

Poznań, 2 października 2025 r.

**WYSTĄPIENIE POKONTROLNE
Z KONTROLI KOMPLEKSOWEJ/ ~~SPRAWDZAJĄCEJ DOTYCZĄCEJ KONTROLI~~
~~KOMPLEKSOWEJ~~*
PRZEPROWADZONEJ
PRZEZ WOJEWÓDZKĄ STACJĘ SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNĄ
W POZNANIU
W POWIATOWEJ STACJI SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNEJ
W GNIEŹNIE
ul. Św. Wawrzyńca 18
62-200 Gniezno
adres PSSE**

Data kontroli: 23-27.06.2025 r.

Znak pisma: OAZ.1611.9.2025

I. Spis treści.

II. Imiona, nazwiska, stanowiska służbowe osób przeprowadzających kontrolę oraz nazwy komórek organizacyjnych WSSE zgodnie z upoważnieniem WPWIS	2
III. Zakres kontroli	4
IV. Wykaz podstawowych aktów prawnych, na podstawie których dokonano ustaleń w toku kontroli	4
V. Zapisy komórek organizacyjnych WSSE w Poznaniu biorących udział w kontroli	6
V.1. Oddział Epidemiologii	7
V.2. Oddział Bezpieczeństwa Żywności i Żywienia	30
V.3. Oddział Higieny Komunalnej	46
V.4. Oddział Nadzoru nad Chemikaliami i Środowiskiem Pracy	66
V.5a. Oddział Higieny Dzieci, Młodzieży i Promocji Zdrowia w zakresie higieny dzieci i młodzieży	84
V.5b. Oddział Higieny Dzieci, Młodzieży i Promocji Zdrowia w zakresie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia	93
V.6. Oddział Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego	99
V.7. Oddział do Spraw Systemu Jakości	108
V.8. Stanowisko Pracy Inspektora do Spraw Obrony Cywilnej i Spraw Obronnych	112
V.9. Oddział Ekonomiczny	113
V.10. Oddział Kadr	117
V.11. Stanowisko Pracy Inspektora Ochrony Danych	122
V.12. Oddział Organizacji	125
V.13. Laboratorium Mikrobiologii i Parazytologii	130

II. Imiona, nazwiska, stanowiska służbowe osób przeprowadzających kontrolę oraz nazwy komórek organizacyjnych WSSE zgodnie z upoważnieniami WPWIS – upoważnienie nr 40/2025 z dnia 18 czerwca 2025 r.:

- ██████████ Starszy asystent Oddziału Epidemiologii
- ██████████ Starszy asystent Oddziału Epidemiologii
- ██████████ Starszy asystent Oddziału Epidemiologii
- ██████████ Asystent Oddziału Epidemiologii
- ██████████ Starszy asystent Oddziału Bezpieczeństwa Żywności i Żywienia
- ██████████ Asystent Oddziału Bezpieczeństwa Żywności i Żywienia

- Starszy asystent Oddziału Higieny Komunalnej
- Starszy asystent Oddziału Higieny Komunalnej
- Starszy asystent Oddziału Higieny Komunalnej
- Młodszy asystent Oddziału Higieny Komunalnej
- Asystent Oddziału Nadzoru nad Chemikaliami i Środowiskiem Pracy
- Młodszy asystent Oddziału Nadzoru nad Chemikaliami i Środowiskiem Pracy
- Starszy asystent Oddziału Nadzoru nad Chemikaliami i Środowiskiem Pracy
- Starszy asystent Oddziału Nadzoru nad Chemikaliami i Środowiskiem Pracy
- Asystent Oddziału Nadzoru nad Chemikaliami i Środowiskiem Pracy
- Starszy asystent Oddziału Higieny Dzieci, Młodzieży i Promocji Zdrowia
- Starszy asystent Oddziału Higieny Dzieci, Młodzieży i Promocji Zdrowia
- Starszy asystent Oddziału Higieny Dzieci, Młodzieży i Promocji Zdrowia
- Starszy asystent Oddziału Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego
- Starszy asystent Oddziału ds. Systemu Jakości
- Starszy Specjalista ds. Obrony Cywilnej i Spraw Obronnych, Stanowisko Pracy Inspektora ds. Obrony Cywilnej i Spraw Obronnych
- Starszy Specjalista ds. Płac i Ubezpieczeń Społecznych Oddziału Ekonomicznego
- Kierownik Oddziału Kadr
- Starszy inspektor ds. pracowniczych Oddziału Kadr
- Stanowisko Pracy Inspektora Ochrony Danych
- Młodszy asystent Oddziału Organizacji
- Kierownik Laboratorium Mikrobiologii i Parazytologii
- Starszy asystent Laboratorium Mikrobiologii i Parazytologii

