
7. Anna Gogola – kierownik Oddziału Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego działająca na podstawie upoważnienia nr 138, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zawierciu pod nr 3.
8. Beata Kempa – kierownik Oddziału Promocji Zdrowia i Komunikacji Społecznej działająca na podstawie upoważnienia nr 139, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zawierciu pod nr 4.

9. Anna Gwiazdowska – Główny Specjalista do spraw Systemu Jakości działająca na podstawie upoważnienia nr 129, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zawierciu pod nr 2.
10. Iwona Szymala - kierownik Działu Laboratoryjnego działająca na podstawie upoważnienia nr 131, która dokonała wpisu w książce kontroli Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zawierciu pod nr 10.

Data rozpoczęcia i zakończenia kontroli: 15-17.05.2024 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 Bezpieczeństwa Żywności i Żywienia,
- c) Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska,
- d) Sekcja Higieny Pracy,
- e) Stanowisko ds. Higieny Dzieci i Młodzieży,
- f) Sekcja Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego,
- g) Samodzielne Stanowisko Pracy do spraw Oświaty Zdrowotnej;

2) Oddział Laboratoryjny:

- a) Sekcja Badań Higieny Środowiska,
- b) Sekcja Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń.

3) Kierownik ds. jakości Oddziału Nadzoru Sanitarnego i Samodzielnego Stanowiska Pracy ds. Oświaty Zdrowotnej

Okres objęty kontrolą: 01.10.2019 r. – 30.04.2024 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, szczepień ochronnych i chorób zakaźnych,

- d) realizacja pracy w systemie SEPIS;
- 2) **w zakresie higieny żywności, żywienia i przedmiotów użytku** – sprawowanie nadzoru bieżącego przez Sekcję Bezpieczeństwa Żywności i Żywienia;
- 3) **w zakresie higieny komunalnej:**
 - a) sposób rozpatrywania 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 zlecenia, 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, kąpeli),
 - 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 terenie,
- 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 zarządzania jakością w działaniach inspekcyjnych w zakresie:

- a) spełniania wymagań dotyczących systemu zarządzania:
 - nadzoru nad dokumentami i zapisami,
 - auditów wewnętrznych,
 - odstępstw, działań korygujących, zapobiegawczych i doskonalących,
 - przeglądów zarządzania;
- b) spełniania wymagań dotyczących zasobów:
 - wymagań dla personelu przeprowadzającego inspekcję,
 - wymagań dotyczących środków technicznych i wyposażenia.

10) w zakresie działalności laboratoryjnej:

- a) badań fizykochemicznych i mikrobiologicznych wody,
- b) badań chorób zakaźnych i zakażeń.

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

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

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Zawierciu 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.

Zawiercie, dnia 05.06.2024 r.

Państwowy
Powiatowy Inspektor Sanitarny
w Zawierciu

mgr Ewelina Serpiel-Błaszczak

.....
pieczętka i podpis
Państwowego Powiatowego
Inspektora Sanitarnego w Zawierciu

Śląski Państwowy Wojewódzki
Inspektor Sanitarny,


..... dr n. med. Grzegorz Hudzik
pieczętka i podpis
Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego
Inspektora Sanitarnego

Protokół otrzymali:

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

Załącznik nr *1
do protokołu nr OK.1611.2.2.2024
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 Zawierciu ul. 11 listopada 15, 42-400 Zawiercie

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli: Sekcja Epidemiologii

III. Data kontroli 16-17.05.2024 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli 17.10.2019– 14.05.2024 r.

Ostatnia kontrola kompleksowa odbyła się w dniu 07.05.2019r. Nie wydano/ wydano zaleceń pokontrolnych

Kontrola problemowa w zakresie prowadzonego nadzoru, w zakresie higieny lecznictwa, w dniu 03.09 2021r. – nie wydano zaleceń.

Kontrola problemowa w zakresie nadzoru nad zakażeniami i chorobami zakaźnymi, w dniu 22.07.2022r. – nie wydano zaleceń.

Kontrola problemowa w zakresie nadzoru nad ogniskami zakażeń szpitalnych w podmiotach leczniczych, w dniu 18.10.2023r. – nie wydano zaleceń.

Kontrole Wojewódzkiego Inspektoratu Farmaceutycznego w Katowicach, przedmiot i zakres kontroli:

- sprawdzenie zgodności warunków przyjmowania, przechowywania, wydawania i transportu szczepionek z procedurami Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej w dniu 12.07.2021r. – bez zaleceń,
- sprawdzenie zgodności warunków przyjmowania, przechowywania, wydawania i transportu szczepionek z procedurami Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej w dniu 30.01.2024r. – bez zaleceń.

Informacje szczegółowe dotyczące nadzorowanego przez PPIS terenu.

PPIS w Zawierciu obejmuje swoim nadzorem ludność w liczbie 112 247 (stan na 30.06.2023r.) w tym dzieci i młodzież objęta PSO - dzieci (do 8 r. ż) – 5623 , młodzież – 12698 (do 20 r. ż.).

PPIS w Zawierciu, sekcja epidemiologii nadzoruje obiekty: szpitali – 1, (w tym 0 jednodniowy), Stacje Dializ - 2, ZOL - 2, przychodnie - 58, laboratoria – 1, gabinetów lekarskich - 135, praktyk pielęgniarek i położnych – 0, innych praktyk – 4, 39 punkty szczepień.

Zatrudnienie,

W Sekcji Epidemiologii zatrudnionych jest: 5 osób, stanowiska i wykształcenia zgodnie z załączoną poniżej tabelą:

L.p.	Imię i nazwisko Stanowisko służbowe	Poziom i profil wykształcenia
1.	██████████ – p.o. Kierownika	mgr Pielęgniarstwa, podyplomowe „Zarządzanie placówkami ochrony zdrowia”.
2.	██████████ – starszy asystent	mgr Zdrowia Publicznego, podyplomowe „Zarządzanie placówkami ochrony zdrowia”.
3.	██████████ – starszy asystent	mgr Zarządzania Placówkami Ochrony Zdrowia, podyplomowe „ Zarządzanie placówkami ochrony zdrowia”.
4.	██████████ – starszy asystent	mgr Pedagogiki i Promocji Zdrowia, podyplomowe „ Zarządzanie placówkami służby zdrowia”.
5.	██████████ – młodszy asystent	mgr Administracji, podyplomowe „ Nadzór Sanitarno-Epidemiologiczny w Zdrowiu Publicznym”.

V. Kontrola dokumentów

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

W sekcji epidemiologii prowadzone są następujące rejestry, w formie elektronicznej :

1. Wykaz zachorowań (podejrzeń) na chorobę zakaźną /zatruc (podejrzeń) związkami chemicznymi – ostre-przewlekłe
2. Rejestr biologicznych czynników chorobotwórczych
3. Rejestr ozdowieńców i nosicieli Salmonella
4. Rejestr gruźlic
5. Wykaz dokumentów nadzorowanych
6. Rejestr szkoleń pracowników
7. Rejestr protokołów kontroli + CRONSOR
8. Rejestr decyzji + CRONSOR
9. Rejestr mandatów + CRONSOR
10. Rejestr upomnień
11. Rejestr postanowień
12. Rejestr interwencji przekazywanych do załatwienia wg właściwości
13. Rejestr interwencji rozpatrywanych bezpośrednio
14. Rejestr wniosków o udostępnianie informacji publicznej

15. Rejestr NOP
16. Rejestr uchylających się od szczepień
17. Rejestr ognisk epidemicznych

W formie papierowej:

1. Rejestr HCV, HBV
2. Wykaz wyposażenia NS-EP

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

1. Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej.
2. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
4. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2023 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2023 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych oraz Międzynarodowej Książeczki Szczepień.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania.
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2015 r. w sprawie Procedur Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie zakażeń i chorób zakaźnych objętych obowiązkiem przekazywania państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu danych o wynikach leczenia lub o wykluczeniu nosicielstwa u ozdrowieńca.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2019 r. w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznania zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2020 r. w sprawie zgłaszania wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych u ludzi.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala.

13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi.
14. USTAWA z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców.
15. USTAWA z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego.
16. USTAWA z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2020 r. w sprawie sposobu prowadzenia rejestru chorób zakaźnych oraz okresu przechowywania danych zawartych w tym rejestrze.
18. USTAWA z dnia 2 marca 2020r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 stycznia 2013 r. w sprawie współdziałania między organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Weterynaryjnej oraz Inspekcji Ochrony Środowiska w zakresie zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, które mogą być przenoszone ze zwierząt na ludzi lub z ludzi na zwierzęta.

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	+	

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 16.05.2024 r.)

Ilość obiektów w ewidencji		Ilość kontroli		
		planowanych	wykonanych planu	wg ponadplanowych
2024r. -do	225 (37 podobiektów)	88	84	1

2023r.	227 (37 podobiektów)	259	243	27
2022r.	225 (38 podobiektów)	259	203	38
2021r.	226 (39 podobiektów)	244	153	22

Przyczyny braku realizacji zaplanowanych kontroli:

- 2021 rok - stan epidemii SARS-CoV-2.
- 2022 rok - w okresie styczeń, luty, marzec – wstrzymane wykonywanie kontroli z powodu epidemii, likwidacja podmiotów, zawieszona działalność w podmiotach.
- 2023 rok - likwidacja podmiotów, zawieszenie działalności.
- 2024 rok - likwidacja podmiotu, zawieszona działalność.

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				2024 rok do dnia kontroli	Uwagi:
		2021 rok	2022 rok	2023 rok			
1	Postanowienia	0	4	7	1	dot. osób uchylających się	
2	Decyzje	5	3	4	0		
3	Decyzje - rachunki	0	6 na łączną kwotę 2040,48	9 na łączną kwotę 2613,00	1 na łączną kwotę 273,00		
4	Opinie sanitarne/pisma**	303	162	60	17		
5	Kontrole w trakcie realizacji	0	0	0	0		
6	Uczestnictwo w odbiorach	0	0	0	0		
7	Upomnienia	18	0	12	0		
8	Tytuły wykonawcze	10 do wojewody-uchylający	0	0	0		
9	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	0	0		

10	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	
----	----------------------------	---	---	---	---	--

VIII. Kontrola dokumentacji

IX. Ilość skontrolowanej dokumentacji (również elektronicznie) spraw/obiektów 6/6
(podać liczbę)

X. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/

2.1 Badania mikrobiologiczne szpitali SEPIS - 12 (2023r.); 3 (2024r.)

2.2 Plusy SEPIS – 396 (2020r.); 7342 (2021r.); 5957 (2022r.); 700 (2023r.); 102 (stan na dzień 10.05.2024r.)

2.3 NOP SEPIS – 59 (2021r.); 6 (2022r.); 0 (2023r.); 1 (2024r.)

2.4 Ogniska SEPIS - 22 (2021r.); 17 (2022r.); 1 (2023r.); 1 (2024r.)

2.5

2.6 Podmiot 2

XI. Ocena wydanych dokumentów

2.1 W oddziale epidemiologii dostęp do systemu SEPIS ma 5 osób .

Ilość wprowadzonych badań do systemu SEPIS – 15 wpisów

Ostatnie Raporty – marzec 2024

postępowanie przeprowadzone prawidłowo/nieprawidłowo w odpowiedni czas realizacji

2.2

Ilość załatwianych „plusów”, 14497 (łącznie)

Ostatnie zgłoszenie wyniku dodatniego wpłynęło 08.04.2024r.

postępowanie przeprowadzone prawidłowo odpowiedni czas realizacji

2.3

Ilość zgłoszonych NOP-ów -66 (łącznie)

Ostatnie zgłoszenie NOP – 26.01.2024r.

2.4

Ilość zgłoszonych Ognisk od 01.03.2021r. – 41 ognisk (SEPIS)

Ostatnie ognisko - 12.01.2024r.

2.5

Zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli z dnia 26.07.2022 r. wraz z wydanym upoważnieniem w dniu 09.08.2022 do przeprowadzenia kontroli. Kontrola przeprowadzona w dniu 09.08.2022 r. potwierdzona protokołem nr 126/1219/NS/EP/22. Zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli z dnia 25.07.2023 r. wraz z wydanym upoważnieniem w dniu 23.08.2023 r. Kontrola przeprowadzona w dniu 24.08.2023 r. potwierdzona protokołem nr 180.NS-EP.2023. Stwierdzono nieprawidłowości związane z procesem dekontaminacji sprzętu medycznego. Zawiadomienie o wszczęciu postępowania z dnia 24.08.2023 r. wydanie decyzji rachunkowej w dniu 01.09.2023 r. nr B/NS/EP/340/2023 oraz Decyzji terminowej z dnia 15.09.2023 r. Zawiadomienie o wszczęciu kontroli z dnia 18.09.2023 r. Przeprowadzenie kontroli potwierdzone protokołem nr 206.NS-EP.2023 r. w dniu 05.10.2023 r.

2.6

Zgłoszenie ZLK ze szpitala w sprawie stwierdzenia wystąpienia Klebsiella pneumoniae wraz z przekazaniem raportu wstępnego o wystąpieniu ogniska epidemicznego. Wysłanie zgłoszenia ZWI w dniu 19.06 do WSSE w Katowicach. W związku ze zgłoszeniem ogniska przeprowadzono kontrolę w dniu 04.07.2023 r. potwierdzoną protokołem nr 147.NS-EP.2023 r. Przesłanie raportu końcowego w sprawie wygaśnięcia ogniska w dniu 16.08.2023 r. Opracowano informację końcową dot. ogniska epidemicznego w dniu 22.08.2023 r. oraz przesłano informację końcową do WSSE w Katowicach.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1 nie dotyczy

2.2 nie dotyczy

2.3 nie dotyczy

2.4 nie dotyczy

2.5 zgodnie

2.6 zgodnie

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa

- 2.1 zgodne
- 2.2 zgodne
- 2.3 zgodne
- 2.4 zgodne
- 2.5 zgodnie
- 2.6 zgodnie

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

- 2.1 nie dotyczy
- 2.2 nie dotyczy
- 2.3 nie dotyczy
- 2.4 nie dotyczy
- 2.5 zgodnie
- 2.6 zgodnie

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

- 2.1 nie dotyczy
- 2.2 nie dotyczy
- 2.3 nie dotyczy
- 2.4 nie dotyczy
- 2.5 zgodnie
- 2.6 zgodnie

f) terminowość załatwiania spraw/ kontrola doręczeń

- 2.1 zgodnie
- 2.2 zgodnie
- 2.3 zgodnie
- 2.4 zgodnie
- 2.5 zgodnie
- 2.6 zgodnie

g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)

2.1 nie dotyczy

2.2 nie dotyczy

2.3 nie dotyczy

2.4 nie dotyczy

2.5 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

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

1. Powiatowy Lekarz Weterynarii - w ramach współdziałania, w zakresie zwalczania chorób zakaźnych, które mogą być przenoszone ze zwierząt na ludzi lub z ludzi na zwierzęta.
2. Starostwo Powiatowe w Zawierciu - przekazywanie informacji dot. zachorowań na wybrane choroby zakaźne, zakażenia i zatrucia zgłoszone do PSSE w danym okresie oraz w porównywalnym okresie ubiegłego roku, aktualizacja WPDNWW.
3. Podmioty lecznicze - w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, monitorowania sytuacji epidemiologicznej oraz podejmowania działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych w celu unieszkodliwienia źródeł zakażenia, przecięcia dróg szerzenia się zakażeń i chorób zakaźnych oraz uodpornienia osób podatnych na zakażenie.
4. Urzędy Miast i Gmin – uzgadnianie Planów Zarządzania Kryzysowego Miast i Gmin
5. Inspekcja Farmaceutyczna – w zakresie wstrzymywania i wycofania z obrotu produktów leczniczych
6. NIZP PZH, WSSE, PSSE – współpraca instytucjonalna.

Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE:

- Oddział Laboratoryjny – wykonywanie badań i analiz laboratoryjnych,
- Oddział Nadzoru Sanitarnego - prowadzenie spraw związanych z wykonywaniem czynności kontrolnych i innych czynności wynikających z zadań realizowanych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego,
- Sekcja Bezpieczeństwa Żywności i Żywienia - sprawowanie nadzoru epidemiologicznego na obszarze powiatu, dochodzenie epidemiologiczne w ognisku zatrucia pokarmowego, interwencje,
- Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska - sprawowanie nadzoru epidemiologicznego na obszarze powiatu, interwencje,
- Sekcja Higieny Pracy i Nadzoru nad Chemikaliami – współpraca w zakresie obowiązków wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii,
- Stanowisko Pracy D.S. Higieny Dzieci i Młodzieży – współpraca w zakresie inicjowania, organizowania i prowadzenia działalności na rzecz oświaty zdrowotnej, promocji zdrowia,
- Stanowisko D.S. Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego - kontrola zgodności budowanych obiektów z wymaganiami higienicznymi i zdrowotnymi, określonymi w obowiązujących przepisach.

XIII. Inne zagadnienia

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

XIV. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Zgodnie z zapisami w protokole

XV. Dodatkowe informacje

Sposób i terminowość rozpatrywania interwencji przez Sekcję Epidemiologii

Ilość interwencji w latach 2021-2024

- Ilość interwencji w roku 2021, 2 w tym zasadnych 1
- Ilość interwencji w roku 2022, 0 w tym zasadnych 0
- Ilość interwencji w roku 2023, 0 w tym zasadnych 0
- Ilość interwencji w roku 2024 do dnia kontroli - 0, w tym zasadnych - 0
postępowanie w przypadku 2 interwencji:

1. Zgłoszenie drogą elektroniczną interwencji dotyczącej uzasadnienia decyzji objęcia kwarantanną:

- 18.01.2021 godz. 15:23, email od Pani [REDACTED] dot. uzasadnienia decyzji objęcia kwarantanną [REDACTED]

- 19.01.2021 godz. 17:32, email od Pani [REDACTED] informujący o przekazaniu sprawy do wyższej instancji,

-20.01.2021, odpowiedź dot. uzasadnienia decyzji objęcia kwarantanną [REDACTED] wystosowana pismem przez PSSE na email Pani [REDACTED]

- 21.01.2021, przekazanie przez WSSE do PSSE w Zawierciu interwencji Pani [REDACTED] [REDACTED] łoszonej do GIS,

-21.01.2021, odpowiedź do ŚPWIS o sposobie rozstrzygnięcia sprawy.

2. Protokół przyjęcia skargi/wniosku z dn. 26.03.2021, dot. skargi na oddział [REDACTED]

- 26.03.2021 o godz. 08.50 do PSSE w Zawierciu wpłynęła drogą telefoniczną skarga od Pani [REDACTED] dot. braku higieny w oddziale [REDACTED] personel nie zmienia rękawiczek, myli leki, skarga przyjęta przez pracownika Nadzoru Zapobiegawczego,

- 26.03.2021, pracownik NS-EP skontaktował się z Panią [REDACTED] w celu uzyskania dodatkowych informacji dot. zgłoszonej skargi, poinformowano Panią, że przez PSSE zostaną podjęte stosowne działania ,

- 26.03.2021, PPIS w Zawierciu zwrócił się pismem do [REDACTED] o ustosunkowanie się do przedstawionych w skardze zarzutów oraz podjęcie odpowiednich działań w Oddziale [REDACTED] oraz przekazanie do PSSE informacji o podjętych działaniach,

-06.04.2021, [REDACTED] zwrócił się z prośbą o przekazanie pełnej treści wniesionej do PSSE skargi, tego samego dnia przekazano do szpitala skan protokołu przyjęcia skargi,

-21.04.2021, otrzymano ze [REDACTED] odpowiedź w sprawie skargi bez odniesienia się do zarzutów wniesionych przez skarżącą,

-22.04.2021, po raz kolejny PPIS zwrócił się pismem do [REDACTED] o niezwłoczne wyjaśnienie zaistniałej sytuacji i odniesienie się do zarzutów wniesionych skargą do PSSE,

- 26.04.2021 ze [REDACTED] otrzymano pismo z odpowiedzią.

- 27.04.2021, poinformowano telefonicznie Panią [REDACTED] o podjętych działaniach i otrzymanych ze [REDACTED] wyjaśnieniach dot. przestrzegania procedur reżimu sanitarnego.

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

zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli;

- Obiekt kontrolowany: [REDACTED]

[REDACTED] Zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli w dniu 29.06.2022 r. Wydanie upoważnień 14.07.2022 r. wraz z przeprowadzeniem kontroli w dniu 14.07.2022 r. potwierdzone protokołem nr 102 /1219/NS/EP/22

Działania podejmowane w związku z nadzorem nad chorobami zakaźnymi: (lata 2019-2024)

2019 rok

10.01.2019 - Pismo przypominające dot. zgłaszalności zatruc/podejrzeń zatruc/zgonów spowodowanych użyciem środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych oraz informujące o zmianie częstotliwości przekazywania przedmiotowych raportów – kierowane do [REDACTED]

25.01.2019 - Pismo przypominające o zgłaszalności chorób zakaźnych, zakażeń, zatruc i dodatnich wyników laboratoryjnych – kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

11.02.2019 - Pismo dotyczące obowiązku niezwłocznego dokonywania zgłoszeń przypadków wystąpienia zgonu osoby, u której potwierdzono laboratoryjnie zakażenie wirusem grypy - kierowane do [REDACTED]

23.08.2019 - Pismo informacyjne dot. postępowania w przypadku identyfikacji szczepów Enterobacteriaceae produkujących karbapenemazy w placówkach leczniczych woj. śląskiego - kierowane do [REDACTED]

17.09.2019 - Pismo przypominające o zgłaszalności chorób zakaźnych, zakażeń, zatruc i dodatnich wyników laboratoryjnych – kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

02.12.2019 - Pismo informacyjne dot. wdrożenia w procedurach postępowania w przypadku wystąpienia zakażenia/zachorowania wywołanego przez *Clostridium difficile* postępowania z bielizną pacjenta – kierowane do [REDACTED]

30.12.2019 - Pismo informacyjne dot. stanowiska GIS w sprawie funkcjonowania bibliotek w podmiotach leczniczych - kierowane do [REDACTED]

2020

08.01.2020 - Pismo przypominające o zgłaszalności chorób zakaźnych, zakażeń, zatruc i dodatkich wyników laboratoryjnych, grypy na druku MZ-55 -kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

03.02.2020 - Pismo informacyjne z zaleceniami dot. transportu osób podejrzanych o zakażenie SARS-CoV-2 kierowane do [REDACTED]

18.02.2020 - Pismo informacyjne dot. nowej wersji definicji do celów nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami wywołanymi wirusem SARS-CoV-2 wraz ze schematem postępowania z osobą narażoną kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

28.02.2020 - Pismo informacyjne dot. algorytmu postępowania dla dyspozytorów medycznych w przypadku podejrzenia zakażenia SARS-CoV-2 kierowane do [REDACTED]

28.02.2020 - Pismo informacyjne dot. algorytmu postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia SARS-CoV-2 - kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

28.02.2020 - Pismo informacyjne dot. sytuacji epidemiologicznej związanej z szerzeniem się zakażenia SARS-CoV-2 - kierowane do [REDACTED]

28.02.2020 - Pismo informacyjne dot. algorytmu postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia SARS-CoV-2 - kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

20.04.2020 Pismo informacyjne dot. uruchomienia wymazobusu, który pobiera materiały do testów na obecność wirusa COVID-19 od osób poddanych kwarantannie – kierowana do [REDACTED]

21.05.2020 - Pismo przypominające o zgłaszalności dodatkich wyników badań w kierunku biologicznego czynnika chorobotwórczego– kierowane do [REDACTED]

2021 rok

04.02.2021 – Pismo w sprawie wyznaczenia osoby odpowiedzialnej za udzielanie inf. dot. szczepień wykonywanych w placówce oraz przypominające o obowiązku zgłaszania NOP.

19.02.2021 – Pismo przypominające o zgłaszalności chorób zakaźnych, zakażeń, zatruc i dodatkich wyników laboratoryjnych – kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

07.09.2021 - Pismo przypominające o zgłaszalności chorób zakaźnych, zakażeń, zatruc i dodatnich wyników laboratoryjnych – kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

18.10.2021 – Pismo informacyjne dot. wzrostu liczby przypadków odry w Polsce i jej profilaktyki - kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

22.10.2021 – Pismo przypominające dot. zgłaszalności zachorowań i podejrzeń zachorowań na gripę - kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

04.11.2021 – Pismo informacyjne dot. przekazywania na bieżąco informacji o przypadkach nałożenia przez lekarza izolacji domowej krótszej niż 10 dni, wraz z uzasadnieniem skrócenia okresu izolacji – kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych

25.11.2021 – Pismo informacyjne dot. OPW oraz przypominające o konieczności uzupełniania/realizacji szczepień przeciw Polio u dzieci oraz o konieczności podjęcia działań w stosunku do uchylających.

29.11.2021 – Pismo informujące dot. zagrożeń stwarzanych w placówkach służby zdrowia przez atmosferę wzbogaconą w tlen - kierowane do

2022 rok

26.01.2022 - Pismo przypominające o zgłaszalności chorób zakaźnych, zakażeń, zatruc i dodatnich wyników laboratoryjnych – kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

10.03.2022 - Pismo przypominające o zgłaszalności chorób zakaźnych, zakażeń, zatruc i dodatnich wyników laboratoryjnych w związku z wojną na Ukrainie – kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

11.03.2022 - Pismo przypominające w sprawie zgłaszania NOP.

30.03.2022 - Pismo przypominające o zgłaszalności chorób zakaźnych, zakażeń, zatruc i dodatnich wyników laboratoryjnych w związku z napływem na teren RP uchodźców z Ukrainy – kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

20.04.2022 – Pismo przypominające dot. wzmożenia nadzoru nad Salmonellą Typhimurium - kierowane do

13.05.2022 – Pismo dot. nieodpłatnego przekazania zestawów do podmiotów leczniczych do wykonywania badań w kierunku SARS – kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

26.07.2022 – Pismo informacyjne dot. sytuacji epidemiologicznej MPX - kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

03.10.2022 - Pismo przypominające o zgłaszalności chorób zakaźnych, zakażeń, zatruc i dodatnich wyników laboratoryjnych – kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

07.10.2022 – Pismo informacyjne dot. realizacji szczepień przeciw ospie małpiej w grupie osób narażonych – kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

16.11.2022 – Pismo informacyjne dot. możliwości wykonania bezpłatnej diagnostyki molekularnej w kierunku wirusów odry i różyczki – kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

06.12.2022 – Pismo informacyjne dla lekarzy w sprawie postępowania z przypadkami gorączki denga - kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

13.12.2022 - Pismo przypominające o zgłaszalności dodatnich wyników laboratoryjnych oraz przypadków zakażeń Salmonella Mbandaka ST413 - kierowane do [REDACTED]

2023 rok

23.02.2023 – Pismo informacyjne dot. międzynarodowego ogniska wywołanego Shigella sonnei (shigelozy/czerwonki bakteryjnej) u osób powracających z podróży na Wyspy Zielonego Przylądka - kierowane do [REDACTED]

13.03.2023 – Pismo przypominające o zgłaszalności chorób zakaźnych, zakażeń, zatruc i dodatnich wyników laboratoryjnych – kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

29.03.2023 – Pismo informacyjne o konieczności uzupełniania/realizacji szczepień przeciw Polio u dzieci oraz o konieczności podjęcia działań w stosunku do uchylających.

17.04.2023 – Pismo przypominające dot. zgłaszalności zatruc/podejrzeń zatruc/zgonów spowodowanych użyciem środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych wraz z tabelą do raportu – kierowane do [REDACTED]

01.06.2023 – Pismo informujące dot. Rozporządzenia RM w sprawie listy czynników alarmowych, rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala – kierowane do [REDACTED]

29.06.2023 - Pismo informacyjne dot. przypadków infekcji wśród kotów domowych spowodowanych wirusem grypy A/H5N1- kierowane do [REDACTED]

05.07.2023 - Pismo przypominające dot. zgłaszalności zatruc/podejrzeń zatruc/zgonów spowodowanych użyciem środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych– kierowane do [REDACTED]

11.07.2023 – Pismo informacyjne dot. zakończenia sporządzania sprawozdań MZ-55 - kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

13.07.2023 – Pismo informacyjne dot. bakterii Escherichia coli wytwarzających OXA-244 - kierowane do [REDACTED]

28.08.2023 – Pismo przypominające dot. zgłaszalności przypadków legionelozy – kierowane do [REDACTED]

28.09.2023 – Pismo przypominające o zgłaszalności chorób zakaźnych, zakażeń, zatruc i dodatnich wyników laboratoryjnych – kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

19.10.2023 – Pismo informacyjne dot. wysoce zjadliwej grypy ptaków - kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

07.11.2023 - Pismo informacyjne dot. nadzoru wirusologiczno-epidemiologicznego nad grypą oraz wirusami grypopodobnymi typu sentinel

14.12.2023 – Pismo przypominające dot. zgłaszalności zgonów z powodu COVID-19 – kierowane do [REDACTED]

2024 rok

09.01.2024 – Pismo informacyjne przekazujące instrukcję dot. sposobu sporządzania zbiorowego raportu rocznego o sytuacji epidemiologicznej szpitala – kierowane do [REDACTED]

11.01.2024 - Pismo przypominające o zgłaszalności chorób zakaźnych, zakażeń, zatruc i dodatkich wyników laboratoryjnych – kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych

26.02.2024 – Pismo przypominające dot. zgłaszalności zatruc/podejrzeń zatruc/zgonów spowodowanych użyciem środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych wraz z aktualnym formularzem zgłoszenia – kierowane do [REDACTED]

15.03.2024 - Pismo informacyjne dot. programu WHO – eliminacja odry i różyczki – kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

22.03.2024 – Pismo informacyjne dot. wzrostu zachorowań na krztusiec – kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

05.04.2024 – Pismo informacyjne dot. ognisk odry na terenie UE/EOG oraz Polski – kierowane do wszystkich podmiotów leczniczych.

Liczba zachorowań (salmonella)

2021 r. - 10 w tym hospitalizacji 9

2022 r. – 6 w tym hospitalizacji 6

2023 r. - 13 w tym hospitalizacji 12

2024 r. – do dnia kontroli - 1 w tym hospitalizacji 1

Liczba przebadanych próbek:

Osoby ze styczości:

2021 r. – 25 osób

2022 r. – 15 osób

2023 r. - 40 osób

Nosicielstwo (badania kontrolne):

2021 r. – 6 osób

2022 r. – 7 osób

2023 r. - 9 osób

Liczba zachorowań Grypa

2021 - 991

2022 - 2546

2023 - 10423

Działania związane z nadzorem nad szczepieniami i szczepionkami w 2024r. do czasu kontroli.

Liczba punktów szczepień - 39

Liczba osób uchylających się od szczepień

2021 - 166

2022 - 171

2023 - 165

p.o. KIEROWNIK
SEKCJI EPIDEMIOLOGII

[Redacted signature area]

pieczętka i podpis pracownika psse uczestniczącego w kontroli/

pieczętka i podpisy pracowników PSSE uczestniczących w kontroli**

Dział Nadzoru Sanitarnego
Kierownik Oddziału Epidemiologii

mgr Tomasz Bojkowski

[Handwritten signature of mgr Tomasz Bojkowski]

pieczętka i podpis osoby kontrolującej/

pieczętka i podpisy osób kontrolujących **

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

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 Zawierciu
ul. 11 Listopada 15, 42-400 Zawiercie

(adres)

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli

Sekcja Bezpieczeństwa Żywności i Żywienia

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

III. Data kontroli 16.05.2024 r. – 17.05.2024 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli 2020 r. – 2024 r. (do dnia 30.04.2024 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	+	

ka

ak

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	+	

(*) Rejestr wymieniony w pkt. 1.7 (skargi) prowadzony jest w sekretariacie dla całej stacji,
 Rejestr wymieniony w pkt. 1,14 (decyzje płatnicze) prowadzony jest w księgowości,
 Papierowo – 1.2, 1.3,
 Elektronicznie – 1.4, 1.6, 1.7, 1.10, 1.11, 1.12, 1.13, 1.15, 1.16, 1.18
 Elektronicznie w programie CRONSOR – 1.1, 1.5, 1.8, 1.9, 1.17.

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

Pracownicy korzystają z przepisów prawnych z licencjonowanego programu „INFORLEX”. Spis aktów prawnych dostępny jest w „Wykazie dokumentów nadzorowanych” na serwerze w zakładce „Rejestry Aktów Prawnych”, do których dostęp ma każdy pracownik sekcji. Przepisy aktualizowane są na bieżąco przez kierownika sekcji.

Informacje dotyczące wytycznych jednostek nadrzędnych przekazywane są pracownikom podczas narad i szkoleń wewnętrznych, co jest potwierdzone podpisami pracowników na listach obecności, lub po zapoznaniu się z danym pismem, podpisem każdego z pracowników bezpośrednio na otrzymanej korespondencji. Osoby nieobecne w pracy zapoznają się z pismami, po powrocie do pracy, co też potwierdzają swoim podpisem.

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach

w 2020 roku:

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
1366	487	286	373

w 2021 roku:

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
1423	552	412	438

w 2022 roku:

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
1472	585	446	560

w 2023 roku:

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
1438	627	469	512

w 2024 roku do 30.04.2024 r.

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
1366	177	136	138

Zatrudnienie w sekcji NS-BŻ

Na dzień 30.04.2024 r. w sekcji zatrudnionych było 7 pracowników tj. kierownik, 3 starszych asystentów, 1 asystent i 2 młodszych asystentów (w tym 1 zatrudniony na ½ etatu).

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

		2020 rok	2021 rok	2022 rok	2023 rok	2024 do 30.04	uwagi
1.	Postanowienia	2	0	3	5	1	
2.	Decyzje	205	245	319	252	90	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych ^{/3}	-	-	-	-	-	
4.	Decyzje – rachunki	219/ 16681 zł	245/ 18603 zł	331/ 26911 zł	360/ 28284 zł	19/8642 zł	
5.	Opinie sanitarne/pisma **	-	-	-	-	-	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu ^{/2}	-	-	-	-	-	
7.	Mandaty	61/ 10550 zł	57/118 00 zł	74/163 00 zł	85/208 50 zł	32/8500 zł	
8.	Kontrole w trakcie realizacji ^{/2}	-	-	-	-	-	
9.	Uczestnictwo w odbiorach	-	-	-	-	-	
10.	Upomnienia	3	6	15	10	3	
11.	Tytuły wykonawcze	1	0	3	1	0	
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywiny w celu przymuszenia	9/4300 zł	0	13/ 6500 zł	2/ 1000 zł	0	
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	0	
		1 wniosek do ŚPWIS	4 wnioski do ŚPWIS	1 wniosek do ŚPWIS	1 wniosek do ŚPWIS	1 wniosków do ŚPWIS	

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

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów – dokonano analizy poniższych, wybranych teczek /spraw/obiektów – 10 obiektów oraz 6 wniosków
2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **/
 - Sklep [REDACTED] nr rej. 2990, interwencja z 2023 r.
 - Sklep [REDACTED] nr rej. 1080, interwencja z 2024 r.
 - Sklep [REDACTED] nr rej. 2692, interwencja z 2024 r.
 - [REDACTED] nr rej. 2661 – postępowanie
 - Sklep [REDACTED] nr rej. 2220 - postępowanie
 - [REDACTED] nr rej. 3042 – postępowanie, przedłużenie
 - [REDACTED] nr rej. 2703 – postępowanie
 - sklep [REDACTED] nr rej. 3263 – zatwierdzenie
 - [REDACTED] nr rej. 3277 – zatwierdzenie
 - [REDACTED] nr rej. 3211 – zatwierdzenie
 - [REDACTED] nr rej. 3278 – wpis do rejestru (decyzja poprzedniego właściciela)

Ocena wydanych dokumentów:

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

nie stwierdzono nieprawidłowości

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

- b) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa:

nie stwierdzono nieprawidłowości

Zasygnalizowano kierownikowi sekcji konieczność jednoznacznej identyfikacji osób/stron na dokumentach (potwierdzenie odbioru osobistego, wnioski, uwagi odręczne itp.) przez czytelne podawanie imienia i nazwiska w przewidzianych na to polach formularzy

- 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;

Zwrócono uwagę kierownikowi sekcji na potrzebę przeanalizowania sposobu i terminu sprawdzania realizacji przez stronę obowiązków (rekontroli) w sytuacji w której stosuje się tzw. „doraźne zalecenia”. Wskazano na sytuacje/ naruszenia kiedy taki sposób wydawania zaleceń może być odebrany jako sprzeczny z trybem określonym w art.27 ustawy o PIS.

g) poprawność rozpatrywanych odwołań/zażaleń

w latach 2020 r. – 2024 r. brak odwołań/ zażaleń

h) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **
patrz pkt XIII

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

W okresie 2020 r – 2024 r. prowadzono współpracę z innymi organami:

Współpraca ciągła:

- z Inspekcją Weterynaryjną - wynika z podpisanego Porozumienia ramowego. Polega na przekazywaniu list zakładów będących pod wspólnym nadzorem PPIS w Zawierciu i PLW w Zawierciu, przeprowadzaniu wspólnych kontroli zakładów wprowadzających do obrotu produkty pochodzenia zwierzęcego ze względu na występujący APŚ, przekazywania informacji w ramach systemu RASFF, a także przekazywaniu sprawozdań z badań próbek żywności pobranych w zakładach będących pod nadzorem PLW lub udziału we wspólnych szkoleniach zewnętrznych
- z PIORiN o/Zawiercie – wynika z podpisanego Porozumienia. Polega na ustaleniach, przeprowadzaniu wspólnych kontroli i poborze próbek żywności pochodzenia roślinnego, wymianie informacji potrzebnych do „Planu Działania”,
- z WIOŚ w Częstochowie, na podstawie zawartego Porozumienia. Dotyczy wspólnych kontroli i poboru próbek żywności pochodzenia roślinnego
- z Inspekcją Farmaceutyczną – corocznie przekazywano informacje o planowanych kontrolach na dany rok oraz o realizacji kontroli planowych i ponadplanowych, poborze próbek suplementów diety i o sprawozdaniach z badań.

Współpraca doraźna:

- z Naczelnikiem Urzędu Skarbowego w Zawierciu – udzielanie odpowiedzi na pisma, przekazywania interwencji do rozpatrzenia zgodnie z kompetencjami,
- z PLW w Olkuszu, Oświęcimiu i Częstochowie, Nowym Targu, Grudziądzu, Krakowie, Nowej Soli, Pruszczu Gdańskim, Jędrzejowie, Siedlcach i Poznaniu – przekazywanie informacji na temat stwierdzenia drobnoustrojów lub przekroczenia antybiotyku w mięsie lub produktach mięsnych. Otrzymywanie informacji o ogniskach wysoce zjadliwej grypy ptaków,
- z Komendą Miejskiej Policji w Bielsku-Białej (Referat do Walki z Przestępczością Narkotykową) przesyłano dokumenty do sprawy prowadzonej przez Prokuraturę Rejonową,
- Urzędem Miasta Zawiercie – przesyłanie pism z prośbą o przekazywanie list przedsiębiorców prowadzących działalność gastronomiczną z ruchomych punktów sprzedaży, w trakcie organizacji imprez na terenie miasta i gminy Zawiercie,
- ze Śląskim Wojewódzkim Inspektorem Jakości Handlowej Artykułów Rolno-Spożywczych w Katowicach – przekazywanie do rozpatrzenia spraw zgodnie z kompetencjami,
- z ARiMR w Częstochowie, WIORiN w Katowicach - pism informacyjnych w związku ze stwierdzeniem przekroczenia NDP kadmu w badanych próbkach zbóż pobranych w gospodarstwach rolnych.
- z powiatowymi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi: PSSE w Wodzisławiu Śl. PSSE w Bielsku-Białej, PSSE w Katowicach, PSSE w Raciborzu, PSSE w Bytomiu, PSSE w Myszkowie, PSSE w Tychach, PSSE w Kłobucku, Raciborzu, Częstochowie, Cieszynie, Chorzowie, Bytomiu,

Bielsku-Białej, Sosnowcu – w sprawie pobory próbek lub przekazywania sprawozdań z badań zgodnie z kompetencjami,

Współpracowano z powiatowymi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi spoza województwa śląskiego tj. w Opolu, Krakowie, Radomiu, Wrześni, Poznaniu, Piasecznie, Olkuszu, Czarnkowie, Kościerzynie, Wadowicach, Olsztynie, Warszawie, Stargardzie, Płocku, Legionowie, Wrocławiu, Dębicy, Piotrkowie Trybunalskim i Gdyni - przekazywano informacje na temat znakowani produktów na aukcjach internetowych, sprawozdania z badań, do wykorzystania zgodnie z kompetencjami.