Starszy asystent Laboratorium Mikrobiologii i Parazytologii

III. Zakres kontroli i okres objęty kontrolą.

Zakres kontroli zgodny z programem przeprowadzenia przez WSSE w Poznaniu kontroli kompleksowej/~~sprawdzającej~~~~dotyczącej kontroli kompleksowej~~* PSSE w Gnieźnie. Sprawdzenie pod względem prawnym i merytorycznym działalności wybranych komórek organizacyjnych Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gnieźnie. Realizacja zaleceń pokontrolnych w zakresie działalności PSSE wydanych przez Wielkopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w czasie ostatniej kontroli.

Okres objęty kontrolą: 1.01.2023-23.06.2025 r.

IV. Wykaz podstawowych aktów prawnych, na podstawie których dokonano ustaleń w toku kontroli:

- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o kontroli w administracji rządowej (Dz. U. z 2020 r. poz. 224);
- Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 416); *zwana dalej: ustawą o PIS*
- Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 572 ze zm.); *zwana dalej: k.p.a.*
- Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2024 r. poz. 236); *zwana dalej: ustawą Prawo przedsiębiorców*
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2009 r. w sprawie zasad i trybu upoważniania pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych lub Głównego Inspektoratu Sanitarnego do wykonywania określonych czynności kontrolnych i wydawania decyzji w imieniu państwowych inspektorów sanitarnych lub Głównego Inspektora Sanitarnego (Dz. U. z 2010 r. Nr 2, poz. 10); *zwane dalej: rozporządzeniem w sprawie zasad i trybu upoważniania pracowników SSE lub GIS*
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2024 r. poz. 924); *zwana dalej: ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych*
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2020 r. w sprawie sposobu prowadzenia rejestru chorób zakaźnych oraz okresu przechowywania danych zawartych w tym rejestrze (Dz. U. z 2020 r. poz. 1117)

- Ustawa z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2025 r. poz. 132); *zwana dalej: ustawą o postępowaniu egzekucyjnym w administracji*
- Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2023 r. poz. 1448) *zwana dalej: ustawą o bezpieczeństwie żywności i żywienia*
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450); *zwana dalej: ustawą o działalności leczniczej*
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. z 2017 r. poz. 2294 ze zm.); *zwane dalej: rozporządzeniem w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi*
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 stycznia 2019 r. w sprawie nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu okazjonalnie wykorzystywanym do kąpieli (Dz. U. z 2019 r. poz. 255)
- Ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz. U. z 2023 r. poz. 1587 ze zm.)
- Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024 r. poz. 576)
- Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 1465 ze zm.); *zwana dalej: Kodeksem pracy*
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 419 ze zm.)
- Ustawa z dnia 25 lutego 2011 r. o substancjach chemicznych i ich mieszaninach (Dz. U. z 2022 r. poz. 1816)
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1836)
- Ustawa z dnia 9 października 2015 r. o produktach biobójczych (Dz. U. z 2021 r. poz. 24)
- Ustawa z dnia 4 października 2018 r. o produktach kosmetycznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 2227 ze zm.); *zwana dalej: ustawą o produktach kosmetycznych*
- Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1162)

- Ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. z 2024 r. poz. 338 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 marca 2016 r. w sprawie wypoczynku dzieci i młodzieży (Dz. U. z 2016 r. poz. 452 ze zm.)
- Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2024 r. poz. 737)
- Rozporządzenie Ministra Administracji i Cyfryzacji z dnia 6 marca 2012 r. w sprawie wzoru i sposobu prowadzenia metryki sprawy (Dz. U. z 2012 r. poz. 250)
- Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. z 2024 r. poz. 725 ze zm.)
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270 ze zm.)
- Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. Nr 14, poz. 67 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 15 stycznia 2014 r. w sprawie szczegółowego sposobu wykonywania budżetu państwa (Dz. U. z 2021 r. poz. 259 ze zm.)
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L Nr 119, str. 1 ze zm.); *zwane dalej: RODO*
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r. poz. 902); *zwana dalej: ustawą o dostępie do informacji publicznej*
- Ustawa z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1045 ze zm.); *zwana dalej: ustawą o doręczeniach elektronicznych*

V. Zapisy komórek organizacyjnych WSSE w Poznaniu biorących udział w kontroli.

V.1. Komórka organizacyjna WSSE w Poznaniu:

Oddział Epidemiologii

V.1.1. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/osób* kontrolujących:

- Starszy asystent Oddziału Epidemiologii
- Starszy asystent Oddziału Epidemiologii
- Starszy asystent Oddziału Epidemiologii
- Asystent Oddziału Epidemiologii

V.1.2. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/osób* biorących udział w kontroli ze strony PSSE w Gnieźnie:

- Kierownik Sekcji Epidemiologii
- Asystent Sekcji Epidemiologii
- Asystent Sekcji Epidemiologii
- Młodszy asystent Sekcji Epidemiologii
- Młodszy asystent Sekcji Epidemiologii
- Młodszy asystent Sekcji Epidemiologii
- Młodszy asystent Sekcji Epidemiologii
- Starszy statystyk medyczny Sekcji Epidemiologii

V.1.3. Zakres kontroli:

Sprawdzenie pod względem prawnym i merytorycznym działalności Sekcji Epidemiologii Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gnieźnie. Realizacja zaleceń pokontrolnych w zakresie działalności Sekcji Epidemiologii wydanych przez Wielkopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w czasie ostatniej kontroli.

V.1.4. Wyniki i ustalenia z kontroli:

V.1.4.1. Ocena skontrolowanej działalności ze wskazaniem ustaleń, na których została oparta:

1. Realizacja zaleceń pokontrolnych z ostatniej kontroli kompleksowej.

Podczas ostatniej kontroli kompleksowej PSSE w Gnieźnie w 2021 r. wydano następujące zalecenia:

1. Zaleca się sporządzanie protokołów z ustnego doręczania informacji o obowiązku odbycia kwarantanny – **wykonano**.

2. Zaleca się dołączanie do akt spraw, pocztowych zwrotnych potwierdzeń odbioru w celu przeanalizowania skutecznego doręczenia – **wykonano**.
3. Zaleca się rzetelne wypełnianie dokumentów prowadzonych spraw – opatrzenie pism datami – **wykonano**.
4. Zaleca się prawidłowe oznaczenie strony lub stron w postępowaniach administracyjnych, tak aby o toku postępowania zawiadomić wszystkie osoby będące stronami w sprawie – **nie wykonano w zakresie art. 107 § 1 pkt 3 k.p.a. tj. właściwego oznaczenia strony**.
5. Zaleca się w toku prowadzenia postępowań administracyjnych zapewnienie stronom możliwości czynnego udziału na każdym etapie postępowania, a przed wydaniem decyzji umożliwienie im wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a w sytuacji odstąpienia od ww. zasady (gdy załatwienie sprawy nie cierpi zwłoki ze względu na niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia ludzkiego albo ze względu na grożącą niepowetowaną szkodę materialną) zaleca się zamieszczenie powyższej informacji (o odstąpieniu od czynnego udziału w sprawie) w zawiadomieniach o wszczęciu postępowań administracyjnych oraz utrwalenie w aktach sprawy, w drodze adnotacji przyczyny odstąpienia od czynnego udziału w sprawie – **wykonano**.

2. Realizacja planu zasadniczych zadań oraz opracowanie i realizacja planu kontroli obiektów.

Na podstawie analizy losowo wybranych zagadnień stwierdzono, iż PSSE w Gnieźnie realizuje plany zasadniczych zadań według ustalonego harmonogramu. Kontrole obiektów planowane są pod koniec roku na rok następny i odnotowywane w zbiorczym „Rocznym planie pracy”. Na jego podstawie Sekcja Epidemiologii prowadzi „Miesięczne plany pracy”, w których umieszcza informacje o wykonaniu lub przyczynie niewykonania kontroli. Odnotowuje się w nim również termin późniejszego przeprowadzenia kontroli lub jej odwołania oraz informacje o kontrolach dodatkowych – doraźnych lub interwencyjnych. Na podstawie informacji z „Miesięcznych Planów Pracy” uzupełniany jest wspólny dla PSSE „Roczny plan pracy”.