- z Państwową Inspekcją Pracy w sprawie nieprawidłowości w piekarni i sklepie spożywczym - w zakresie nie należącym do kompetencji PPIS w Zawierciu,
- z Naczelnikiem Urzędu Skarbowego w Radomiu - udzielono informacji na temat przedsiębiorcy prowadzącego działalność na terenie powiatu zawierciańskiego,
- Komendą Powiatową Policji w Zawierciu, Komisariat Policji w Łazach - w związku ze zgłoszoną interwencją,
- Miejskim Ośrodkiem Kultury w Zawierciu - wystosowano pismo z prośbą o udostępnianie listy przedsiębiorców planujących uczestniczyć w zlocie Foodtracków,
- Urzędem Miasta i Gminy Włodowice – przesłano pismo w związku ze złożoną interwencją,
- Urzędem Gminy Żarnowiec - wystosowano pismo przekazujące interwencję.

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

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Współpraca sekcji NS-BŻ ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi PSSE w Zawierciu ma charakter ciągły:

- z Nadzorem Zapobiegawczym polega na konsultacji oraz informowaniu o dokonanych odbiorach, wspólnych kontrolach oraz przekazywaniu wydawanych opinii sanitarnych,
- z sekcją Higieny Dzieci i Młodzieży prowadzona jest w zakresie nadzoru nad placówkami wypoczynku zimowego i letniego dzieci i młodzieży oraz nadzoru nad obiektami żywienia zbiorowego w placówkach oświatowo-wychowawczych,
- z sekcją Promocji Zdrowia w ramach programu ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu i przestrzegania zakazu palenia – przekazywanie sprawozdań miesięcznych o ilości kontroli w tym zakresie i ich wynikach. W 2023 r. przekazywano dodatkowo informacje na temat obiektów IQOS Spaces, a także sprawozdania kwartalne o przeprowadzonych kontrolach w ramach sprawowanego bieżącego nadzoru w tym zakresie w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych.
- z sekcją Epidemiologii – informowanie o podejrzeniach wystąpienia zatrucia pokarmowego, współpraca podczas wystąpienia zbiorowego zatrucia pokarmowego,
- z sekcją Higieny Komunalnej i Środowiska – informowanie o imprezach masowych, o nieprawidłowych wynikach badania próbek wody w obiektach żywnościowo-żywnościowych, a także o możliwości wstrzymania dostaw wody wodociągowej do zakładów produkcji lub obrotu żywnością (z powodu nieopłacenia rachunku za dostawę wody).
- z sekcją Higieny Pracy – w zakresie wymiany informacji, przekazania spraw (rejestr, dokumentów) związanych z nadzorem nad produktami kosmetycznymi.
- z oddziałem laboratoryjnym – dot. informowania o stwierdzonych przekroczeniach w badanych próbkach wody,

W związku z wytycznymi ŚPWIS w sprawie wystąpienia sytuacji kryzysowej – zatrucia denaturatem skażonym metanolem, wraz z pracownikami sekcji Epidemiologii, Higieny Pracy, Higieny Dzieci i Młodzieży, Higieny Komunalnej i Środowiska, Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego prowadzono wspólne kontrole w zakładach wprowadzających do obrotu denaturat.

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/petycje

Postępowanie ze skargami określa rozdział nr 7.5 – 7.6 Księgi Jakości, nr wydania 5, data wydania 02.10.2023 r., wersja strony A, data wersji strony 02.10.2023 r., a także Zarządzenie wewnętrzne Nr 3 Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Zawierciu z dnia 12.02.2003 r. w sprawie przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zawierciu, ze zmianami wprowadzonymi Zarządzeniem nr 14/2004 z dnia 12 lipca 2004 r. i Zarządzeniem nr 3/08 z dnia 11 marca 2008 r. Zarządzenie to opracowano na podstawie Ustawy z dnia 14 czerwca 1969 r. Kodeks Postępowania Administracyjnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 572).

Centralny Rejestr Skarg i Wniosków w stacji prowadzony jest w formie papierowej przez pracownika sekretariatu. Dyrektor PSSE w Zawierciu przyjmuje skargi i wnioski petentów w czwartki w godzinach 12.00 -14.00. Petenci mają możliwość składania skarg, wniosków i petycji osobiście, w formie pisemnej, telefonicznej, za pośrednictwem poczty elektronicznej (e-mail) oraz platformy ePUAP. Do załatwiania skarg i wniosków przekazanych przez PPIS do Sekcji NS-BŻ został upoważniony kierownik sekcji oraz pracownicy sekcji. W komórce prowadzony jest rejestr interwencji do rozpatrzenia. W sekcji NS-BŻ rozpatrywane są wnioski o interwencję także anonimowe. Osoby interweniujące, które podały swoje dane osobowe i adres zamieszkania, otrzymywały odpowiedzi na piśmie. Osoby składające interwencje drogą elektroniczną, otrzymywały odpowiedzi zwrotne na adres e-mail.

Zestawienie ilości załatwianych wniosków i interwencji w kontrolowanym okresie:

Rok	2020	2021	2022	2023	2024 do 30.04
Ogółem:	48	35	44	64	14
Uznane za zasadne	16	13	9	25	5

na jakość środka spożywczego	19	15	12	28	9
Na zły stan sanitarny	16	11	14	22	1
Inne uchybienia	13	9	18	14	4
Pobrane próbki/kwest.	1	0	1	8	1
Mandaty liczba/kwota/zł	18/3300 zł	12/3450 zł	6/1400 zł	21/5300 zł	6/1850
Decyzje administracyjne	1	1	4	5	
Wnioski o ukaranie	0	2	0	0	1

Wszystkie sprawy były załatwione przez wskazanych pracowników w ustawowym terminie i bez zbędnej zwłoki. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości podjęto przewidziane prawem działania administracyjne.

W odpowiedziach kierowanych do Stron ustosunkowano się do zarzutów podniesionych w interwencjach i informowano o podjętych działaniach. W uzasadnionych przypadkach podejmowano współpracę z innymi komórkami Stacji oraz przekazywano informacje do właściwych PSSE i innych Organów: np. PLW.

Zwrócono uwagę kierownikowi aby każdorazowo po przyjęciu wniosku dokonywać jego analizy pod kątem właściwości do załatwienia.

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

2. Proces zatwierdzania i rejestracji obiektów, planowanie kontroli

ROK	Liczba wniosków o zatwierdzenie i o wpis do rejestru	Liczba wniosków o wpis zakładu do rejestru	Liczba wydanych decyzji zatwierdzających	Liczba zarejestrowanych zakładów nie wymagających zatwierdzenia	Liczba decyzji zatwierdzających warunkowo	Liczba decyzji odmawiające zatwierdzenia i wpisu	Liczba decyzji o wycofaniu/zawieszeniu zatwierdzenia zakładu
2020	55	12	55	12	0	0	0
2021	86	21	86	21	0	0	0
2022	89	23	89	23	0	0	0
2023	45	22	45	22	0	0	0
do 30.04.2024	33	12	33	12	0	0	0

Planowanie kontroli w zakładach nadzorowanych wg. oświadczenia kierownika sekcji następuje po analizie ryzyka. Przedstawiono wypełnione karty oceny ryzyka uwzględniające kilka elementów o różnej istotności (załączone do teczki zakładu).

Wskazano kierownikowi sekcji na konieczność analizy i dopracowania sposobu przeprowadzenia i dokumentowania procesu oceny ryzyka dla wszystkich zakładów przed kolejnym okresem planowania z uwzględnieniem wszystkich istotnych elementów - pod kątem jednolitości kryteriów, i przejrzystości tego procesu.

Dokonano analizy wybranych wniosków o zatwierdzenie zakładu i o wpis do rejestru zakładu (pkt.VIII.2) . Z uwagi na brak wniosków (w trakcie kontroli) nie uczestniczono w wizycie na miejscu.

Sprawdzono przygotowanie pracownika do kontroli - prawidłowe/zweryfikowane. Dokumenty /formularze/ upoważnienia - odpowiednie/sprawdzone.

Sprzęt i wyposażenie planowane do użycia w trakcie kontroli sprawdzone/sprawne.

Nie stwierdzono nieprawidłowości w sposobie przeprowadzania kontroli w trakcie procesu zatwierdzania. Zwrócono uwagę kierownikowi sekcji na możliwość stosowania instytucji warunkowego zatwierdzenia (w przypadkach niespełnienia przez zakład wszystkich wymagań) oraz na konieczność traktowania kontroli następnych zakładu jako „przeгляdu zatwierdzenia” z możliwością użycia w przypadku stwierdzenia istotnych / powtarzających się niezgodności – decyzji zawieszających bądź cofających zatwierdzenie.

Dane w zakresie pkt XIII.1 i 2 – wg. oświadczenia i informacji przedstawionych przez kierownika sekcji.

KIEROWNIK
SEKCJI BEZPIECZEŃSTWA ŻYWNOŚCI

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

Oddział Bezpieczeństwa
Żywności i Żywnienia
Kierownik

lek. wet. Józef Lipa

.....
pieczętka i podpis osoby kontrolującej/
pieczętka i podpisy osób kontrolujących **

Ustalenia w zakresie higieny komunalnej.

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Zawierciu, zlokalizowana jest przy ul. 11 Listopada 15

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli

Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska

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

III. Data kontroli: 17.05.2024

IV. Okres działalności podlegający kontroli 18.10.2019 - 16.05.2024

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 (CRONSOR)	nieprawidłowości
1.	Rejestr obiektów nadzorowanych	+	brak
2.	Zapisy ze szkoleń zewnętrznych	+	brak
3.	Zapisy ze szkoleń wewnętrznych	+	brak
4.	Rejestry szkoleń pracowników (indywidualne)	+	brak
5.	Rejestry wydanych decyzji	+	brak
6.	Rejestry postanowień	+	brak
7.	Rejestry: interwencji/ skarg, wniosków**	+	brak
8.	Rejestr nałożonych mandatów	+	brak

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

W Sekcji Higieny Komunalnej i Środowiska znajduje się 5 laptopów jest więc możliwość skorzystania z ogólnodostępnych internetowych serwisów prawnych. W Sekcji pracuje 5 osób, z tym że kierownik komórki przebywa aktualnie na dłuższym urlopie bezpłatnym. W PSSE aktualnie jest 2 Radców Prawnych, dostępnych codziennie.

VI. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 16.05.2024 r.).

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
755	251	72	31

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:
		2021 rok	2022 rok	2023 rok	rok do dnia kontroli	
1.	Postanowienia	13	13	17	1	
2.	Decyzje	28	41	20	21	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych ^{/3}	--	--	--	--	-
4.	Decyzje - rachunki	19/1524,90	18/2787,60	24/13828,76	11/2472,60	
5.	Opinie sanitarne/pisma **	5	21	29	4	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu ^{/2}	--	--	--	--	-
7.	Mandaty	3/300	1/100	3/600	3/700	
8.	Kontrole w trakcie realizacji ^{/2}	--	--	--	--	-
9.	Uczestnictwo w odbiorach	1	5	2	0	
10.	Upomnienia	0	0	0	0	
11.	Tytuły wykonawcze	0	0	0	0	-
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	0	0	-
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	-
14.	Ilość wpływających interwencji:	9	14	21	10	-
14a	-rozpatrzonych przez PPIS	7	8	10	9	bezpieczeństwa wody
14b	-przekazanych do rozpatrzenia	2	6	11	1	-

^{/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 [REDACTED]
 - 2.2 [REDACTED]
 - 2.3 [REDACTED]
 - 2.4 [REDACTED]
 - 2.5 Interwencja anonimowa przekazana do PSSE przez Starostwo Powiatowe pismem z dnia 29.05.2023 r. , dotycząca wystąpienia pluskiew w [REDACTED]
 - 2.6 Interwencja przekazana w dniu 12.01.2024 przez ŚPWIS dotycząca złego stanu sanitarnego w strefie [REDACTED]

3. Ocena wydanych dokumentów.

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

Wydawane dokumenty są czytelne, poprawne pod względem stosowanego w nich nazewnictwa.

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

Stosowane w Sekcji protokoły kontroli sanitarnej są zgodne z Systemem Jakości obowiązującym w Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa.

W wydawanych przez Sekcję 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 każdorazowo 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 realizacji wydanych zaleceń/nakazów wykonywane są na bieżąca po upływie terminu ich.

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

i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji.
Nie poddano kontroli ponieważ takowe nie były prowadzone.

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

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

Straż Miejska, Policja, Urząd Miasta, Urząd Gmin, PINB, WIOŚ,

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi psse

Wedle potrzeby są to Sekcje: Higieny Pracy, Epidemiologii, Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku, Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego, Oddział Laboratoryjny – 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 [REDAKTOWANO] przebywająca aktualnie na urlopie bezpłatnym. W takim przypadku kierownika technicznego zastępuje zastępca Pani [REDAKTOWANO]

Kontrola prowadzenia Systemu Jakości poddane zostanie kontroli przez Głównego Specjalistę ds. Systemu Jakości w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Katowicach.

XIII. Dodatkowe informacje brak

[REDAKTOWANO]
.....
pieczęć [REDAKTOWANO] w kontroli/
pieczęćki i podpisy pracowników psse uczestniczących w kontroli**

Dot. Międzyzakładowego
Kierownik Oddziału Higieny
Komunalnej Śródmiejska

mgr inż. Anna Tatar

.....
pieczęćka i podpis osoby kontrolującej/
pieczęćki i podpisy osób kontrolujących **

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Ustalenia w zakresie bezpieczeństwa wody:

**I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Zawierciu, ul. 11 Listopada 15 ;
42-400 Zawiercie**

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

III. Data kontroli 16.05.2024 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli 01.10.2019 r. -30.04.2024 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	+ CRONSOR	-
2.	Rejestry szkoleń wewnętrznych pracowników(indywidualne)	+ papierowo	-
3.	Rejestry szkoleń zewnętrznych pracowników(indywidualne)	+ papierowo	-
4.	Rejestry wydanych decyzji	+CRONSOR/papierowo	-
5.	Rejestry postanowień	+ papierowo	-
6.	Rejestry: interwencji/ skarg, wniosków**	+papierowo	-
7.	Rejestry protokołów pobierania próbek wody	+ papierowo	-
8.	Rejestr próbek pobieranych na zlecenie	+ papierowo	-
9.	Rejestr powiadomień dot. wody przeznaczonej do spożycia	+ papierowo	-
10.	Rejestr powiadomień o zagrożeniu bezpieczeństwa wody na pływalniach	+ papierowo	-
11.	Rejestr o zagrożeniu <i>Legionella</i> sp.	+ papierowo	-

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych
W sekcji prowadzony jest elektroniczny rejestr przepisów prawnych zgodnie z obowiązującą Procedurą Ogólną Systemu Zarządzania PO-01. Aktualność przepisów prawnych sprawdzana jest na stronie internetowej: www.isap.sejm.gov.pl. Instrukcje w wersji elektronicznej są dostępne dla wszystkich pracowników na serwerze:

- postępowanie z powiadomieniem o wynikach badania wody,
- postępowanie z powiadomieniem o wynikach badania wody w kierunku *Legionella* sp.,
- postępowanie z powiadomieniem o wynikach badania wody na pływalniach, w kierunku *Legionella* sp.,
- pobieranie próbek wody do badań, itd.



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

L.p.	Stanowisko służbowe	Poziom i profil wykształcenia	Szkolenie /narada (ilość)				
			Wewnętrzne	Zewnętrzne			
				WSSE	GIS	inne	
Organizator	przedmiot						
1.	Kierownik Sekcji [REDAKTOWANE]	Wyższe mgr chemii Studia podyplomowe: Organizacja i zarządzania w ochronie zdrowia	11	3	14	0	0
2.	Starszy asystent [REDAKTOWANE]	Wyższe mgr geologii, specjalność hydrogeologia Studia podyplomowe: Techniki ochrony środowiska wobec dyrektyw unii europejskiej	21	1	12	0	0
3.	Starszy asystent [REDAKTOWANE]	Wyższe mgr geografii, specjalność hydrologia. Studia podyplomowe: Techniki ochrony środowiska wobec dyrektyw unii europejskiej; Gospodarka wodna	24	1	12	0	0

VII. Realizacja planów pracy w zakresie przeprowadzenia kontroli w obiektach w bieżącym roku (stan na dzień 30.04.2024 r.)

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
85	83	21	272 - pobory próbek wody i kontrole ponadplanowe

VIII. 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:
		1.10.2019	2020	2021	2022	2023	30.04.2024	
1.	Postanowienia	-	-	-	-	1	-	
2.	Decyzje	-	1	9	10	13	9	
3.	Decyzje dot. ehorób zawodowych ²	-	-	-	-	-	-	
4.	Decyzje - rachunki	16 / 1367,98	60 / 2347,87	62 / 4047,07	76 / 10398,27	71 / 10561,57	15 / 3646,23	
5.	Opinie sanitarne/pisma	0/1	0/1	0/1	0/11	0/7	0/4	

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

IX. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów 13

2. Identyfikacja sprawy/obiektu**/

2.1 Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr NS.HK.9052.2.235.23 próbki wody pobranej w dniu 04.07.2023 r., [REDACTED]

[REDACTED] - ujęcie, kran w studni,

Sprawozdanie z badań Oddziału Laboratoryjnego PSSE w Zawierciu nr OL-01/23/33 próbki wody pobranej w dniu 04.07.2023 r. [REDACTED] ujęcie, kran w studni,

Orzeczenie o jakości wody nr NS.HK.9011.5.293.23 z dnia 10.07.2023 r. dot. próbki wody pobranej w dniu 04.07.2023 r., [REDACTED] - ujęcie, kran w studni,

2.2 Protokół pobrania próbki wody w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nr NS/HK/432-2-38/20 próbki wody pobranej w dniu 03.02.2020 r., [REDACTED]

511 – ujęcie, kran w studni,

Sprawozdanie z badań Oddziału Laboratoryjnego PSSE w Zawierciu nr OL-19/20/4 próbki wody pobranej w dniu 03.02.2020 r., [REDACTED] – ujęcie, kran w studni,

Orzeczenie o jakości wody nr NS/HK/4566-50/WE/20 z dnia 21.02.2020 r. dot. próbki wody pobranej w dniu 03.02.2020 r., [REDACTED] – ujęcie, kran w studni,

Upoważnienia do przeprowadzenia kontroli nr 1219-0131-99/20; 1219-0131-100/20 [REDACTED]

E. Kaut
8

2.3 Protokół pobrania próbki wody ciepłej nr NS.HK.9052.2.162.22 próbki wody pobranej w dniu 02.06.2022 r., [REDACTED] kran w słuźie, wypływ ze zbiornika ciepłej wody lub najbliższy punkt czerpalny

Protokół pobrania próbki wody ciepłej nr NS.HK.9052.2.161.22 próbki wody pobranej w dniu 02.06.2022 r., [REDACTED] – kran w kuchni, wybrany punkt pośredni

Protokół pobrania próbki wody ciepłej nr NS.HK.9052.2.160.22 próbki wody pobranej w dniu 02.06.2022 r., [REDACTED] kran w kuchni, wybrany punkt pośredni

Protokół pobrania próbki wody ciepłej nr NS.HK.9052.2.159.22 próbek wody pobranej w dniu 02.06.2022 r., [REDACTED] słuza brudna, punkt czerpalny najdalej położony od zbiornika ciepłej wody

Protokół pobrania próbki wody ciepłej nr NS.HK.9052.2.158.22 próbki wody pobranej w dniu 02.06.2022 r., [REDACTED] – kran w kuchni, wybrany punkt pośredni

Sprawozdanie z badań OL PSSE w Zawierciu nr OL-01/22/19 próbek wody pobranych w dniu 02.06.2022 r., [REDACTED]

Orzeczenie o jakości wody nr NS.HK.9011.5.245.22 z dnia 2.08.2022 r. dla próbek wody pobranych w dniu 02.06.2022 r. w [REDACTED]

2.4 Protokół wizualnej oceny wody w miejscu okazjonalnie wykorzystywanym do kąpieli [REDACTED] z dnia 09.08.2022 r.

Protokół kontroli sanitarnej nr 234/1219/NS/HK/2022 przeprowadzonej w dniu 09.08.2022 r.-miejsca okazjonalnie wykorzystywanego do kąpieli [REDACTED] – stan sanitarno-higieniczny.