Kontrole większych placówek medycznych – szpitali, przychodni, NZOZ prowadzone są raz w roku wspólnie z Sekcją Higieny Komunalnej. Pozostałe placówki (np. indywidualne praktyki lekarskie, gabinety stomatologiczne, poradnie), kontrolowane są raz na dwa lub trzy lata. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości/ wydania zaleceń Sekcja Epidemiologii

proceedzi także kontrole sprawdzające. Kontrole przeważnie prowadzone są w zespołach dwuosobowych (zdarza się jednak, że prowadzi je tylko jeden pracownik). Protokoły zazwyczaj sporządzane są w PSSE po zakończonej kontroli.

Zaleca się prowadzenie kontroli w zespołach dwuosobowych.

Pracownicy Sekcji Epidemiologii PSSE w Gnieźnie przeprowadzili:

- w 2023 r. – 157 kontroli, w tym 117 z 240 zaplanowanych (49% planowanych),
- w 2024 r. – 144 kontrole, w tym 115 z 134 zaplanowanych (86%),
- w 2025 r. do dnia kontroli. – 60 kontroli, w tym 39 z 50 zaplanowanych (78%).

Wśród wykonanych kontroli dodatkowych w 2023 r. 32% stanowiły kontrole sprawdzające, a 68% kontrole dorażne. W 2024 r. stosunek kontroli był odpowiednio – 55% do 45%.

W 2025 r. w związku z ogólnopolską akcją kontroli kart uodpornienia 67% wykonanych kontroli dodatkowych stanowiły kontrole kart uodpornienia, 19% kontrole sprawdzające, a 14% kontrole dorażne.

3. Przegląd prowadzonych rejestrów i ewidencji.

- a) **„Rejestr chorób zakaźnych” prowadzony w systemie EpiBaza. Ocena na podstawie jednostek chorobowych podlegających nadzorowi epidemiologicznemu.**

PSSE w Gnieźnie zgodnie z art. 30 ust. 1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych oraz § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2020 r. w sprawie sposobu prowadzenia rejestru chorób zakaźnych oraz okresu przechowywania danych zawartych w tym rejestrze (Dz. U. z 2020 r. poz. 1117) prowadzi jednolity rejestr przypadków zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną w systemie elektronicznym EpiBaza.. Są w nim również opracowywane wywiady epidemiologiczne.

Analizie poddano zgodność danych z formularzy ZLK i ZLB wybranych chorób zakaźnych (boreliozy, grypy, ospy wietrznej, gruźlicy, giardiozy i świnki), które wpłynęły do PSSE w Gnieźnie w wersji papierowej z danymi wprowadzonymi do systemu EpiBaza. Stwierdzono, iż niektóre formularze nie zostały zarejestrowane lub ich treść nie była zgodna z wersją papierową. Do systemu nie wprowadzano np. zgłoszeń boreliozy, które dotyczyły przypadków niespełniających kryteriów definicji i niewykazanych w meldunku MZ-56. Do EpiBazy nie zostały również wpisane niektóre zgłoszenia z 2024 r. dotyczące giardiozy.

Ponadto, w przypadku kilku formularzy ZLK-1 dotyczących boreliozy, do EpiBazy wpisano niepełne kody ICD-10 (np. A69), choć na formularzach widnieją kody pełne (np. A69.2). Niezgodność w zakresie danych na zgłoszeniu ZLK-1 z danymi w wywiadzie epidemiologicznym stwierdzono również w zarejestrowanych w MZ-56 (w 2023 r.) dwóch zachorowaniach na świnkę. W wywiadach zaznaczono, iż na zgłoszeniach ZLK-1 zaznaczono objawy kliniczne – gorączkę i obrzęk ślinianek przyusznych, natomiast na drukach ZLK-1 nie ma informacji o gorączce. W wywiadach nie ma informacji, w jaki sposób uzyskano dane o gorączce, a jest to bardzo istotne gdyż brak tego objawu klinicznego dyskwalifikuje wykazanie przypadku jako możliwego.

Weryfikacja dokumentacji pozostałych jednostek chorobowych nie wykazała niezgodności, dane zostały uzupełnione w systemie prawidłowo, zgodnie z informacjami zawartymi w dokumentacji papierowej.

Zaleca się, aby wszystkie formularze ZLK czy ZLB wpływające do PSSE w formie papierowej były zarejestrowane w EpiBazie. Należy zwracać uwagę aby wpisane dane zgadzały się z oryginałem w wersji papierowej. Wprowadzanie zmian do formularza wynikających np. z ustaleń w dochodzeniu epidemiologicznym powinno być odnotowane w systemie (np. w polu „Uwagi”).

Na podstawie ZLK oraz ZLB, do zachorowań, które spełniają kryteria definicji przypadku tworzone są wywiady epidemiologiczne powiązane ze zgłoszeniami. Formularze, które nie dotyczą przypadków wykazywanych w MZ-56 powinny zostać zweryfikowane i uzupełnione informacją o przyczynie braku rejestracji w ww. meldunku (wyjaśnienie w polu „Uwagi” na formularzu lub w utworzonym wywiadzie).

b) „Powiatowy rejestr zakażeń i zachorowań na choroby zakaźne”.

Oprócz rejestru chorób zakaźnych prowadzonego w systemie EpiBaza PSSE w Gnieźnie prowadzi elektroniczny „Powiatowy rejestr zakażeń i zachorowań na choroby zakaźne” tworzony na dany rok. Rejestr zawiera informacje o przypadkach zakażeń i zachorowań niezbędne do sporządzenia danych do meldunków MZ-56, MZ-57 i MZ-58.

c) „Rejestr zgonów z powodu choroby zakaźnej”.

PSSE w Gnieźnie prowadzi cyfrowy rejestr zgonów z powodu choroby zakaźnej – pod znakiem ON-E.9012.4. – na dany rok. Dane zawarte w rejestrze są zgodne z raportami miesięcznymi przekazywanymi do WSSE w Poznaniu w danym miesiącu. Informacje z rejestru są tożsame z formularzami ZLK-5 zamieszczonymi w EpiBazie.

d) „Rejestr zachorowań, ozdrowieńców i nosicieli pałeczek Salmonella”

PSSE w Gnieźnie prowadzi cyfrowy rejestr osób, które chorują, wyzdrowiały, albo są nosicielami w związku z zakażeniem Salmonellą. W dokumencie zawarto również dane o uzyskanych wynikach ujemnych. Rejestr zgadza się z wystawionymi decyzjami dotyczącymi zaniechania wykonywania niektórych prac w związku z zakażeniem oraz z formularzami ZLB-1 zamieszczonymi w EpiBazie.

e) „Rejestr podejrzeń i zachorowań na prątkującą postać gruźlicy płuc.”

Zachorowania na gruźlicę dotyczą zarówno postaci płucnej jak i pozapłucnej, gruźlicy prątkującej oraz nieprątkującej. Należy zatem uaktualnić nazwę rejestru i rejestrować w nim wszystkie postacie gruźlicy, a nie tylko postać prątkującą.

f) „Powiatowy Rejestr zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych”.

W okresie objętym kontrolą wykazy niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP) prowadzone były elektronicznie na każdy rok oddzielnie. Na terenie nadzorowanym przez PSSE zarejestrowano:

- w 2023 r. – 14 NOP (9 o kwalifikacji łagodnej i 5 poważnej),
- w 2024 r. – 17 NOP (14 łagodnych i 3 poważne),
- w 2025 r. (stan na dzień kontroli) – 8 NOP (7 łagodnych i 1 poważny).

Rejestr NOP opatrzony jest nazwą „Powiatowy rejestr zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych” na dany rok, zgodnie z zapisem § 8 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 stycznia 2024 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania (Dz. U. z 2024 r. poz. 138).

Zgłoszenia NOP rejestrowane są w systemie EpiBaza.

g) „Rejestr osób uchylających się od wykonania obowiązku szczepień ochronnych i prowadzonych wobec nich postępowań.”

PSSE w Gnieźnie prowadzi rejestr osób uchylających się od wykonania obowiązku szczepień ochronnych, zgłaszanych przez lekarzy POZ. Na terenie nadzorowanym przez PSSE, w związku z uchylaniem się od szczepień ochronnych zarejestrowano:

- w 2023 r. – (stan na 31.12.2023 r.) – 357 dzieci i 454 rodziców,
- w 2024 r. - (stan na 31.12.2024 r.) – 385 dzieci i 479 rodziców,
- w 2025 r. - (I kwartał) – 429 dzieci i 528 rodziców.