2.5 Protokół wizualny oceny wody w miejscu okazjonalnie wykorzystywanym do kąpieli [REDACTED] z dnia 18.08.2023 r.

Protokół kontroli sanitarnej nr 260.NS-HK.2023 z przeprowadzonej kontroli w dniu 18.08.2023 r. miejsca okazjonalnie wykorzystywanego do kąpieli [REDACTED] stan sanitarno-higieniczny.

2.6 Bieżąca ocena jakości wody z miejsca okazjonalnie wykorzystywanego do kąpieli [REDACTED] nr NS.HL.9011.1.28.22 z dnia 26.08.2022 r. próbki wody pobranej w dniu 22.08.2022 r. wraz z pismem nr NS.HK.9011.1.28.22 z dnia 26.08.2022 r.

Sprawozdanie z badań Oddziału Laboratoryjnego PSSE w Zawierciu nr OL-288/22/1/Z próbki wody pobranej w dniu 22.08.2022 r. z miejsca okazjonalnie wykorzystywanego do kąpieli [REDACTED]

Protokół wizualnej oceny wody w miejscu okazjonalnie wykorzystywanym do kąpieli [REDACTED] prawa strona z dnia 22.08.2022 r.

Protokół wizualnej oceny wody w miejscu okazjonalnie wykorzystywanym do kąpieli [REDACTED] lewa strona z dnia 22.08.2022 r

2.7 Protokół pobrania próbki wody z pływalni nr NS.HK.9052.5.11.23 oraz nr NS.HK.9052.5.4.23 próbki wody pobranej w dniu 20.02.2023 r., [REDACTED] - niecka duża- środek niecki

Protokół pobrania próbki wody z pływalni nr NS.HK.9052.5.12.23 oraz NS.HK.9052.5.5.23 próbki wody pobranej w dniu 20.02.2023 r., [REDACTED] zasilająca nieckę dużą, kran na podbaseniu

Protokół pobrania próbki wody z pływalni nr NS.HK.9052.5.13.23 oraz NS.HK.9052.5.6.23 próbki wody pobranej w dniu 20.02.2023 r., [REDACTED] jacuzzi- środek wanny

Protokół pobrania próbki wody z pływalni nr NS.HK.9052.5.14.23 oraz NS.HK.9052.5.7.23 próbki wody pobranej w dniu 20.02.2023 r., [REDACTED] zasilająca jacuzzi, kran na podbaseniu

Protokół pobrania próbki wody z pływalni NS.HK.9052.5.8.23 próbki wody pobranej w dniu 20.02.2023 r., [REDACTED] natrysk w szatni



Sprawozdania z badań Oddziału Laboratoryjnego PSSE w Zawierciu nr OL-01/23/6 oraz DL WSSE w Katowicach nr DL.9052.4.16.2023.05 próbki wody pobranej w dniu 20.02.2023 r., [REDACTED]

2.8 Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego dotyczącego wydania zbiorczej rocznej oceny jakości wody na pływalni [REDACTED]

[REDACTED] nr NS/HK/4580-5/AP/20 z dnia 05.02.2020 r.

Decyzja dotycząca zbiorczej rocznej oceny jakości wody na pływalni [REDACTED]

[REDACTED] nr NS/HK/4580-5/WE/20 z dnia 14.02.2020 r.

2.9 Wniosek [REDACTED] nr L.dz. 323/2020 z dnia 14.05.2020 r. dot. zweryfikowania materiałów i wyrobów do dystrybucji wody w związku z budową sieci wodociągowej PE 160 [mm] rozdzielczej w rejonie [REDACTED]

Pismo PPIS w Zawierciu nr NS/HK/4569-1-2/AP/20 z dnia 27.05.2024 r. pozytywnie weryfikujące materiały i wyroby do dystrybucji wody w związku z budową sieci wodociągowej PE 160 [mm] rozdzielczej w rejonie [REDACTED]

2.10. Ocena obszarowa jakości wody na terenie gminy powiatu zawierciańskiego za rok 2020 wraz z pismem nr NS/HK/4560-7/AP/21 z dnia 30.03.2021 r. do Starosty Zawierciańskiego.

2.11. Ocena obszarowa jakości wody na terenie gminy powiatu zawierciańskiego za rok 2023 wraz z pismem nr NS.HK.9011.1.11.2024 z dnia 28.03.2024 r. do Starosty Zawierciańskiego.

2.12 Interwencja telefoniczna zgłoszona przez mieszkańca w dniu 20.04.2023 r. dotycząca nieakceptowalnego zapachu wody, przy [REDACTED]

Odpowiedź PPIS w Zawierciu pismo nr NS.HK.9011.1.7.23 z dnia 12.05.2023 r. dot. nieakceptowalnego zapachu wody przy [REDACTED]

2.13 Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego nr NS.HK.9011.3.1.23 z dnia 28.06.2023 w związku ze stwierdzeniem obecności bakterii grupy coli, *Escherichia coli*, Paciorkowców kałowych w próbkach wody pobranych w dniu 26.06.2023 r. [REDACTED]

[REDACTED] oraz sieci wodociągowej zaopatrywanej przez tą Stację Uzdatniania Wody.

Decyzja PPIS w Zawierciu nr NS.HK.9011.3.1.23 z dnia 28.06.2023 r. o nieprzydatności wody do spożycia ze [REDACTED] oraz sieci wodociągowej zaopatrywanej przez tą Stację Uzdatniania Wody w próbkach pobranych w dniu 26.06.2023 r.

Pismo [REDACTED] nr L.dz. 73/z/2023 z dnia 29.06.2023 r. do PPIS w Zawierciu informujące o podjętych działaniach naprawczych oraz zapewnieniu konsumentom alternatywnego źródła zaopatrzenia w wodę.

Zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego nr NS.HK.9011.1.8.23 z dnia 14.07.2023 r. w związku ze stwierdzeniem kwestionowanych wyników badań wody ze [REDACTED]

[REDACTED] oraz sieci wodociągowej w próbkach pobranych w dniu 26.06.2023 r. i 28.06.2024 r.

Decyzja płatnicza nr B/NS/HK/297/2023 z dnia 27.07.2023 r. w związku ze stwierdzeniem obecności bakterii grupy coli, *Escherichia coli*, Paciorkowców kałowych w próbkach pobranych w dniach 26.06.2023 r. i 28.06.2024 r. ze [REDACTED]

[REDACTED] oraz sieci wodociągowej.

3. Ocena wydanych dokumentów

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

Wydawane dokumenty są kompletne, a nadawane numery są zgodnie z rzeczowym wykazem akt.



- b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli)
Protokoły pobierania próbek wody sporządzane są na załącznikach do Instrukcji Roboczej Systemu Zarządzania Pobieranie próbek wody do badań laboratoryjnych Instrukcja Robocza NR IR/NS-BW/02 z dnia 15.03.2019 r. Stosowane Protokoły kontroli sanitarnej wypełniane są zgodnie z obowiązującym Systemem Jakości obowiązującym w Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Po zakończeniu kontroli, protokoły są zatwierdzane przez kierownika technicznego lub w przypadku jego nieobecności przez zastępcę kierownika technicznego.
- c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa w wydawanych przez Sekcję dokumentach, cytowane są aktualne i obowiązujące przepisy prawa.
- 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
Sprawy prowadzone w Sekcji załatwiane są w terminie określonym w Kodeksie postępowania administracyjnego. Wydawane decyzje jak również zawiadomienia o wszczęciu postępowania administracyjnego, zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli wysyłane są stronom za zwrotnym potwierdzeniem odbioru
- g) monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych (przeprowadzanie rekontroli)
Rekontrole wykonywania nakazów decyzji wykonywane są niezwłocznie po upływie terminu zawartego w decyzji
- h) poprawność rozpatrywanych odwołań/ zażeń
brak uwag
- i) poprawność prowadzonego postępowania egzekucyjnego w administracji
brak uwag
- j) dodatkowe zagadnienia/ uwagi **
brak uwag

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

Wodociągi, Wody Polskie, Urzędy Miast i Gmin, Laboratoria zewnętrzne, Powiatowy Inspektorat Weterynarii, Starostwo Powiatowe

XI. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Sekcje: Epidemiologii, Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku, Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego, Higieny Dzieci i Młodzieży, Higiena Pracy, Oświaty Zdrowotnej – współpraca wynikająca z bieżących potrzeb np. odbiory nowych obiektów, udział w dochodzeniach epidemiologicznych (zatrucia), ocena wyników

XII. Inne zagadnienia

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

XIII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Brak uwag



XIV. Dodatkowe informacje

Integralną część załącznika stanowią kopie elektroniczne dokumentów
Nie dotyczy

STARSZY ASYSTENT

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

Dział Nadzoru Sanitarnego
Oddział Bezpieczeństwa Wody
starszy asystent
Barbara Patro
mgr Barbara Patro

.....
pieczęć i podpis osoby kontrolującej/
pieczęć i podpisy osób kontrolujących **

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

~~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 Zawierciu
42-400 Zawiercie ul. 11 Listopada 15**

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

III. Data kontroli: 16.05.2024 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli 01.01.2020r. do 30.04.2024 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 protokołów kontroli *	+	
12.	Rejestr tytułów wykonawczych	+	
13.	Rejestr odwołań	+	
14.	Rejestr upomnień	+	
15.	Rejestr wprowadzających do obrotu prekursorów 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 prekursorów 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 30.04.2024 r.)

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	Planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
324	42	41	18

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

Lp.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota ^{/1}					Uwagi
		2020 rok	2021 rok	2022 rok	2023 rok	2024 do dnia 30.04.	
1.	Postanowienia	0	0	58	0	0	
2.	Decyzje	14	60	52	41	18	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych ^{/3}	13	17	13	11	1	
4.	Decyzje - rachunki	11 1224,00 zł	56 7055,00 zł	48 13767,00 zł	34 10920,00 zł	22 7293,00 zł	
5.	Opinie sanitarne/pisma**	0	0	0	0	0	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu ^{/2}	0	0	0	0	0	
7.	Mandaty	0	0	0	0	0	
8.	Kontrole w trakcie realizacji ^{/2}	0	0	0	0	0	
9.	Uczestnictwo w odbiorach	3	4	1	2	1	
10.	Upomnienia	0	1	0	0	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

2.2

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 16.10.2023 r.
Protokół kontroli nr 142.NS-HP/2023 z dnia 16.10.2023 r.
Decyzja z dnia 31.10.2023 r. nr NS.HP.9022.142.2023
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 09.02.2024 r.
Protokół kontroli nr 18.NS-HP/2024 z dnia 09.02.2024 r.

2.3

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 07.03.2024 r.
Protokół kontroli nr 34. NS-HP.2024 z dnia 07.03.2024 r.
Decyzja z dnia 15.03.2024 r. nr NS.HP.9022.34.2024

2.4

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 5.03.2024 r.
Protokół kontroli nr 31. NS-HP.2024 z dnia 5.03.2024 r.
Decyzja z dnia 13.03.2024 r. nr NS.HP.9022.31.2024.

2.5

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 18.08.2022 r.
Protokół kontroli nr 111.1219.NS-HP.2022 z dnia 18.08.2022 r.
Decyzja z dnia 6.09.2022 r. nr NS.HP.9022.111.2022
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 23.06.2023 r.
Protokół kontroli nr 168. 1219/NS/HP.2022 z dnia 23.06.2022 r

2.6

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 29.08.2022 r.
Protokół kontroli nr 115.1219/NS/HP/.2022 z dnia 29.08.2022 r.

2.7

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach 25.04.2024 r.
Protokół kontroli nr 59.NS.HP.2024 z dnia 25.04.2024 r.

2.8

Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniach 04.12.2023 r.
Protokół kontroli nr 167. NS-HP.2023 z dnia 04.12.2023 r.

2.9

[REDACTED]
[REDACTED]
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 11.04.2022 r.
Protokół kontroli nr 39/1219/NS-HP.2023 z dnia 11.04. 2022 r.
Decyzja z dnia 21.04.2022 r. nr NS.HP.9022.39.2022
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 12.08.2022 r.
Protokół kontroli nr 106/1219/NS-HP.2023 z dnia 12.08.2022 r.

2.10

[REDACTED]
[REDACTED]
Kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 19.04.2023 r.
Protokół kontroli nr 51. NS-HP.2023 z dnia 19.04. 2023 r

B. Identyfikacja spraw (choroby zawodowe):

- 2.1 NS-HP.907.13.2022 choroba zawodowa poz.3.4
- 2.2 NS-HP. 907.17.2023 choroba zawodowa poz.20.1
- 2.3 NS-HP. 907.7.2023 choroba zawodowa poz.20.1
- 2.4 NS-HP. 907.6.2023 choroba zawodowa poz.15
- 2.5 NS-HP. 907.11.2023 choroba zawodowa poz.3.5
- 2.6 NS-HP. 907.1.2022 choroba zawodowa poz.15
- 2.7 NS-HP. 907.17.2021 choroba zawodowa poz.26
- 2.8 NS/HP/4432-13/MP/20 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:

- Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej – w zakresie postępowań dotyczących chorób zawodowych, wymiana informacji o stwierdzonych nieprawidłowościach (zgodnie z właściwością miejscową),

- WOMP w Katowicach, IMP w Łodzi lub inne placówki orzecznicze - w zakresie postępowań dotyczących chorób zawodowych

- PIP w zakresie przekazywania decyzji dotyczących chorób zawodowych, informowanie o stwierdzonych nieprawidłowościach wchodzących w zakres kompetencji organu.

- Nadzór budowlany - informowanie o stwierdzonych nieprawidłowościach wchodzących w zakres kompetencji organu,

- Policja – współdziałanie w sprawach dotyczących środków zastępczych

- Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych Produktów Biobójczych w zakresie informacji nt. produktów biobójczych,

- Urzędy administracji, Centrum Zarządzania Kryzysowego – podejmowanie wspólnych działań związanych z interwencjami np. mieszkańców.

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Współpraca zależności od potrzeb z:

- Kierownik Nadzoru Sanitarnego – przygotowanie danych do sprawozdań
- Sekcja Epidemiologii - w zakresie zatruc substancjami psychoaktywnymi, SMIOD, współpraca w Covid-19,
- Sekcja Oświaty Zdrowotnej - w zakresie działań oświatowych dotyczących środków zastępczych oraz palenia tytoniu,
- Sekcja Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego – nadzór zapobiegawczy, wspólne kontrole, konsultacje,
- Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska – nadzór bieżący, kontrole interwencyjne, wymiana informacji Radon, konsultacje,
- Sekcja Higieny Żywności Żywienia i Przedmiotów Użytku – nadzór bieżący, kontrole interwencyjne, konsultacje,
- Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży – wymiana informacji Radon, nadzór bieżący, wspólne kontrole .

XI. Inne zagadnienia

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

Nie dotyczy

XII. Ustalenia dotyczące funkcjonowania systemu jakości

Nie dotyczy

XIII. Dodatkowe informacje

Środki zastępcze

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

Rok	Ilość nadzorowanych obiektów	Ilość kontroli	Ilość pobranych próbek	Ilość przebadanych próbek
2020	0	0	0	0
2021	0	0	0	0
2022	0	0	0	0
2023	2	2	0	0
do dnia 30.04.2024	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
2020	0	0	0	0	0	0	0
2021	0	0	0	0	0	0	0
2022	0	0	0	0	0	0	0
2023	0	0	0	0	0	0	0
do dnia 30.04.2024	0	0	0	0	0	0	0

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:

Nie dotyczy

.....
 pieczętki i podpisy kontroli/
 pieczętki i podpisy kontroli**

Dział Nadzoru Sanitarnego
 Oddział Higieny Pracy
 i Nadzoru nad Chemikaliami

.....
 kierownik
 mgr inż. Izabela Piątek

.....
 pieczętka i podpis osoby kontrolującej/
 pieczętka i podpisy osób kontrolujących **

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Załącznik nr 6.*
do protokołu nr OK.1611.2.2.2024
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 Zawierciu
ul. 11 Listopada 15, 42-400 Zawiercie

(adres)

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli:

Stanowisko ds. Higieny Dzieci i Młodzieży

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

III. Data kontroli 17.05.2024 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli 01.10.2019 r. -30.04.2024 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 31.04.2024 r.)

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych
2019 r.- zakładów stałych 108 i 150 wypoczynku	71	71	87
2020 r.- zakładów stałych 126 i 106 wypoczynku	72	72	52
2021 r.- zakładów stałych 130 i 152 wypoczynku	72	72	60
2022 r.- zakładów stałych 145 i 164 wypoczynku	76	75	96
2023 r.- zakładów stałych 145 i 200 wypoczynku	77	77	121

0001 19

2024 r.- zakładów stałych 145 i 12 wypoczynku	82	35	11
---	----	----	----

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:
		2019rok	2020 rok	2021 rok	2022 rok	2023 rok	do 31.04. 2024 rok	
1.	Postanowienia	0	0	0	0	0	0	
2.	Decyzje	4, w tym 2żłobki/2 wsparcia dziennego	6 w tym 5 żłobki/	5 w tym 2 żłobki/2 prolongujące	8 w tym 3 żłobki/ 3 prolongujące	12 w tym 1 żłobek/ 6 prolongujące	0	
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych ^{/3}	0	0	0	0	0	0	
4.	Decyzje – rachunki	7	9	9	9	9	0	
5.	Opinie sanitarne/ pisma**	13	3	219 w tym 213(covid)	78 w tym 74(covid)	1	0	
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu ^{/2}	0	0	0	0	0	0	
7.	Mandaty	0	0	0	0	1 (400)	0	
8.	Kontrole w trakcie realizacji ^{/2}	0	0	0	0	0	0	
9.	Uczestnictwo w odbiorach	1	2	1	2	2	0	
10.	Upomnienia	0	0	0	0	1	0	
11.	Tytuły wykonawcze	0	0	0	0	0	0	
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	0	0	0	0	0	0	
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	0	0	0	0	0	0	

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

^{/2} - dotyczy działalności w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

^{/3} - dotyczy działalności w zakresie nadzoru higieny prac

VIII. Kontrola dokumentacji

1. Ilość skontrolowanej dokumentacji spraw/obiektów: 6
(podać liczbę)

2. Identyfikacja sprawy/ obiektu **

2.1 Żłobek

- protokół kontroli nr 50/1219/NS/HD/2019 z dnia 31.05.2019 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikiem "Ocena stanu sanitarnego Żłobka" F/HDM/01

- wniosek o wydanie decyzji potwierdzającej spełnienie warunków higienicznych i zdrowotnych maksymalnej liczby miejsc z dnia 20.04.2021r.

- protokół kontroli nr 6/1219/NS/HD/2021 z dnia 26.04.2021r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce.

- zawiadomienie o wszczęciu postępowania nr NS/HD-6/SM/21 z dnia 27.04.2021 r., w sprawie wydania decyzji potwierdzającej spełnienie warunków higienicznych i zdrowotnych maksymalnej liczby miejsc z adnotacją z dnia 27.04 2021 roku potwierdzającą otrzymanie zawiadomienia, zapoznanie się z aktami sprawy przez stronę oraz oświadczeniem o nie zgłaszaniu wniosków dowodowych.

- decyzja potwierdzająca znak: NS/HD-432-6/SM/21 z dnia 27.04.2021 r. z adnotacją z dnia 27.04 2021 roku potwierdzającą otrzymanie decyzji.

- protokół kontroli nr 13/1219/NS/HD/2022 z dnia 23.02.2022 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikiem "Ocena stanu sanitarnego Żłobka" F/HDM/01.

- protokół kontroli nr 37.NS-HD.2023 z dnia 24.03.2023r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikiem "Ocena stanu sanitarnego Żłobka" F/HDM/01.

- protokół kontroli nr 3.NS-HD.2024 z dnia 30.01.2024r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikiem "Ocena stanu sanitarnego Żłobka" F/HDM/01.