Dla postępowania administracyjnego prowadzonego wobec rodziców uchylających się od wykonania obowiązku szczepień ochronnych zakładana jestteczka, w której dokumentowane są kolejne etapy sprawy. Każda teczka zawiera w aktach arkusz zbiorczy.

h) „Powiatowy rejestr upomnień” – znak ON-EP.9012.4.2023/ ON-EP.9012.7.2024/ ON-EP.9012.4.2025. Zgodnie z rejestrem wystawiono:

- w 2023 r. – 37 upomnień,
- w 2024 r. – 44 upomnienia,
- w 2025 r. (do dnia kontroli) – 16 upomnień.

i) „Powiatowy rejestr postanowień” – znak ON-EP.9012.16. na dany rok. Zgodnie z rejestrem wydano:

- w 2023 r. – 6 postanowień,
- w 2024 r. – 2 postanowienia,
- w 2025 r. (do dnia kontroli) nie wystawiono żadnego postanowienia.

4. Ocena dokumentacji kontroli.

Sprawdzono dokumentację z kontroli sanitarnych prowadzonych w związku ze sprawowaniem bieżącego nadzoru sanitarnego, dotyczącą następujących podmiotów:

- (ON-EP.9020.5.2.2023) – kontrola 26.05.2023 r.
- (ON-EP.9020.1.5.2024) – kontrola 8.04.2024 r.
- (ON-EP.9020.1.45.2024).– kontrola 15.11.2024 r.
- (ON-EP.9020.11.2025) – kontrola 23-24.04.2025 r.

PSSE w Gnieźnie prawidłowo oznaczyła kontrolowane podmioty oraz oceniła konieczność zastosowania do kontroli przepisów ustawy Prawo przedsiębiorców. W skontrolowanych placówkach medycznych zakres kontroli ustalony był stosownie do zakresu działalności podmiotów i tożsamy w zawiadomieniu, upoważnieniu i protokole kontroli. Zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli zawierały wymagane prawem elementy i zostały skutecznie doręczone kontrolowanym. Z uwagi na to, że kontrole przeprowadzano w podmiotach podlegających przepisom ustawy Prawo przedsiębiorców, we wskazanych w zawiadomieniu przepisach jako podstawę prowadzenia kontroli należało

przywołać również art. 37 ust. 2 ustawy o PIS, zgodnie z którym do kontroli działalności gospodarczej stosuje się przepisy rozdziału 5 ustawy Prawo przedsiębiorców. Przedmiotowy brak stanowi nieprawidłowość (AK-DN-E-1).

Ponadto, we wszystkich zawiadomieniach z ww. kontroli przeprowadzonych w latach 2023-2025 znajduje się informacja: „W przypadku nieobecności przedsiębiorcy lub osoby przez niego upoważnionej podczas kontroli albo niewykonania przez przedsiębiorcę obowiązku, o którym mowa w ust. 3 czynności kontrolne mogą być wykonywane u przedsiębiorcy w obecności innego pracownika przedsiębiorcy lub osoby zatrudnionej u przedsiębiorcy w ramach innego stosunku prawnego, którzy mogą być uznani za osobę o której mowa w art. 97 Kodeksu Cywilnego.” W cytowanym fragmencie zawiadomienia wskazano obowiązek przedsiębiorcy wynikający z ust. 3, lecz nie przywołano jakiego aktu prawnego on dotyczy, co uniemożliwia przedsiębiorcy wykonanie obowiązku wynikającego z powyższego ustępu. Ten błędny zapis stwierdzono we wszystkich zawiadomieniach z analizowanych kontroli. Jest on więc elementem zawiadomienia od roku 2023 i przez tak długi czas błąd ten nie został zauważony i poprawiony. Ponadto, w zawiadomieniu o zamiarze wszczęcia kontroli placówki (ON-EP.9020.5.2.2023) zamiast zapisu Kodeks Cywilny przy ustawie z dnia 23 kwietnia 1964 r. wpisano tylko Kodeks.

Upoważnienia do kontroli sporządzono na podstawie rozporządzenia w sprawie zasad i trybu upoważniania pracowników SSE lub GIS, oraz ustawy Prawo przedsiębiorców. We wszystkich upoważnieniach stwierdzono brak w pouczeniu informacji dotyczącej istotnego prawa kontrolowanego podmiotu do wniesienia sprzeciwu wobec kontroli, o którym mowa w art. 59 ustawy Prawo przedsiębiorców, co stanowi uchybienie. Pouczenie zastosowane przez PSSE w Gnieźnie nie wyczerpuje odpowiednio informacji z zakresu praw przysługujących przedsiębiorcy, a skupione jest głównie na jego obowiązkach. Instytucja sprzeciwu, o której mowa w m.in. 59 ww. ustawy została stworzona z myślą o ochronie praw przedsiębiorcy i możliwości przerwania przez niego wszczętej już kontroli, jeżeli organ kontrolujący naruszył jego prawa. Wobec tego istotne jest, aby podmiot objęty kontrolą świadomy był przysługującej mu formy obrony oraz wymogów formalno-prawnych związanych z jej zastosowaniem.

W aktach spraw podmiotów kontrolowanych w latach 2023-2024:

oraz

stwierdzono również brak informacji potwierdzającej dostarczenie

upoważnienia do kontroli. Informacja ta powinna zawierać przynajmniej datę odbioru i podpis odbierającego upoważnienie. Przedmiotowy brak stanowił uchybienie, jednak z uwagi na to, iż na upoważnieniu kontroli przeprowadzonej w 2025 r. _____ stosowne poświadczenie zostało już odnotowane, można uznać, że uchybienie zostało usunięte.

Ponadto, treść upoważnień do kontroli w _____ oraz _____ jest niezgodna z § 5 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia w sprawie zasad i trybu upoważniania pracowników SSE lub GIS.

W treści ww. upoważnień nie zawarto nazwy stanowisk służbowych pracowników upoważnionych do przeprowadzenia kontroli. Przedmiotowy brak stanowił uchybienie, jednak z uwagi na to, iż na upoważnieniu kontroli przeprowadzonej w 2025 r. _____ stosowne poświadczenie zostało już odnotowane, można uznać, że uchybienie zostało usunięte. Zaleca się, by zwrócić szczególną uwagę czy na upoważnieniu podane zostały wszystkie wymagane informacje dotyczące osób przeprowadzających kontrole, czyli imię, nazwisko, nr legitymacji służbowej oraz nazwa stanowiska pracy.

Niezgodność dotyczącą przepisów prawnych – brak wskazania w podstawach prawnych przeprowadzenia kontroli m.in. art. 37 ust. 2 ustawy o PIS, zgodnie z którym do kontroli działalności gospodarczej stosuje się przepisy rozdziału 5 ustawy Prawo przedsiębiorców stwierdzono w protokołach kontroli przeprowadzonych w 2023 r. oraz 2024 r. w następujących podmiotach:

_____. Brak ten stanowi nieprawidłowość ze strony PPIS, która jednak została już usunięta, ponieważ w protokołach z 2025 r. ww. podstawa prawna jest wskazywana.

Pomimo powyższych braków należy zwrócić uwagę, iż w protokołach kontroli wyczerpująco i czytelnie przedstawiono wyniki kontroli. Korzystano również z wielu dokumentów, szczegółowo wymienionych i opisanych w protokole. Brak uwag do treści protokołów kontroli w podmiotach: _____ (zakres kontroli – system kontroli zakażeń szpitalnych oraz procedur zapobiegających rozprzestrzenianiu się zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi), _____ (zakres – zgłaszalność podejrzeń lub rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych i zgonów z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej) oraz _____ zakres – m.in. ocena stanu sanitarno-

technicznego i higienicznego z uwzględnieniem zagadnień dezynfekcji i sterylizacji, procedur epidemiologicznych, zgłaszalności).