2.2 Przedszkole

- protokół kontroli nr 115/1219/NS/HD/2021 z dnia 23.11.2021r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikiem "Ocena stanu sanitarnego przedszkola" F/HDM/02, w zakresie przestrzegania procedur funkcjonowania szkoły w trakcie trwania pandemii Sars Cov 2.

- protokół kontroli nr 43.NS-HD.2023 z dnia 17.04.2023 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikiem "Ocena stanu sanitarnego przedszkola" F/HDM/02.

2.3. Szkoła

- protokół przyjęcia podania – skargi- wniosku wniesionego telefonicznie z dnia 01.03.2023 r. o sprawdzenie warunków sanitarnych,

- protokół kontroli nr 28.NS-HD.2023 z dnia 01.03.2024r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce,

0111 4

- zawiadomienie o wszczęciu postępowania w sprawie naruszenia wymagań higienicznych i zdrowotnych znak NS.HD.9022.1.28.23 z dnia 10.03.2023 r.,
- potwierdzenie zwrotne odbioru zawiadomienia znak NS.HD.9022.1.28.23 z dnia 13.03.2023 r.,
- decyzja administracyjna nakazująca znak NS.HD.9022.1.28.23 z dnia 30.03.2023 r.,
- decyzja płaćnicza nr B/NS/HD/102/2023 z dnia 30.03.2023 r.,
- potwierdzenie zwrotne z dnia 03.04.2023 r. odbioru decyzji administracyjnej znak NS.HD.9022.1.28.23 z dnia 30.03.2023 r. i decyzji płaćniczej nr B/NS/HD/102/2023 z dnia 30.03.2023 r.,
- wniosek z dnia 28.08.2023r. o prolongatę terminu decyzji administracyjnej znak NS.HD.9022.1.28.23 z dnia 30.03.2023 r.,
- protokół kontroli nr 140.NS-HD.2023 r. z dnia 29.08.2023 r. dotyczy oceny placówki w zakresie przygotowania do nowego roku szkolnego wraz z wypełnionym formularzem
- decyzja orzekająca zmianę terminu decyzji administracyjnej znak NS.HD.9022.1.28.23 z dnia 30.03.2023 r. z dnia 12.09.2023 r. z adnotacją potwierdzającą odbiór osobisty dnia 13.09.2023 r.
- protokół kontroli nr 184.NS-HD.2023 z dnia 07.11.2024r., w zakresie oceny stanu sanitarnego wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce oraz oceny obciążenia uczniów ciężarem tornistra.

2.4 Szkoła [REDACTED]

- protokół kontroli nr 113/1219/NS/HD/2021 z dnia 22.11.2021r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikiem "Ocena stanu sanitarnego przedszkola" F/HDM/04, w zakresie przestrzegania procedur funkcjonowania szkoły w trakcie trwania pandemii Sars Cov 2,
- protokół kontroli nr 161.NS-HD.2023 z dnia 26.09.2023 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikiem "Ocena stanu sanitarnego przedszkola" F/HDM/04,
- protokół kontroli nr 44.NS-HD.2024 z dnia 19.04.2024 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikiem "Ocena stanu sanitarnego przedszkola" F/HDM/04,

2.5 Szkoła [REDACTED]

- protokół kontroli nr 40/1219/NS/HD/2019 z dnia 09.05.2019r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikiem "Ocena stanu sanitarnego przedszkola" F/HDM/04,
- protokół kontroli nr 16/1219/NS/HD/2021 z dnia 28.05.2021r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikiem "Ocena stanu sanitarnego przedszkola" F/HDM/04, w zakresie przestrzegania procedur funkcjonowania szkoły w trakcie trwania pandemii Sars Cov 2,
- protokół kontroli nr 147/1219/NS/HD/2022 z dnia 18.10.2022r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikiem "Ocena stanu sanitarnego przedszkola" F/HDM/04, w zakresie oceny realizacji wymogów w zakresie stosowania substancji chemicznych i ich mieszanin załącznik F/HDM/06,

- protokół kontroli nr 156.NS-HD.2023 r. z dnia 06.09.2023 r. w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikiem "Ocena stanu sanitarnego przedszkola" F/HDM/04, oraz w zakresie oceny placówki w zakresie przygotowania do nowego roku szkolnego wraz z wypełnionym formularzem.

2.6

- wniosek o wydanie opinii znak CAPOW -D-0715-69-2021 z dnia 28.06.2021 r., protokół kontroli nr 50/1219/NS/HD/2021 z dnia 07.07.2021 r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce.

- zawiadomienie o wszczęciu postępowania nr NS/HD.9011.1.50/21 z dnia 15.07.2021r., w sprawie wydania opinii potwierdzającej spełnienie warunków higienicznych i zdrowotnych z adnotacją z dnia 15.04 2021 roku potwierdzającą otrzymanie zawiadomienia, zapoznanie się z aktami sprawy przez stronę oraz oświadczeniem o nie zgłaszaniu wniosków dowodowych

- opinia znak: NS-HD.9011.1.50/21 z dnia 15.07.2021 r. z adnotacją z dnia 16.07.2021 roku potwierdzającą otrzymanie opinii.

- protokół kontroli nr 35/1219/NS/HD/2022 z dnia 12.05.2022r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikiem "Ocena stanu sanitarnego placówki opiekuńczo – wychowawczej lub instytucjonalnej pieczy zastępczej" F/HDM/10.

- protokół kontroli nr 70.NS-HD.2023 z dnia 21.06.2023r., w zakresie oceny spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w placówce wraz z załącznikiem "Ocena stanu sanitarnego placówki opiekuńczo – wychowawczej lub instytucjonalnej pieczy zastępczej" F/HDM/10.

3. Ocena wydanych dokumentów

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

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

W związku z prowadzonym bieżącym nadzorem nad zakładami oświatowo-wychowawczymi, w latach 2019-2024 wzięto udział w 25 spotkaniach komisji objazdowej bezpieczeństwa i porządku publicznego, w trakcie spotkań komisji monitorowano warunki pobytu uczestników, żywienia oraz sposób organizacji zajęć i gier jakie zapewnili organizatorzy wypoczynku dzieci i młodzieży.

W skład komisji wchodzi przedstawiciele Starostwa Powiatowego, Komendy Powiatowej Policji, Komendy Powiatowej Straży Pożarnej, Państwowej Powiatowej Inspekcji Sanitarnej.

X. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE:

Pracownik na stanowisku ds. Higieny Dzieci i Młodzieży na bieżąco współpracuje z:

- Sekcją Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego, w zakresie odbiorów pomieszczeń, w których planowane jest rozpoczęcie działalności oświatowo-wychowawczej.
- Sekcją Oświaty Zdrowotnej, w ramach akcji profilaktycznych Nagrano 3 audycje radiowe. Audycje radiowe emitowano na antenie Polskiego Radia Katowice w cyklu programu „EKORANEK” . Po raz pierwszy też współpracując z miejscową instytucją Centrum Rozwoju Lokalnego w Zawierciu w zakresie organizacji przedsięwzięć prozdrowotnych, nagrano film edukacyjny w ramach ogólnopolskiej akcji #Edukujesz Ratujesz przeznaczonych do emisji na kanale You Tube..
- Sekcją Higieny Żywności i Żywnienia i Przedmiotów Użytku, w zakresie nadzoru nad pionami żywnościowo-żywnieniowym, w placówkach wypoczynku zimowego i letniego.

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



.....
pieczętka i podpisy pracowników PSSE uczestniczących w kontroli**

Dział Nadzoru Sanitarnego
Kierownik
Oddziału Higieny Dzieci i Młodzieży

mgr Monika Karczmarek

.....
pieczętka i podpisy osoby kontrolującej/
pieczętka i podpisy osób kontrolujących **

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

~~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 Zawierciu, ul. 11 Listopada 15, 42-400 Zawiercie

(adres)

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

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

III. Data kontroli: 15.05.2024 r

Okres działalności podlegający kontroli: od ostatniej kontroli (16.10.2019 r.) do 30.04.2024 r.

IV. Kontrola dokumentów

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

L.p.	Rodzaj rejestrów/ewidencji/wykazu/ bazy danych **	+jest, - nie ma	nieprawidłowości
1.	Rejestr obiektów nadzorowanych	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 INFORLEX , przekazywane w każdym tygodniu (na naradach) informacje prawnicze, pisma oraz wytyczne GIS.

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

L.p.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota ¹						Uwagi:
		Rok 2019 od dnia kontroli	Rok 2020	Rok 2021	Rok 2022	Rok 2023	Rok 2024 do dnia kontroli	
1.	Postanowienia	0	0	0	1	15	22	brak
2.	Decyzje	0	0	0	0	0	0	brak
3.	Decyzje dot. chorób zawodowych ³	-	-	-	-	-	-	brak
4.	Decyzje - rachunki	11 (2 342zł)	19 (3 400 zł)	20 (4 250 zł)	15 (6 786 zł)	29 (13 260 zł)	10 (4 329 zł)	brak
5.	Opinie sanitarne/pisma ^{**}	26	90	91	118	145	74	brak
6.	Sprzeciw na użytkowanie obiektu ²	0	0	0	0	0	0	brak
7.	Mandaty	-	-	-	-	-	-	brak
8.	Kontrole w trakcie realizacji ²	0	0	33	77	107	37	brak
9.	Uczestnictwo w odbiorach	6	19	25	20	27	6	brak
10.	Upomnienia	-	-	-	-	-	-	brak
11.	Tytuły wykonawcze	-	-	-	-	-	-	brak
12.	Postanowienia o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia	-	-	-	-	-	-	brak
13.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	-	-	-	-	-	-	brak

¹ - dotyczy kwot dla l.p. nr 4, 7, 12

² - dotyczy działalności w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

³ - dotyczy działalności w zakresie nadzoru higieny pracy

VII. Kontrola dokumentacji

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

2. Identyfikacja sprawy/ obiektu ^{**/}

2.1 Postanowienie nr NS/NZ-9011-522-28/AK/23 z dnia 21.12.2023 r, dot. warunków zabudowy dla zmiany sposobu użytkowania budynku [REDACTED]

2.2 Postanowienie nr NS/NZ-9011-522-32/AK/24 z dnia 25.04.2024 r, dot. warunków zabudowy dotyczącej przebudowy [REDACTED]

2.3 opinia sanitarna nr NS-NZ-9011-523-05-KA-24 z dnia 12.02.2024 r. dot. konieczności przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko dla przedsięwzięcia pn.: [REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
2.4 Opinia sanitarna nr NS/NZ-9011-524-02/DJ/23 z dnia 05.09.2023 r. dot realizacji przedsięwzięcia pn. [REDACTED]
[REDACTED]

2.5 Opinia sanitarna nr NS/NZ-9011-522-30/AK/24 z dnia 04.04.2024 r. dot. zakresu i stopnia szczegółowości informacji wymaganych w prognozie oddziaływania na środowisko dla projektu planu ogólnego [REDACTED]

2.6 Opinia sanitarna o braku potrzeby przeprowadzenia oceny nr NS/NZ-9011-523-03/AK/24 z dnia 24.01.2024 r. dot. rozbudowy [REDACTED]
[REDACTED]

2.7 Opinia sanitarna nr NS/NZ-9011-524-04/AK/24 z dnia 25.04.2024 r. dot. budowy [REDACTED]
[REDACTED]

2.8 Opinia sanitarna nr NS/NZ-9011-525-01/AK/24 z dnia 31.01.2024 r. dot. uzgodnienia dok. Projektowej pod nazwą [REDACTED]
[REDACTED]

2.9 Opinia sanitarna nr NS/NZ-9011-526-04-AK-24 z dnia 16.04.2024 r. dot. [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

2.10 Opinia sanitarna nr NS/NZ-9011-526-23-AK-23 z dnia 27.11.2023 r. dot. [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

3. Ocena wydanych dokumentów

- a) kompletność spraw, czytelność, poprawność stosowania nazewnictwa, zgodność z rzeczowym wykazem akt
Sprawy są kompletne, czytelne, zarchiwizowane zgodnie z rzeczowym wykazem akt.
- b) zgodność wydanych dokumentów z systemem jakości (poprawność stosowania protokołów z kontroli)
Protokoły są wypełniane zgodnie z procedurą systemu jakości. Niezwłocznie po zakończeniu kontroli, protokoły są zatwierdzane przez kierownika technicznego komórki organizacyjnej, a w przypadku jeżeli w kontroli uczestniczy kierownik komórki protokoły zatwierdzane są przez kierownika Nadzoru Sanitarnego lub PPIS w Zawierciu. Na ich podstawie wydawane są prawidłowe stanowiska PPIS.
- c) zgodność z obowiązującymi przepisami prawa
Postępowanie jest prowadzone zgodnie z przepisami. Skontrolowane stanowiska posiadają właściwe podstawy prawne, odpowiednie sentencje i uzasadnienia.
- d) poprawność sporządzanych uzasadnień (pod względem faktycznym i prawnym) w wydanych decyzjach i postanowieniach
Uzasadnienia pisane są w sposób poprawny pod względem merytorycznym i w oparciu o właściwe podstawy prawne.
- 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**

Wdrożenie jednolitych procedur w związku z zajmowanymi stanowiskami w kontekście zapewnienia wymagań sanitarno-higienicznych w obszarach dot.:

- postępowania w sprawie strategicznej oceny oddziaływania na środowisko przy uzgadnianiu projektów miejscowych planów zagospodarowania terenu oraz studium uwarunkowań - wdrożono przekazane przez GIS, opracowane przez Zespół ds. ocen oddziaływania na środowisko schematy postępowania organów PIS na etapie strategicznej oceny oddziaływania na środowisko
- postępowania związanego z dopuszczeniem do użytkowania obiektów budowlanych – wdrożono przekazane przez GIS zalecane do stosowania wzory formularzy, dotyczące udziału organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w dopuszczeniu do użytkowania obiektów budowlanych w trybie art. 56 ustawy Prawo budowlane.
- postępowania w sprawie oceny oddziaływania na środowisko przy uzgadnianiu planowanych inwestycji mogących znacząco oddziaływać na środowisko inwestycji, przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach - wdrożono przekazane przez ŚPWIS opracowane przez Zespół ds. ocen oddziaływania na środowisko formularzy wzorów opinii sanitarnych dot. postępowania organów PIS na etapie oceny oddziaływania na środowisko.
- działań edukacyjno-informacyjnych na etapie odbioru obiektów budowlanych oraz uzgadniania dokumentacji projektowej (wpis w protokole kontroli nr 1/NS/2024 z dnia 12.04.2024 r.)

VIII. 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 ciągła. Z organami administracji architektoniczno-budowlanej oraz organem Nadzoru Budowlanego – częstotliwość doraźna na podstawie art 56 ustawy Prawo budowlane. Z Regionalną Dyрекcją Ochrony Środowiska, organami inspekcji weterynaryjnej – współpraca jest doraźna (telefoniczna).

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

IX. Współpraca wewnętrzna z innymi komórkami organizacyjnymi PSSE

Sekcja Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego współpracuje ciągle z Sekcją Higieny Dzieci i Młodzieży, Sekcją Bezpieczeństwa Żywności i Żywnienia, sekcją Higieny Komunalnej i Środowiska, sekcją Higieny Pracy, sekcją Epidemiologii – konsultacje w zakresie opiniowania dokumentacji projektowej, wspólne kontrole, szkolenia wewnętrzne.

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

X. Inne zagadnienia

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

Zainteresowanym podawana jest informacja, że aktualna lista rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych dostępna jest na stronie WSSE w Katowicach.

(aktualność listy, dostępność dla osoby zainteresowanej)

XI. Ustalania dotyczące funkcjonowania systemu jakości

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

XII. Dodatkowe informacje


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

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów:

- protokół kontroli nr 1/NS/2024 z dnia 12.04.2024 r.
.....
.....



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

Dział Nadzoru Sanitarnego
Kierownik
Oddziału Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego

mgr inż. Anna Gogola

.....
pieczętka i podpis osoby kontrolującej/
pieczętka 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 osoba
(liczba osób)
- b) wykształcenie pracowników: Wykształcenie wyższe: ██████████ Starszy asystent. Ukończona Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie; kierunek - Pedagogika; specjalność – Pedagogika społeczna i terapia pedagogiczna.
Studia podyplomowe: Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Marketingu w Chrzanowie
Pedagogika przedszkolna i wczesnoszkolna.
- c) staż pracy pracownika zatrudnionego w pionie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia:
- 8 lat

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

Warunki lokalowe oraz wyposażenie przystosowane do wykonywanych zadań z zakresu promocji zdrowia. W PSSE w Zawiercie brak sali dydaktycznej. Szkolenia dla koordynatorów i realizatorów programów edukacyjnych prowadzone są poza siedzibą.

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: 112 774 mieszkańców

liczba gmin: 10

liczba zakładów opieki zdrowotnej: 15

liczba innych jednostek: 105 placówek nauczania i wychowania (w tym 14 zespołów szkół ponadpodstawowych)

- b) realizowane interwencje programowe:

ogólnopolskie:

- Program Edukacyjny „Trzymaj Formę!”
- Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS

wojewódzkie:

p

- 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 informacyjna #EUChooseSafeFood „Wybieraj bezpieczną żywność”
- 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:

- profilaktyka raka piersi
- profilaktyka wszawicy
- profilaktyka bąblowicy

4. Realizacja zaleceń pokontrolnych

brak zaleceń po kontroli przeprowadzonej w dniach 15 - 17.10.2019 r.

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

Sytuacja epidemiologiczna w większości chorób zakaźnych zarówno w 2022 jak i w 2023 była dobra i nie stanowiła zagrożenia zdrowotnego dla mieszkańców powiatu zawierciańskiego. W 2023 roku odnotowano niewielki wzrost zachorowań na szkarlatynę wśród dzieci. Rok 2022 zdominowany był epidemicznym występowaniem zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę oraz infekcje grypopodobne, natomiast w 2023 nastąpił wzrost zachorowań na grypę oraz infekcje grypopodobne z 2546 w 2022 roku do 10423 zachorowań w 2023 r. Pomimo, iż szczepienia przeciw grypie są bezpieczną i skuteczną metodą profilaktyki, w powiecie zawierciańskim stopień wyszczepienia przeciwko grypie wynosi zaledwie 2,44% populacji. Analizując sytuację epidemiologiczną zachorowań w powiecie zawierciańskim stwierdzono, że ważne problemy zdrowotne to: wzrost zachorowań na szkarlatynę oraz wzrost zachorowań na boreliozę w 2022 roku i utrzymująca się na tym samym poziomie liczba przypadków boreliozy również w 2023 r.

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

interwencji programowych: a) prawidłowo b) nieprawidłowo*

interwencji nieprogramowych: a) prawidłowo b) nieprawidłowo*

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

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

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

zgodności oddziaływań w stosunku do potrzeb powiatu wynikających z sytuacji

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

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

Urzędy Miast i Gmin, Starostwo Powiatowe w Zawierciu, Pełnomocnik Prezydenta Miasta Zawiercia ds. rozwiązywania problemów alkoholowych, Regionalne Centrum Kształcenia Ustawicznego w Zawierciu, zakłady opieki zdrowotnej, ośrodki sportu i rekreacji, kultury, świetlice środowiskowe Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Zawierciu, Straż Miejska, Komenda Powiatowa Policji w Zawierciu, PCK Oddział w Zawierciu, Miejsko – Gminna Biblioteka Publiczna w Ogrodzieńcu, Chrześcijańskie Stowarzyszenie Dobroczynne w Łazach, media: Mój szpital - miesięcznik, Gazeta Ogrodzieniecka, Echo Żarnowca, Radio Katowice. Współpraca w zakresie realizacji programów edukacyjnych, organizacji akcji prozdrowotnych, konferencji, konkursów wiedzy, plastycznych, sportowych itp.

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

Współpraca z sekcją Higieny Dzieci i Młodzieży w zakresie: dystrybucji materiałów informacyjno-edukacyjnych do realizacji interwencji programowych i nieprogramowych, prowadzenie działań edukacyjnych zwłaszcza w okresie wakacji i ferii zimowych, wspólny udział w audycjach radiowych „Ekoranek” z Radiem Katowice. Współpraca z sekcją Higieny Żywności i Żywienia w zakresie dystrybucji materiałów informacyjno-edukacyjnych do interwencji programowych i nieprogramowych, wspólnie prowadzonych akcji „Wybieraj bezpieczną żywność” #EUChooseSafeFood. Współpraca z sekcją Epidemiologii w zakresie profilaktyki chorób zakaźnych. Współpraca z sekcją Higieny Pracy w zakresie interwencji „Nowe narkotyki – Nowe zagrożenia”.

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

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Zawierciu, aktywnie wspiera wszelkie inicjatywy prozdrowotne, udziela wywiadów, uczestniczy w akcjach, szkoleniach oraz prelekcjach.

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 11/1219/OZ/2020 z dnia 06.03.2020 r.

Nr 23/1219/OZ/2021 z dnia 16.11.2021 r.

Nr 2/1219/OZ/2022 z dnia 28.01.2022 r.

Nr 21.OZ.2023 z dnia 12.12.2023 r.

Nr 4.PZ.2024 z dnia 13.03.2024 r.

Ilość zaplanowanych i wykonanych wizytacji w latach 2020 - 2024 - do dnia 10.05.2024 r.

lata	Ilość wizytacji zaplanowanych	Ilość wizytacji wykonanych
2020	56	16
2021	24	24
2022	21	21
2023	22	22
2024	21	7

W roku 2020 nie wykonanie planu wizytacji wynikało z sytuacji epidemiologicznej związanej z zakażeniami SARS-CoV2.

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 Zawierciu: 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 zadań, zgodności oddziaływań w stosunku do potrzeb wynikających z sytuacji epidemiologicznej, społecznej i demograficznej terenu. Współpraca z instytucjami, organizacjami pozarządowymi itp. w okresie od 01.11.2019 r. do 10.05.2024 r.

W Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zawierciu, realizowane są ogólnopolskie programy zdrowotne i interwencje nieprogramowe oraz wojewódzkie programy edukacyjne i interwencje nieprogramowe zainicjowane przez Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego. Zapoznano się z dokumentacją realizowanych programów

edukacyjnych: „Trzymaj Formę”, „Bieg po zdrowie”, „Ars czyli jak dbać o miłość”, „Znamię, znam je”, „Podstępne wzw” oraz akcji „Zaszczep w sobie chęć szczepienia” i Kampanii dot. profilaktyki chorób odkleszczowych „Nie bądź atrakcyjny dla kleszczy”.


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 Zawierciu – Protokoły z kontroli: Nr PZ.1611.12.2021 z dnia 10.09.2021 r., PZ.1611.10.2022 z dnia 18.07.2022 r., Nr PZ.1611.14.2023 z dnia 18.10.2023 r.

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

Zakres współpracy PSSE w Zawierciu 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.


(podpis (-y)* pracownika (-ów)* PSSE)

Kierownik Oddziału Promocji Zdrowia
i Komunikacji Społecznej

mgr Beata Kempa
.....
(podpis (-y)* osoby (-ób)* kontrolującej(-ych)*)

właściwie podkreślić

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 Zawierciu

ul. 11 Listopada 15, 42-400 Zawiercie
(adres)

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli:

Kierownik ds. jakości Oddziału Nadzoru Sanitarnego i Samodzielnego Stanowiska Pracy do Spraw Oświaty Zdrowotnej

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

III. Data kontroli 15.05.2024 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli 16.10.2019 r. - 30.04.2024 r.

V. Kontrola dokumentów nie dotyczy

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

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

2. Dostępność i aktualność przepisów prawnych, wytycznych jednostek nadrzędnych

.....
.....

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

Ilość obiektów w ewidencji	Ilość kontroli		
	planowanych	wykonanych wg planu	ponadplanowych

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

L.p.	Wydane dokumenty, nałożone mandaty i grzywny	Liczba/kwota ^{/1}				Uwagi:
		rok	rok	rok	rok do dnia	

ES

AY

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

W Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zawierciu obowiązuje system zarządzania jakością zgodny z wymaganiami normy PN-EN ISO/IEC 17020:2012, opisany w Księdze Jakości Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zawierciu i Procedurach Ogólnych Systemu Zarządzania opracowanych w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Katowicach. Ww. system obowiązuje w Oddziale Nadzoru Sanitarnego i na Samodzielnym Stanowisku Pracy do Spraw Oświaty Zdrowotnej. Zgodnie z decyzją PPIS w Zawierciu/ Dyrektora PSSE w Zawierciu Pani [REDAKTOWANE] (kierownik Oddziału Nadzoru Sanitarnego) pełni funkcję kierownika ds. jakości. W czasie nieobecności kierownika ds. jakości obowiązki przejmuje pani [REDAKTOWANE] (starszy asystent Sekcji Higieny Komunalnej i Środowiska) i pani [REDAKTOWANE] kierownik Sekcji Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku.

Obowiązki, odpowiedzialności i uprawnienia dla każdego stanowiska i funkcji zostały ww. osobom przekazane w „Kartach obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień” odpowiednio z dnia: 20.04.2018 r. /18.04.2018 r./10.02.2022 r. Ponadto w Księdze Jakości wyd. 5 z dnia 2.10.2023 r., w rozdziale 8 na str. 1/4 zapisano, że odpowiedzialnym za utrzymanie odpowiedniego i aktualnego systemu zarządzania jest kierownik ds. jakości, podano personalia tej osoby oraz personalia osób przejmujących obowiązki, a także zakres obowiązków kierownika ds. jakości.

Dodatkowo w rozdziale 5 „Wymagania dotyczące struktury”, str. 6/8 podano personalia kierownika Oddziału Nadzoru Sanitarnego i kierowników poszczególnych sekcji/stanowisk pracy 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 zewnętrzne
- 2) dokumenty wewnętrzne.

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. ostatnia zmiana z dnia 16.10.2023 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. ostatnia zmiana z dnia 10.05.2023 r.
- procedura nr PO-05 wydanie nr 6, data wydania: 02.11.2022 r. ze zmianą z dnia 15.12.2022 r.
- procedura nr PO-06 wydanie nr 6, data wydania: 02.11.2022 r.
- procedura nr PO-07 wydanie nr 7, data wydania: 05.05.2023 r.
- procedura nr PO-08 wydanie nr 2, data wydania: 02.11.2022 r.

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

Np.

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

Dokumenty zewnętrzne dotyczące systemu zarządzania w wersji papierowej są zatwierdzane przez kierownika ds. jakości poprzez postawienie pieczętki stacji, umieszczenie daty oraz podpisu osoby zatwierdzającej (np. Norma PN-EN ISO/IEC 17020:2012).

Potwierdzono aktualność dokumentów systemu zarządzania opracowanych przez GIS:

Np.

- Instrukcja przeprowadzania auditu wewnętrznego dotycząca stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2017/625 z dnia 15.03.2017 r. (wyd. 5 z 12.10.2020 r.),
- Procedura planowania audytów wewnętrznych w oparciu o analizę ryzyka (wyd. 3 z 15.12.2021 r.).

W PSSE w Zawierciu w Oddziale Nadzoru Sanitarnego i na Samodzielnym Stanowisku Pracy ds. Oświaty Zdrowotnej obowiązuje 5 wydanie Księgi Jakości zatwierdzone przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Zawierciu w dniu 02.10.2023 r. (wniosek nr NS/1/2023).

Wszystkie wprowadzane zmiany i potwierdzenie dokonania przeglądu dokumentu były dokumentowane i zapisywane w Karcie Zmian do 1 wydania (np. w pozycji 34 w dniu 3.01.2022 r. zapisano informację o wprowadzeniu zmiany do KJ) - wniosek nr NS/1/2022). Zgodnie z wymaganiami procedury nr PO-01 kierownik ds. jakości corocznie dokonuje przeglądu Księgi Jakości co było dokumentowane odpowiednim zapisem w Karcie zmian (np. poz. 31 w dniu 15.05.2020 r. , poz. 36 w dniu 28.04.2023 r. dokonano przeglądu 4 wydania KJ). 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”. Zmieniane strony lub cały nieaktualny dokument odpowiednio opisane są przechowywane przez zarządzającego dokumentem kierownika ds. jakości.

Np.

4 wydanie Księgi Jakości oznakowana napisem „Niekatulane od dnia 02.10.2023 r.” i podpisane jest przechowywane przez kierownika ds. jakości.

Kierownik ds. jakości jako osoba zarządzająca zmieściła aktualne wydanie KJ na dysku sieciowym, który jest dostępny dla personelu.

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.

- e-mail przekazany przez kierownika ds. jakości w dniu 03.10.2023 r. dotyczy zmiany wydania KJ,

- w dniu 17.05.2023 kierownik ds. jakości/ kierownik Oddziału Nadzoru Sanitarnego przeprowadził szkolenie wewnętrzne nr NS/1/2023 dotyczące zmian w Procedurach Ogólnych Systemu Zarządzania nr PO-04, PO-07, w szkoleniu uczestniczyło 21 osób (PPIS, kierownicy komórek organizacyjnych, auditorzy),

- w dniu 6.10.2023 r. kierownik ds. jakości przeprowadził szkolenie nr SJ/2/2023 „Omówienie V wydania Księgi Jakości”, w szkoleniu uczestniczyło 25 osób.

Do końca 2022 r. kierownik do spraw jakości prowadził w formie elektronicznej i papierowej rejestry dokumentów na załączniku nr 1 do wydania numer 6 procedury PO-01.

Obecnie prowadzi formularz „Wykaz dokumentów nadzorowanych” załącznik nr 1 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 7 procedury nr PO-01. Personel PSSE w Zawierciu korzysta z aktualnych przepisów prawnych.

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.

W PSSE w Zawierciu protokoły sporządzane są z użyciem komputera.

Np.

- Protokół kontroli nr 76/1219/NS/HP/21 z dnia 12.08.2021 r. (zatwierdzony przez kierownika NS w dniu 17.08.2021 r.),

- Protokół kontroli nr F/PK/BŻ/01/01 z dnia 14.09.2021 r. (zatwierdzony przez kierownika NS/HŻ w dniu 14.09.2021 r.),

- Protokół kontroli nr 51.NS-HP.2023 z dnia 19.04.2023 r. (zatwierdzony przez kierownika sekcji NS-HP w dniu 19.04.2023 r.),

- Protokół kontroli nr 211.NS-HŻ.2023 z dnia 31.03.2023 r. (zatwierdzony przez kierownika sekcji NS-HŻ w dniu 03.04.2023 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 itd. również są nadzorowane, sporządzane i 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:



- Planu szkoleń wewnętrznych na okres pierwszego półrocza 2021 kierownika ds. jakości (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04) zaplanowano 1 szkolenie, które zrealizowano w dniu 23.06.2021 r.,

- Planu szkoleń wewnętrznych na okres drugiego półrocza 2023 kierownika ds. jakości (załącznik nr 7 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 5 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04) zaplanowano 1 szkolenie, które zostało zrealizowane w dniu 6.10.2023 r.,

- Listy obecności na szkoleniu nr 6/2021 z dnia 23.06.2021 r. (załącznik nr 5 z dnia 22.12.2014 do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04), kierownik ds. jakości przekazał informacje ze szkolenia zewnętrznego w wsse dotyczącego systemu zarządzania jakością, w liście podpisało się 9 osób,

- Notatka - ocena szkolenia zewnętrznego (załącznik nr 3 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04) opracowana przez pracownika NS/NZ uczestniczącego w szkoleniu online w dniu 27.01.2021 r. „Skuteczne zarządzanie projektem i infrastrukturą techniczną obiektów medycznych”,

- Rejestr szkoleń zewnętrznych starszego asystenta w sekcji NS/NZ (załącznik nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 3 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04), na str. 6 w poz. 29 wpisano szkolenie organizowane online przez GIS w dniu 15.11.2021 r. „Technologia hotelowa”,

- Rejestr szkoleń zewnętrznych kierownika ds. jakości (załącznik nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 3 Procedury Ogólnej Systemu Zarządzania nr PO-04), w poz. 22 wpisano szkolenie w zakresie systemu zarządzania jakością organizowane w WSSE w Katowicach w dniu 22.06.2021 r.,

- Rejestr szkoleń zewnętrznych kierownika ds. jakości (załącznik nr 4 z dnia 02.11.2022 do wydania 5 procedury nr PO-04), w poz. 1 wpisano szkolenie zewnętrzne dotyczące systemu zarządzania jakością w działaniach inspekcyjnych organizowane przez Głównego Specjalistę do spraw Systemu Jakości WSSE w Katowicach przeprowadzone w dniu 14.06.2023 r.,

Rejestr szkoleń wewnętrznych kierownika ds. jakości (załącznik nr 4 z dnia 02.11.2022 do wydania 5 procedury nr PO-04), w poz. 2 wpisano szkolenie organizowane przez radcę prawnego w dniu 6.10.2023 r. „KPA – zawiadomienie o wszczęciu decyzje, postanowienia”.

Archiwizacja zapisów dokonywana jest zgodnie z „Jednolitym rzeczowym wykazem akt” (JRWA) PSSE w Zawierciu.

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 2021 roku zrealizowano 5 auditów wewnętrznych, natomiast w 2023 - 6 auditów obejmujących cały zakres normy PN-EN ISO/IEC 17020.

Co roku kierownik ds. 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 wewnętrznych na 2021 rok został sporządzony w dniu 09.03.2021 r. – zawierał nazwiska 6 auditorów,

- Rejestr auditorów wewnętrznych na 2023 rok został sporządzony w dniu 25.04.2023 r. – zawiera nazwiska 8 auditorów (załącznik nr 3 z dnia 02.11.2022 r. do 6 wydania procedury nr PO-02).

Poprawność postępowania w zakresie przeprowadzania auditów wewnętrznych potwierdzono na podstawie przedstawionej dokumentacji audytowej. Do 2022 r. „Programy auditów wewnętrznych” sporządzane były na załączniku nr 1 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 PO-02 i zatwierdzane do 15 lutego danego roku.

Np.

- Program auditów wewnętrznych na rok 2021 w Sekcji Higieny Komunalnej i Środowiska, audit zaplanowano na wrzesień, program został zatwierdzony w dniu 15.02.2021 r. przez PPIS w Zawierciu,

- Program auditów na rok 2023 sporządzony na obowiązującym obecnie załączniku został zatwierdzony przez PPIS w Zawierciu w dniu 14.02.2023 r., wszystkie zaplanowane audyty zostały zrealizowane, Kolejnym etapem związanych z auditem wewnętrznym jest powołanie auditora wewnętrznego.

Np.

- Dokument powołania audytora na audytora wiodącego do przeprowadzenia auditu wewnętrznego w Sekcji Higieny Komunalnej i Środowiska, (załącznik nr 2 z dnia 18.05.2017 r. do procedury PO-02), audytora powołano w dniu 05.08.2021 r.,

- Dokument powołania audytora nr 8/2023 r. na audytora wiodącego do przeprowadzenia auditu wewnętrznego w komórce organizacyjnej - Samodzielne Stanowisko Pracy ds. Oświaty Zdrowotnej (załącznik nr 2 z dnia 02.11.2022 r. do procedury PO-02), audytora powołano w dniu 18.08.2023 r.,

- Dokument powołania audytora nr 9/2023 r. na członka zespołu auditującego do przeprowadzenia auditu wewnętrznego w komórce organizacyjnej - Samodzielne Stanowisko Pracy ds. Oświaty Zdrowotnej (załącznik nr 2 z dnia 02.11.2022 r. do procedury PO-02), audytora powołano w dniu 18.08.2023 r.,

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

Np.

- Plan auditu wewnętrznego przeprowadzonego w Sekcji Higieny Komunalnej i Środowiska, sporządzono na załączniku nr 3 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 procedury PO-02 w dniu 10.09.2021 r. i przekazano kierownikowi sekcji w dniu 13.09.2021 r.

- Plan auditu wewnętrznego przeprowadzonego w komórce organizacyjnej - Samodzielne Stanowisko Pracy ds. Oświaty Zdrowotnej sporządzono na załączniku nr 3 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 9 procedury PO-02 w dniu 20.09.2023 r. i przekazano w tym samym dniu do akceptacji kierownikowi technicznemu sekcji.

Po przeprowadzeniu auditu audytor wiodący sporządza raport z auditu wewnętrznego (w terminie nie dłuższym niż 15 dni roboczych od terminu auditu), który zawiera dowody zgodności (próbki auditowe) pozwalające prześledzić przebieg auditu, zawiera wnioski oraz wszystkie inne wymagane informacje. Do raportu dołącza się również listę osób uczestniczących w spotkaniu otwierającym /zamykającym.

Np.

- Raport z auditu wewnętrznego przeprowadzonego w Sekcji Higieny Komunalnej i Środowiska w dniu 30.09.2021 r. (nr NS/HK/1/2021) sporządzono na załączniku nr 5 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 procedury PO-02 w dniu 08.10.2021 r.; raport zawiera załączniki: załącznik 1 - ustalenia z auditu audytora 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,

- Raport z auditu wewnętrznego w komórce organizacyjnej - Samodzielne Stanowisko Pracy ds. Oświaty Zdrowotnej przeprowadzonego w dniu 05.10.2023 r. (nr NS/OZ/1/2023) sporządzono na załączniku nr 4 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 9 procedury PO-02 w dniu 29.06.2023 r.

Kierownik auditowanej komórki i kierownik ds. jakości dokonują oceny audytorów. Na podstawie ocen kierownik ds. jakości aktualizuje corocznie listę audytorów.

Np.

- Karta oceny audytora nr 1/2021 sporządzona na załączniku nr 7 z dnia 18.05.2017 r. do wydania 8 procedury PO-02 – dotyczy audytora wiodącego przeprowadzającego audit w Sekcji Higieny Komunalnej i Środowiska – decyzja kierownika ds. jakości z dnia 30.12.2021 r. – audytor pozostaje w rejestrze audytorów,

- Karta oceny audytora wewnętrznego sporządzona na załączniku nr 5 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 9 procedury PO-02 – dotyczy audytora wiodącego. Audytor uzyskał 30 pkt. na 30 możliwych do uzyskania i pozostaje w rejestrze, decyzja kierownika ds. jakości z dnia 27.12.2023 r.

Zgodnie z zasadami procedury nr PO-02 audytorzy wewnętrzeni są corocznie szkoleni:

Np.

- w dniu 08.05.2021 r. kierownik ds. jakości przeprowadził szkolenie w którym uczestniczyło 5 audytorów wewnętrzych, lista obecności nr 2/2021,

- w dniu 14.06.2023 r. audytorzy wewnętrzeni uczestniczyli on-line w szkoleniu zorganizowanym przez Głównego Specjalistę do spraw Systemu Jakości WSSE w Katowicach.

Tryb postępowania w odniesieniu do planowania, przeprowadzania i dokumentowania auditów wewnętrzych jest zgodny z wymaganiami procedury nr PO-02 „Audyty wewnętrzne”.

Odstępstwa, działania: korygujące, zapobiegawcze i doskonalące

Rejestr odstępstw (załącznik nr 7 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 7 procedury nr PO-01) zawiera 3 wpisy. Wnioski kierowników komórek organizacyjnych: NS/EP/1/2023, NS/HD/1/2023 i OZ/1/2023 odnoszą się do Programu auditów wewnętrzych na 2023 r. dotyczą przesunięcia terminu rozpoczęcia auditów wewnętrzych.



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

Zgodnie z informacją otrzymaną od kierownika ds. jakości w latach 2019-2023 r. podczas auditów wewnętrznych nie zapisano niezgodności. W tym okresie kierownik sekcji NS-HŻ zapisał 3 niezgodności do Dzienników niezgodności.

Poprawność postępowania potwierdzono na podstawie przedstawionych zapisów, np.:

- Dziennik niezgodności NS/HŻ sporządzony na załączniku nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-03 – zawiera w poz. 15 (22.08.2022 r.) wpis dotyczący niezgodności nr NS/HŻ/1/2022;
- Karta niezgodności nr NS/HŻ//1/2022 do ww. Dziennika Niezgodności sporządzona na załączniku nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-03, niezgodność dotycząca błędnych zapisów w protokole kontroli;
- Dziennik niezgodności NS/HŻ sporządzony na załączniku nr 1 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-03 – zawiera w poz. 17 (19.12.2022 r.) wpis dotyczący niezgodności nr NS/HŻ/3/2022,
- Karta niezgodności nr NS/HŻ/3/2022 sporządzona na załączniku nr 2 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury PO-03, niezgodność dotycząca nieprawidłowych zapisów stwierdzonych w protokole kontroli.

Zgodnie z wymaganiami zaktualizowanej procedury nr PO-03, wyd. 5 z dnia 02.11.2022 r. w PSSE w Zawierciu prowadzony jest Rejestr niezgodności (załącznik nr 3 z dnia 02.11.2022 r. do ww. Procedury), od 2023 r. do chwili kontroli nie zarejestrowano niezgodności.

Podejmowanie działań zapobiegawczych jest ważnym elementem doskonalenia systemu zarządzania i należy dążyć do ich inicjowania.

Tryb postępowania jest zgodny z wymaganiami procedur nr: PO-02 „Audit wewnętrzny”, PO-03 „Działania korygujące” i PO-08 „Działania zapobiegawcze/doskonalące”.

Przeglądy zarządzania

Przeglądy zarządzania przeprowadzane są raz w roku. Termin przeglądu jest ustalany przez PPIS/dyrektora PSSE w Zawierciu. 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.: ocena realizacji celów strategicznych, ocena przydatności polityk i procedur, określenie planu działania oraz zasad szkolenia pracowników nowo przyjmowanych, ocena realizacji ustaleń z poprzedniego przeglądu zarządzania, wyniki monitorowania pracowników przeprowadzających kontrolę, wyniki auditów wewnętrznych, ocena auditorów wewnętrznych, sprawozdania personelu kierowniczego itd. Uczestnikami przeglądów zarządzania organizowanych przez PPIS w Zawierciu poza kierownikiem ds. jakości są kierownicy techniczni poszczególnych komórek organizacyjnych, główna księgowa, pracownik Kadr i Organizacji. Podczas przeglądów zarządzania PPIS określa m.in. cele strategiczne, operacyjne, plany działalności, zasady szkolenia pracowników nowo przyjmowanych i podejmuje decyzję o sformułowaniu ustaleń.

Np.

- Program przeglądu zarządzania sporządzony na załączniku nr 1 z dnia 22.12.2014 do wydania 5 procedury PO-06 – dotyczy przeglądu zaplanowanego na dzień 29.03.2021 r., kierownik ds. jakości sporządził program w dniu 10.03.2021 r., PPIS zatwierdził go w dniu tym samym dniu, kierownik ds. jakości przekazał program do wszystkich uczestników,

- Program przeglądu zarządzania sporządzony na załączniku nr 1 z dnia 02.11.2022 do wydania 6 procedury PO-06 – dotyczy przeglądu zaplanowanego na dzień 25.04.2023 r., kierownik ds. jakości sporządził program w dniu 13.04.2023 r., PPIS zatwierdził go w dniu 13.04.2023 r., program został przekazany pocztą elektroniczną wszystkim uczestnikom.

Kierownik ds. jakości sporządza protokół z przeglądu zarządzania i ustalenia (opcjonalnie).

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 29.03.2021 r. Protokół sporządzono (kierownik ds. jakości) i zatwierdzono (PPIS) w dniu 29.03.2021 r., wszyscy uczestnicy otrzymali protokół drogą elektroniczną,

- 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 25.04.2023 r. Protokół sporządzono (kierownik ds. jakości) i zatwierdzono (PPIS) w dniu 25.04.2023 r., wszyscy uczestnicy otrzymali protokół z ustaleniami drogą elektroniczną w dniu 27.04.2023 r.

- Ustalenie nr 2 (załącznik nr 4 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 6 procedury nr PO-06) dotyczące zatrudnienia pracownika na Stanowisku Pracy Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego, ustalenie zrealizowane, oceny realizacji ustalenia dokonał kierownik ds. jakości w dniu 03.07.2023 r.

Załącznikami do protokołów z przeglądu zarządzania są między innymi materiały przygotowane przez uczestników przeglądu, rejestr auditorów wewnętrznych.

Tryb postępowania w zakresie planowania, przeprowadzania i dokumentowania przeglądów zarządzania jest zgodny z wymaganiami procedury nr PO-06 „Przeгляд zarządzania”.

Wymagania dotyczące zasobów:

Wymagania dla personelu przeprowadzającego inspekcję

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 Zawierciu, 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 Zawierciu obowiązuje Kodeks Etyki Pracownika Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zawierciu oraz Kodeks Etyki Pracownika Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zidentyfikowane są ryzyka, między innymi dotyczące zachowania bezstronności. Zasady szkolenia wewnętrznego pracowników Oddziału Nadzoru Sanitarnego i Stanowiska Pracy ds. Oświaty Zdrowotnej ustalane są corocznie podczas przeglądu zarządzania.

PPIS w Zawierciu co roku zabezpiecza środki finansowe na realizację szkoleń personelu. Poszczególne komórki organizacyjne co roku sporządzają plany szkoleń wewnętrznych z podziałem na półroczna, do roku 2022 również plany szkoleń zewnętrznych. Potrzeby szkoleniowe identyfikowane są m.in. na podstawie przeglądu zapisów z kontroli, wyników monitorowania personelu, materializowania się niezgodności, analizowania odwołań, skarg na personel oraz na podstawie analizy planowanej działalności na dany rok.

Okres epidemii spowodował, że wdrożono możliwość korzystania ze szkoleń on-line, co powoduje możliwość korzystania z oferty szkoleniowej dla większej ilości osób. Realizacja odbywa się zgodnie z wymaganiami procedury nr PO-04.

Kierownicy komórek organizacyjnych oraz kierownik ds. jakości corocznie sporządzają plany szkoleń wewnętrznych i prowadzą wykazy. Pracownicy NS i OZ PSSE w Zawierciu oraz kierownik ds. jakości posiadają rejestry szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych, w których uczestniczą. Ze szkoleń zewnętrznych sporządzają notatki (stanowią one jeden z kryteriów wyboru w przyszłości danej firmy szkoleniowej). Szkolenia zewnętrzne inicjują również kaskadowe szkolenia wewnętrzne – o konieczności przekazywania informacji ze szkolenia zewnętrznego decyduje kierownik/kierownik techniczny sekcji. Przykładowe plany, rejestry i wykazy zacytowano w punkcie „Nadzór nad zapisami”.

Ww. zapisy prowadzone są w formie papierowej i elektronicznej.

Nowozatrudniony pracownik przechodzi szkolenie wstępne zgodnie z kartą szkolenia wstępnego.

Ostatnim elementem szkolenia pracownika jest monitorowanie jego pracy w terenie. Na podstawie oceny z monitorowania dopuszcza się pracownika do samodzielnego wykonywania zadań.

Np.

- Karta szkolenia wstępnego asystenta zatrudnionego w dniu 01.07.2022 r. w sekcji Higieny Pracy sporządzona została na załączniku nr 7 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 4 procedury nr PO-04, bezpośrednio przełożony - kierownik sekcji program szkolenia w dniu 07.07.2022 r. i po przebyciu wszystkich zaplanowanych szkoleń w dniu 08.12.2022 r. potwierdził, że pracownik nabył wymagane kompetencje.

- Karta stanowiska pracy obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień z dnia: 07.07.2022 r.,

- Sprawozdanie z obserwacji pracy ww. pracownika przeprowadzającego kontrole sporządzone zostało na załączniku nr 3 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 procedury nr PO-07 w dniu 18.11.2022 r.,



- Kartę oceny pracownika przeprowadzającego kontrolę sporządzono na załączniku nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 procedury nr PO-07, (uzyskano wynik akceptowany -15 pkt.) podpis kierownika sekcji z datą 18.11.2022 r.

W 2023 r. ww. pracownik brał udział w 7 wewnętrznych co zostało potwierdzone w rejestrze szkoleń.

W PSSE w Zawierciu 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,

- Roczny program obserwacji kontroli na rok 2021 został sporządzony i zatwierdzony w dniu 28.01.2021 r. na załączniku nr 2 z dnia 12.12.2014 r. do wydania 5 procedury nr PO-07, zaplanowano monitorowanie 7 osób,

- Roczny program obserwacji kontroli na rok 2023 został zatwierdzony przez PPIS w Zawierciu w dniu 30.01.2023 r. na załączniku nr 2 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 6 procedury PO-07, zaplanowano obserwację 6 osób, program został zaktualizowany w dniu 04.07.2023 r.

- Lista obserwatorów kontroli z dnia 29.03.2021 r. zawiera nazwiska 5 osób,

- Lista obserwatorów kontroli z dnia 28.02.2023 r. zawiera nazwiska 5 osób (załącznik nr 1 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 6 Procedury nr PO-07).

Z przeprowadzonego monitorowania sporządzane są sprawozdania oraz karty oceny pracownika.

Np.

- Sprawozdanie z obserwacji pracy pracownika sekcji HŻŻiPU przeprowadzającego kontrolę w obiekcie w dniu 09.12.2021 r. sporządzono w dniu 15.12.2021 r. na załączniku nr 3 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 procedury nr PO-07,

- Kartę oceny pracownika przeprowadzającego kontrolę (załącznik nr 4 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 procedury nr PO-07), sporządził w dniu 15.12.2021 r. kierownik sekcji, uzyskana suma punktów 20, ocena akceptowana,

- Sprawozdanie z obserwacji pracy pracownika sekcji NS-HŻ przeprowadzającego kontrolę w obiekcie w dniu 15.03.2023 r. (nr 1/2023) sporządzone zostało na załączniku nr 3 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 6 procedury nr PO-07 w dniu 24.03.2023 r.,

- Kartę oceny pracownika przeprowadzającego kontrolę sporządzono na załączniku nr 4 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 6 procedury nr PO-07, (uzyskano wynik akceptowany -11 pkt.) podpis kierownika NS-HŻ z datą 24.03.2023 r.

Tryb postępowania w powyższym zakresie jest zgodny z wymaganiami zawartymi w procedurach nr: PO-04 „Personel przeprowadzający kontrolę i inne czynności inspekcyjne” i nr PO-07 „Monitorowanie przeprowadzania kontroli i innych czynności inspekcyjnych”.

Wymagania dotyczące środków technicznych i wyposażenia

Wyposażenie wykorzystywane do realizacji działalności inspekcyjnej/kontrolnej jest nadzorowane zgodnie z wymaganiami procedury nr PO-05 „Wyposażenie”. Nadzór nad posiadanym wyposażeniem obejmuje: klasyfikację, oznakowanie, wzorcowanie, sprawdzanie, konserwację, modernizację i naprawę. Wyposażenie jest używane wyłącznie przez uprawniony personel. Uprawnienie do obsługi wyposażenia jest zapisane w Kartach obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień personelu.

Np.

Starszy asystent w sekcji NS/HŻ ma zapisane uprawnienie do obsługi i korzystania ze sprzętu i wyposażenia w Karcie obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień z dnia 10.10.2022 r.,

Starszy asystent w sekcji NS/HK ma zapisane uprawnienie do obsługi i korzystania ze sprzętu i wyposażenia w Karcie obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień z dnia 17.04.2023 r.,

Kierownik techniczny lub wyznaczony pracownik na bieżąco na bieżąco sporządzają wykazy wyposażenia stosowanego w komórce.

Np.

Wykaz wyposażenia NS/HŻ (zał. nr 1 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 6 procedury nr PO-05,

Wykaz wyposażenia NS/HK (zał. nr 1 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 6 procedury nr PO-05).

Wyposażenie mające znaczący wpływ na wyniki inspekcji/kontroli jest wzorcowane przed włączeniem do użytkowania i potem zgodnie z ustalonym harmonogramem.

Np.

Harmonogram wzorcowania/sprawdzenia zewnętrznego wyposażenia sekcji NS/HŻ (zał. nr 3 z dnia 22.12.2014 r. do wydania 5 procedury nr PO-05).

Dla wyposażenia zakładane są karty instalacji.

Np.

Karta instalacji wyposażenia NS/HŻ Drukarka HP nr SK/S/K/013/NS/HŻ (zał. nr 2 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 6 procedury nr PO-05) z 05.01.2023 r.

Karta instalacji wyposażenia NS/HK termometr elektryczny nr PP/W/K//S/K/023/NS/HK (zał. nr 2 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 6 procedury nr PO-05) z 02.01.2023 r.

Wyposażenie podlega również sprawdzeniu wewnętrznemu lub zewnętrznemu.

Sprzęt komputerowy jest sprawdzany co najmniej raz na rok przez informatyka.

Np.

Karta napraw/konserwacji/modernizacji wyposażenia NS/HŻ Drukarka HP nr SK/S/K/013/NS/HŻ (zał. nr 4 z dnia 02.11.2022 r. do wydania 6 procedury nr PO-05) wpisy dotyczące sprawdzenia przez informatyka z dnia 10.01.2023 r., 08.01.2024 r.

Konserwacja wyposażenia przeprowadzana jest zgodnie z wymogami instrukcji obsługi. Każdy przegląd lub zewnętrzna konserwacja/modernizacja jest odnotowywana w załączniku nr 4 „Karta napraw/konserwacji/modernizacji wyposażenia”.

Tryb postępowania z wyposażeniem jest zgodny z wymaganiami obowiązującej procedury nr PO-05 „Wyposażenie”.

XIII. Dodatkowe informacje – nie dotyczy

Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów: nie dotyczy



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

* numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji

** niepotrzebne skreślić

***dotyczy zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Główny Specjalista
do spraw Systemu Jakości
AGm
mgr inż. Anna Gwiazdowska

.....
pieczęć i podpis osoby kontrolującej/
pieczęć i podpisy osób kontrolujących **

Ustalenia w zakresie działalności laboratoryjnej:

I. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Zawierciu,
42-400 Zawiercie, ul. 11 Listopada 15,

II. Nazwa komórki organizacyjnej podlegającej kontroli:

Oddział Laboratoryjny PSSE w Zawierciu, w tym:

Sekcja Badań Higieny Środowiska,

Sekcja Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń

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

III. Data kontroli: 17.05.2024 r.

IV. Okres działalności podlegający kontroli: październik 2019 r. – kwiecień 2024 r.

VI. Kontrola dokumentów

1. Wykaz kontrolowanych dokumentów

L.p.	Nazwa dokumentu	Uwagi
1.	Zakres akredytacji Laboratorium Badawczego nr AB 626, wydanie 19 z dnia 02.06.2023 r.	
2.	„Plan zasadniczych zadań Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zawierciu na 2024 r.” zatwierdzony przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Zawierciu dnia 11.12.2023 r.	
3.	Sprawozdanie MZ-45 Dział I za 2023 rok	
4.	Sprawozdanie za I kwartał 2024 r. dotyczące zestawienia badań laboratoryjnych próbek wody	
5.	Sprawozdanie za I kwartał 2024 r. z badań laboratoryjnych w kierunku zakażeń wywołanych przez pałeczki <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> , <i>Yersinia</i> i <i>Campylobacter</i>	
6.	Księga Jakości wydanie 4 z dnia 02.01.2020 r.	
7.	Rejestr przepisów prawnych obowiązujący w Oddziale Laboratoryjnym – Załącznik nr 1 do Procedury Ogólnej PO-01 - ostatnia aktualizacja wykazu 06.05.2024 r.	
8.	Zapisy z aktualizacji przepisów prawnych w 2024 roku - załącznik nr 9 do Procedury Ogólnej Nr PO-01	
9.	Procedura Ogólna PO-01 „Nadzór nad dokumentami z zapisami” wydanie 4 z dnia 02.01.2020 r.	
10.	Procedura Ogólna PO-02 „Przegląd zapytań ofert i umów” wydanie 5 z dnia 29.04.2022 r.	
11.	Procedura Ogólna PO-03 „Postępowanie z próbkami wody” wydanie 3 z dnia 02.01.2020 r.	
12.	Procedura Ogólna PO-04 „Nadzór nad wyposażeniem” wydanie 3 z dnia 02.01.2020 r.	
13.	Procedura Ogólna PO-06 „Postępowanie ze skargami” wydanie 3 z dnia 02.01.2020 r.	
14.	Procedura Ogólna PO-07 „Wyroby i usługi dostarczane z zewnątrz” wydanie 5 z dnia 10.02.2023 r.	
15.	Procedura Ogólna PO-14 „Monitorowanie ważności wyników” wydanie 5 z dnia 04.01.2021 r.	
16.	Procedura Ogólna PO-15 „Weryfikacja i walidacja metod” wydanie 4 z dnia 02.01.2020 r.	

L.p.	Nazwa dokumentu	Uwagi
17.	Procedura Ogólna PO-16 „Postępowanie z próbkami kału” wydanie 3 z dnia 02.01.2020 r.	
18.	Instrukcja Robocza nr OL/IR-06 „Przechowywanie i pozbywanie się materiałów pomocniczych i pozostałości po badaniach laboratoryjnych” wydanie 4 z dnia 02.01.2020 r.	
19.	Instrukcja Robocza nr OL/IR-26 „Postępowanie z odpadami medycznymi” wydanie 4 z dnia 02.01.2020 r.	
20.	Instrukcja Robocza nr OL/IR-34 „Biologiczna kontrola procesu sterylizacji” wydanie 3 z dnia 02.01.2020 r.	
21.	Procedura Badawcza nr OL/PB-03 „Wykrywanie pałeczek <i>Salmonella</i> i <i>Shigella</i> w próbkach kału” wydanie 3 z dnia 19.11.2020 r.	
22.	Zlecenie roczne znak OL.9011.20.2023.WI z dnia 28.12.2023 r. do WSSE w Katowicach dotyczące zlecenia przez OL PSSE w Zawierciu wykonywania identyfikacji szczepów wyhodowanych z kału	
23.	Karta instalacji wyposażenia – Waga elektroniczna znak fabryczny WLC 06/A1/C/2 – Załącznik nr 5 do Procedury Ogólnej PO-04 – zatwierdzona przez kierownika technicznego 02.01.2020 r.	
24.	Świadectwo wzorcowania wagi elektronicznej znak fabryczny WLC 06/A1/C/2 – nr świadectwa WK/86.U/159.497/23 z dnia 26.10.2023 r.	
25.	Analiza świadectw wzorcowania wagi elektronicznej znak fabryczny WLC 06/A1/C/2	
26.	Sprawozdanie z badania bakteriologicznego OL/B/506Z/2024 z dnia 05.04.2024 r. autoryzowane przez diagnostę laboratoryjnego [REDACTED]	
27.	Zlecenie na badania nr 506 - badanie na obecność pałeczek <i>Salmonella</i> spp. i <i>Shigella</i> spp. i identyfikację pałeczek <i>Salmonella Enteritidis</i> w próbkach kału	
28.	Przegląd zlecenia nr 506 z dnia 03.04.2024 r.	
29.	Książka rejestru zleceń próbek kału z 2024 roku – Załącznik nr 3 do Procedury Ogólnej PO-16 obejmująca wpis zlecenia pod nr 506	
30.	Książka wyników badań osób zdrowych z 2024 roku – Załącznik nr 4 do Procedury Ogólnej PO-16 obejmująca wpisy dla próbek 1516, 1517, 1518	
31.	Dziennik prac laboratoryjnych – Załącznik nr 2 do Procedury Badawczej OL/PB-03 dotyczący posiewów z dnia 03.04.2024 r.	
32.	Karta kontroli właściwości fizycznych pożywki: MC Conkey – Załącznik nr 1 do Instrukcji nr OL/IR-33 – zapisy w poz. 14	
33.	Karta kontroli właściwości fizycznych pożywki: kwaśny selenin sodu – Załącznik nr 1 do Instrukcji nr OL/IR-33 – zapisy w poz. 11	
34.	Sprawozdanie z badania skuteczności procesu sterylizacji OL/B/16/Test 16Z/2024 z dnia 12.02.2024 r. autoryzowane przez asystenta [REDACTED]	
35.	Zlecenie na badanie skuteczności procesu sterylizacji nr 16 wraz z przeglądem zlecenia z dnia 05.02.2024 r.	
36.	Karta kontroli właściwości fizycznych pożywki: bulion tryptonowo-sojowy – Załącznik nr 1 do Instrukcji nr OL/IR-33 – zapisy w poz. 2	
37.	Książka wyników badań sporali z 2024 roku – Załącznik nr 4 do Instrukcji Nr OL/IR-34 obejmująca wpisy dla testu 16Z	
38.	Książka rejestru zleceń sporali z 2024 roku – Załącznik nr 3 do Instrukcji Nr OL/IR-34 obejmująca wpisy dla zlecenia nr 16	
39.	Instrukcja Robocza nr OL/IR-12-PO-15 „Weryfikacja i walidacja metod mikrobiologicznych” wydanie 4 z dnia 27.08.2021 r.	
40.	Procedura Badawcza nr OL/PB-02 „Wykrywanie i izolacja gronkowców koagulazododatnich z środowiska wodnego” wydanie 2 z dnia 02.01.2020 r.	
41.	Karta weryfikacji metody mikrobiologicznej nr 1/2023 – Oznaczanie ilościowe bakterii z grupy coli – metoda filtracji membranowej wg PN-EN ISO 9308-1:2014-12/A1:2017 zatwierdzona do stosowania w dniu 27.03.2023 r. przez kierownika OL	
42.	Sprawozdanie z badań nr OL-65/24/1/Z „Badanie wskaźników mikrobiologicznych i fizykochemicznych w próbce wody” z dnia 11.03.2024 r. zatwierdzone przez starszego asystenta [REDACTED]	
43.	Sprawozdanie z badań nr OL-65/24/1A/Z „Badanie wskaźników fizycznych w próbce wody” z dnia 11.03.2024 r. zatwierdzone przez starszego asystenta [REDACTED]	

L.p.	Nazwa dokumentu	Uwagi
44.	Karta przekazania próbki wody – Załącznik nr 1b do Procedury nr PO-03 – karta dla próbki o numerze 85/Z	
45.	Zlecenie – Klient Zewnętrzny nr OL-65/24/Z z dnia 05.03.2024 r.	
46.	Przegląd zlecenia nr OL-65/24/Z z dnia 05.03.2024 r.	
47.	Załącznik do zlecenia OL-65/24/Z – zakres badań fizykochemicznych i mikrobiologicznych próbek wody – zawierający ustalenia z klientem dotyczące zakresu badań i stosowanych metod badań	
48.	Książka analiz próbek wody - Załącznik nr 3 do Procedury nr PO-03 – wpisy dla próbki o numerze 85/Z	
49.	Książka rejestru próbek dla klienta zewnętrznego - Załącznik nr 2 do Procedury nr PO-03 – wpisy dla próbki o numerze 85/Z	
50.	Rejestr zleceń - Załącznik nr 1 do Procedury nr PO-02 – wpis pod pozycją 65	
51.	Karta instalacji wyposażenia – Termometr elektryczny QMSystem Module typ RT2 seria 1048/2008 – Załącznik nr 5 do Procedury Ogólnej PO-04 – zatwierdzona przez kierownika technicznego 19.12.2023 r.	
52.	Karta napraw / konserwacji / modernizacji wyposażenia – Termometr elektryczny QMSystem Module typ RT2 seria 1048/2008 – Załącznik nr 7 do Procedury Ogólnej PO-04 – ostatni wpis 05.12.2023	
53.	Świadectwo wzorcowania - Termometr elektryczny QMSystem Module typ RT2 seria 1048/2008 – nr świadectwa 946/867/TE/23 z dnia 18.12.2023 r.	
54.	Analiza świadectw wzorcowania termometru elektrycznego QMSystem Module typ RT2 seria 1048/2008	
55.	Karta sprawdzania nr 1/2023 termometru elektrycznego QMSystem Module typ RT2 seria 1048/2008 – Załącznik nr 1 do Instrukcji OL/IR-05	
56.	Procedura Badawcza nr OL/PB-05 „Oznaczanie zapachu, smaku i posmaku” wydanie 3 z dnia 01.06.2020 r.	
57.	Procedura Badawcza nr OL/PB-06 „Oznaczanie chloru wolnego i ogólnego w wodzie na pływalniach” wydanie 2 z dnia 02.01.2020 r.	
58.	Procedura Badawcza nr OL/PB-07 „Oznaczanie potencjału redox (oksydoredukcyjny) w wodzie na pływalniach” wydanie 2 z dnia 02.01.2020 r.	
59.	Karta weryfikacji metody pomiaru nr 1/2023 – Oznaczanie azotu amonowego w wodzie metodą bezpośredniej nessleryzacji wg PN-C 04576-4:1994 zatwierdzona do stosowania w dniu 20.10.2023 r. przez kierownika OL	

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 Procedury Ogólnej Nr PO-01 „Nadzór nad dokumentami i zapisami” wydanie 4 z dnia 02.01.2020 r. W Oddziale Laboratoryjnym znajdują się wykazy m.in. przepisów prawnych, dokumentów związanych z systemem zarządzania i działalnością laboratoryjną, piśmiennictwa fachowego, zarządzeń PPIS w Zawierciu i Dyrektora PSSE w Zawierciu. Wykazy te sporządzają i nadzorują osoby wskazane w treści ww. procedury. Aktualność przepisów prawnych sprawdzono na przykładzie: ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (tekst jednolity - Dz.U. 2023 poz. 2125) poz. 262 wykazu oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity - Dz.U. 2024 poz. 426) poz. 263 wykazu. Ostatnia aktualizacja wykazu 06.05.2024 r. dotyczyła wpisu do wykazu pod poz. 264 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19.04.2024 r. w sprawie ustawicznego rozwoju zawodowego osób wykonujących niektóre zawody medyczne (Dz.U. 2024 poz. 674). Zapisy z aktualizacji przepisów prawnych stanowi załącznik nr 9 do Procedury Ogólnej Nr PO-01.



VII. Realizacja planów pracy w bieżącym roku

Oddział Laboratoryjny realizuje zadania statutowe objęte „Planem zasadniczych zadań Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zawierciu na 2024 rok” zatwierdzonym przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Zawierciu w dniu 11.12.2023 r. Badania wody są realizowane na bieżąco zgodnie z harmonogramami miesięcznymi badań próbek wody (dla PPIS w Zawierciu i PPIS w Myszkowie) oraz dla klientów zewnętrznych. Badania w zakresie chorób zakaźnych i zakażeń są realizowane w ramach bieżącego nadzoru sanitarno-epidemiologicznego oraz na zlecenie od klientów zewnętrznych.

Ilość wykonanych w roku 2023 roku badań laboratoryjnych w ramach działań statutowych została przedstawiona w sprawozdaniu MZ-45 Dział I „Działalność kontrolno-represyjna”. Wykonano 1320 badań w zakresie higieny komunalnej oraz 4134 w zakresie epidemiologii. Natomiast w pierwszym kwartale 2024 roku wykonano 270 badań w zakresie higieny komunalnej oraz 986 w zakresie epidemiologii. Zadania są realizowane terminowo.

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

Sekcja Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń w prowadzonych badaniach wykorzystuje własne procedury badawcze, natomiast Sekcja Badań Higieny Środowiska wykorzystuje polskie normy, własne procedury badawcze oraz instrukcje producenta testów wykorzystywanych do badań. Każda sekcja posiada wykazy dokumentów związanych z działalnością techniczną. Procedury badawcze są systematycznie, ale nie rzadziej niż raz w roku przeglądane, pod kątem zgodności z systemem zarządzania, ze zmieniającymi się przepisami prawa oraz wprowadzania niezbędnych uzupełnień wynikających z postępu wiedzy w danej dziedzinie. Potwierdzeniem przeprowadzenia przeglądu dokumentów są zapisy w załączniku nr 6 do Procedury Ogólnej Nr PO-01 „Nadzór nad dokumentami i zapisami” „Karta zmian”. Za przegląd i aktualizację dokumentów związanych z działalnością techniczną wykorzystywanych w badaniach odpowiada właściwy kierownik techniczny.

W badaniach stosowany jest właściwy tok badań zgodny z zapisami w normach, procedurach, instrukcjach i rozporządzeniach. Dokonywany jest właściwy dobór metod do wykonywanych badań.

IX. Walidacja metod badawczych i szacowanie niepewności

Walidację/weryfikację metod badawczych przeprowadza się zgodnie z obowiązującą oraz odpowiednimi instrukcjami roboczymi: nr OL/IR-12-PO-15 „Weryfikacja i walidacja metod mikrobiologicznych” wydanie 4 z dnia 27.08.2021 r. oraz nr OL/IR-29-PO-15 „Walidacja metody bakteriologicznej w Sekcji Chorób Zakaźnych i Zakażeń” wydanie 2 z dnia 02.01.2020 r. Stosowane w badaniach metody są poprawnie zwalidowane/zweryfikowane oraz odpowiednio udokumentowane. Na podstawie przeprowadzonego przeglądu wybranych kart walidacji/weryfikacji potwierdza się, że w kontrolowanym zakresie metody stosowane w badaniach laboratoryjnych były adekwatne do zamierzonego zastosowania. Oddział Laboratoryjny PSSE w Zawierciu zrealizował w pełni zalecenia pokontrolne sformułowane podczas poprzedniej kontroli w październiku 2019 r. - zwalidował i wdrożył metodę oznaczania pH wody według aktualnej normy PN-EN ISO 10523:2012, zastępując uprzednio stosowaną, wycofaną normę PN-90/C-04540/01 a także zwalidował i wdrożył metodę oznaczania mętności wody według zaktualizowanej normy PN-EN ISO 7027-1:2016-09, zastępując uprzednio stosowaną, wycofaną normę PN-EN ISO 7027:2003. Oddział Laboratoryjny PSSE w Zawierciu wykonuje badania barwy metodą wizualną, w oparciu o sporządzoną skalę wzorców a ponieważ laboratorium wykonuje badania techniką spektrofotometryczną należałoby rozważyć zmianę metody oznaczania barwy z metody wizualnej na metodę spektrofotometryczną wg PN-EN ISO 7887:2012/Ap1:2015-06 metoda C.



X. Nadzór nad wyposażeniem

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

Nadzór nad wyposażeniem jest prowadzony zgodnie z obowiązującą Procedurą Ogólną nr PO-04 „Nadzór nad wyposażeniem” wydanie 3 z dnia 02.01.2022 r.

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. 3.2.1. Procedury Ogólnej PO-04 „Nadzór nad wyposażeniem”. Kierownicy techniczni są odpowiedzialni za zapewnienie właściwego klasyfikowania wyposażenia, każdy w swoim obszarze. Nadzór nad wyposażeniem sprawuje właściwy kierownik techniczny. 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 5 do Procedury PO-04. Karty są nadzorowane przez kierowników technicznych.

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. Wzorcowanie przyrządów pomiarowych wykonywane jest zgodnie opracowanymi harmonogramami wzorcowania zewnętrznego wyposażenia pomiarowego - załącznik nr 1 do Procedury Ogólnej PO-04. Laboratorium prowadzi analizę świadectw wzorcowania i realizuje politykę zachowania spójności pomiarowej.

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

Współpraca z klientem odbywa się zgodnie z założeniami zawartymi w Procedurze Ogólnej PO-02 „Przegląd zapytań ofert i umów” wydanie 5 z dnia 29.04.2022 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 nadzorczej 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 spełniają wymogi normy PN-ISO/IEC 17025. Jednakże należy zwrócić uwagę na to aby ujednolicić i doprecyzować przedstawiane w sprawozdaniach z badań próbek wody informacje o wynikach i/lub rezultatach z badań oraz zapisy dotyczące podawania niepewności dla rezultatów, w szczególności w odniesieniu do badań realizowanych w obszarze regulowanym prawnie.

Ponadto należy zwrócić uwagę by w kartach roboczych i dziennikach analiz odnotowywać obliczaną dla wyniku/rezultatu niepewność i podawać ją z taką samą dokładnością i ilością miejsc znaczących, jak wynik badania/pomiaru.

XII. Warunki lokalowe i środowiskowe

Oddział Laboratoryjny posiada personel, pomieszczenia laboratoryjne, wyposażenie pomiarowe, a także systemy i usługi wsparcia niezbędne do zarządzania i prowadzenia działalności laboratoryjnej. Pomieszczenia Oddziału Laboratoryjnego są zabezpieczone przed dostępem osób postronnych. Wyposażone są w sprzęt i wyposażenie niezbędne do wykonywania badań. Tam gdzie jest to wymagane ze względu na wpływ na ważność wyników badań i pomiarów, warunki środowiskowe są monitorowane, kontrolowane i rejestrowane zgodnie z odpowiednimi specyfikacjami lub metodykami badawczymi. Kontrola warunków środowiska polega np. na pomiarze temperatury, wilgotności, sprawdzaniu mikrobiologicznej czystości powietrza i powierzchni. Wymagania dotyczące pomieszczeń i warunków środowiskowych są udokumentowane w odpowiednich instrukcjach roboczych a zapisy wyników kontroli dokonywane są na odpowiednich formularzach.

XIII. Skargi w okresie kontrolowanym

1. Rejestr skarg

Rejestr skarg prowadzony jest przez Kierownika Oddziału Laboratoryjnego. Skargi są ewidencjonowane w Rejestrze Skarg, który stanowi załącznik nr 1 do Procedury Ogólnej Nr PO-06. W kontrolowanym okresie nie odnotowano skarg na działalność Oddziału Laboratoryjnego.

2. Sposób załatwiania skarg – zgodnie z Procedurą Ogólną Nr PO-06 „Postępowanie ze skargami” wydanie 3 z dnia 02.01.2020 r.

XIV. Udział w badaniach biegłości i uzyskane wyniki

Kontrolowane sekcje Oddziału Laboratoryjnego regularnie uczestniczyły w badaniach biegłości i porównaniach międzylaboratoryjnych zgodnie z opracowanymi planami uczestnictwa w badaniach biegłości.

W okresie objętym kontrolą Sekcja Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń brała udział w wymienionych w poniższej tabeli badaniach PT/ILC

Lp.	Data porównania	Organizator	Wynik	Ocena wyniku
1.	10.06.2019 r.	Systemy Oceny Wiarygodności Analiz Medycznych	S001: Salmonella spp. S002: nie wykryto bakterii Salmonella	POZYTYWNY



	13.06.2019 r.	[REDACTED]	i Shigella	
2.	04.11.2019 r. 07.11.2019 r.	[REDACTED]	Szczep A: Salmonella Enteritidis Szczep B: Shigella spp.	POZYTYWNY
3.	09.03.2020 r. 12.03.2020 r.	[REDACTED]	Szczep A: nie wykryto bakterii Salmonella i Shigella Szczep B: Salmonella spp.	POZYTYWNY
4.	29.11.2021 r. 02.12.2021 r.	[REDACTED]	Szczep A: Salmonella Enteritidis Szczep B: Salmonella spp.	POZYTYWNY
5.	30.05.2022 r. 02.06.2022 r.	[REDACTED]	Szczep A: nie wykryto bakterii Salmonella i Shigella Szczep B: nie wykryto bakterii Salmonella i Shigella Szczep C: Salmonella spp.	POZYTYWNY
6.	18.04.2023 r. 21.04.2023 r.	[REDACTED]	Szczep A: Shigella spp. Szczep B: Salmonella spp. Szczep C: Salmonella spp.	POZYTYWNY
7.	08.04.2024 r. 12.04.2024 r.	[REDACTED]	Szczep A: Shigella Enteritidis Szczep B: nie wykryto bakterii Salmonella i Shigella Szczep C: Shigella spp.	Ocena w toku

W okresie objętym kontrolą Sekcja Badań Higieny Komunalnej i Środowiska brała udział w wymienionych w poniższej tabeli badaniach PT/ILC

Lp.	Data porównania	Organizator	Nazwa raportu	Rodzaj badania	Zscore lub inny wynik	Ocena wyniku
1.	20.02.2020 r.	[REDACTED]	Wyniki badań biegłości poprzez międzylaboratoryjne porównania z zakresu fizykochemii wody – QUALICON 2020 – runda I	mangan mętność pH	-0,20 -1,25 2,00	zadowalająca zadowalająca zadowalająca
2.	03.06.2020 r.	[REDACTED]	Sprawozdanie z badań biegłości PM-WB – Badania biegłości z zakresu	pH pH potencjał redox potencjał redox	-0,40 0,40 0,13 -0,57	zadowalająca zadowalająca zadowalająca zadowalająca

			analizy próbek wody basenowej (wariant B) Runda X	chlor wolny chlor wolny chlor związany chlor związany	0,32 -1,05 0,00 -1,74	zadawalająca zadawalająca zadawalająca zadawalająca
3.	17.11.2022 r.		Sprawozdanie z badań biegłości SILESIALAB 2022 Kod badania biegłości WDS_1/PT/2/2022 IV Runda Obiekt badań: Woda do spożycia	azotany azotyny jon amonowy żelazo żelazo mangan chlorki twardość barwa mętność przewodność pH	-0,59 0,00 0,14 -0,29 -0,27 0,00 0,00 0,81 0,00 0,00 -1,00 0,00	zadawalająca zadawalająca zadawalająca zadawalająca zadawalająca zadawalająca zadawalająca zadawalająca zadawalająca zadawalająca zadawalająca zadawalająca
4.	Luty 2020 Próbki otrzymano 11.02.2020 r.		Raport z badań biegłości	bakterie gr. coli Escherichia coli Enterokoki ogólna liczba mikroorganizmów w w 22°C ogólna liczba mikroorganizmów w w 37°C Pseudomonas aeruginosa Legionella species	0,63 0,00 -0,06 0,12 0,28 -1,48 -1,14	zadawalająca zadawalająca zadawalająca zadawalająca zadawalająca zadawalająca zadawalająca
5.	Czerwiec 2021 Próbki otrzymano 27.05.2021 r.		Raport z badań biegłości	Gronkowce koagulazododatnie	-0,33	zadawalająca
6.	Czerwiec 2022 Próbki otrzymano 16.05.2022 r.		Raport z badań biegłości	ogólna liczba mikroorganizmów w w 22°C ogólna liczba mikroorganizmów w w 37°C bakterie gr. coli Escherichia coli Enterokoki	-1,01 0,74 -1,03 -1,10 0,02	zadawalająca zadawalająca zadawalająca zadawalająca zadawalająca

Wyniki badań biegłości i porównań międzylaboratoryjnych uzyskane w kontrolowanym zakresie potwierdzają kompetencje techniczne obu sekcji Oddziału Laboratoryjnego w zakresie prowadzonych badań.

XV. Podwykonawstwo

W przypadku braku możliwości wykonania badań Oddział Laboratoryjny korzysta z usług kompetentnych dostawców usług zewnętrznych. Na dostawców usług zewnętrznych w zakresie badań laboratoryjnych wybiera się laboratoria akredytowane w zakresie zlecanego parametru.

Sposób postępowania jest opisany w Procedurze Ogólnej Nr PO-07 „Wyroby i usługi dostarczane z zewnątrz” wydanie 5 z dnia 10.02.2023 r. W kontrolowanym okresie Oddział Laboratoryjny PSSE w Zawierciu korzystał z usług dostawcy zewnętrznego (Oddział ChZZ WSSE w Katowicach) w zakresie identyfikacji szczepów wyhodowanych z kawy.



W 2024 korzysta z tej usługi na podstawie zlecenia rocznego znak OL.9011.20.2023.WI z dnia 28.12.2023 r.


XVI. Inne zagadnienia

Obowiązująca w Oddziale Laboratoryjnym Instrukcja Robocza nr OL/IR-06 „Przechowywanie i pozbywanie się materiałów pomocniczych i pozostałości po badaniach laboratoryjnych” wydanie 4 z dnia 02.01.2020 r. zawiera nieaktualne zapisy dotyczące pozbywania się materiałów po badaniach, szczególnie w odniesieniu do pozbywania się odpadów po badaniach mikrobiologicznych. Zaleca się uaktualnienie zapisów przedmiotowej instrukcji.

XVII. Wyjaśnienia osób kontrolowanych

Wyjaśnień udzielali kierownicy techniczni z poszczególnych sekcji oraz pracownicy OL. Integralną część załącznika stanowią kserokopie dokumentów: brak

STARSZY ASYSTENT
Kier. Kier. A.
pieczętka i podpis pracownika psse uczestniczącego w kontroli/
podpisy pracowników psse uczestniczących w kontroli**

Kierownik Działu Laboratoryjnego

dr n. o zdr. iż. Iwona Szymala
.....
pieczętka i podpis osoby kontrolującej/ pieczętka i
pieczętka i podpisy osób kontrolujących**

*numer załącznika i protokołu nadaje komórka właściwa do spraw organizacji