W protokole kontroli opisano, iż zgodnie z procedurą „Dezynfekcja powierzchni skażonej materiałem biologicznym”, dezynfekcja powierzchni odbywa się poprzez zasypanie materiału preparatem Actichlor Granules, a po 2 minutach usunięciu wszystkiego jednorazowymi ręcznikami papierowymi. Nie zwrócono uwagi, iż zgodnie z wytycznymi producenta, procedura powinna również zawierać informację o dalszym wykonaniu dezynfekcji powierzchni z użyciem preparatu chlorowego. W zakresie oceny procesów dekontaminacji należy zwrócić uwagę na niezgodny ze stanem faktycznym zapis w protokole: „Kontrola wykazała, iż przygotowanie narzędzi do sterylizacji jest procesem dwuetapowym”. Z zapisów w protokole wynika jednak, że narzędzia i sprzęt medyczny po użyciu są poddawane dezynfekcji, następnie myciu, pakowaniu i sterylizacji. Proces dezynfekcji prowadzony jest manualnie tylko raz i dlatego przygotowanie wyrobów do sterylizacji w tym wypadku jest procesem jednoetapowym, który wymaga wykonania dezynfekcji preparatem średniego lub wysokiego stopnia. W protokole wskazano preparat stosowany do dezynfekcji sprzętu wielokrotnego użycia, w tym narzędzi obrotowych – Prosept Fortis, który spełnia warunek uzyskania dezynfekcji na poziomie średniego stopnia. Nie wskazano jednak, w jakim stężeniu i czasie wykonywana jest dezynfekcja. Informacja ta zawarta została tylko w załączniku do kontroli, który jest drukiem wewnętrznym PIS i nie jest przekazywany kontrolowanemu przedsiębiorcy. Jak wynika z zapisu w załączniku, dezynfekcja wykonywana jest 3% roztworem w czasie 3-4 godzin. Zgodnie z informacjami na ulotce produktu, maksymalny czas dezynfekcji przy 3% stężeniu to 15 minut. Niezgodność ta nie została wskazana w protokole ani w załączniku. Nie zakwestionowano również stosowania do dezynfekcji końcówek stomatologicznych chusteczek Cavi Wipes, choć nie zapewniają one dezynfekcji średniego stopnia. Zapisy w protokole uniemożliwiają również weryfikację, czy kontrolujący zwrócili uwagę na dalsze postępowanie placówki z końcówkami – poddawanie sterylizacji czy przekazanie do stosowania. Zaleca się szczegółową weryfikację w zakresie postępowania z końcówkami stomatologicznymi, gdyż niewłaściwa dezynfekcja i brak sterylizacji tego wyrobu jest jedną z najczęstszych nieprawidłowości stwierdzanych w gabinetach stomatologicznych.

Kontroli poddano również dokumentację procesów mycia i dezynfekcji oraz ich skuteczności. W protokole wskazano, że placówka prowadzi zapisy dotyczące manualnego

mycia i dezynfekcji – informacje o numerze procesu, dacie i godzinie dezynfekcji, nazwie narzędzi, stężeniu preparatu, imieniu i nazwisku osoby przeprowadzającej proces. Nie odnotowano natomiast, czy placówka wykonuje kontrolę skuteczności mycia i dezynfekcji za pomocą testu pozostałości zanieczyszczeń białkowych. Zgodnie z obowiązującymi „Ogólnymi wytycznymi dla wszystkich podmiotów wykonujących procesy dekontaminacji, w tym sterylizacji wyrobów medycznych i innych przedmiotów wielorazowego użytku wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz innych czynności, podczas których może dojść do przeniesienia choroby zakaźnej lub zakażenia” opracowanymi przez Stowarzyszenie Higieny Lecznictwa, Polskie Towarzystwo Sterylizacji Medycznej oraz Narodowy Instytut Leków (dalej zwane wytyczne) kontrolę ww. wskaźnikami należy wykonywać okresowo, dla narzędzi o skomplikowanej geometrii kształtów nie rzadziej niż raz w tygodniu.

Kontrola dotyczyła również zakresu sterylizacji – kontroli procesów wskaźnikami fizycznymi, chemicznymi i biologicznymi, stosowanych opakowań sterylizacyjnych, dokumentacji procesów oraz przechowywania wyrobów po dekontaminacji. Brak informacji w protokole o pojemności wsadu autoklawów uniemożliwia całościową ocenę przeprowadzonej przez pracowników PIS kontroli placówki w zakresie rodzaju, ilości, umiejscowienia wskaźników w autoklawie oraz częstotliwości ich stosowania. W dokumentach kontroli brak również informacji o teście Bowie-Dick. Ponadto opisano, iż kontrola biologiczna jest wykonywana raz w miesiącu, lecz nie wskazano, iż taka częstotliwość jest zbyt rzadka. Nie zwrócono również uwagi, iż stosowany w placówce sposób oznaczenia opakowania sterylizacyjnego datownikiem jest niezgodny z wytycznymi. Informację o obowiązywaniu od 2017 r. wytycznych oraz wynikających z nich zasad prowadzenia dokumentacji mycia i dezynfekcji oraz wykonywania kontroli biologicznej raz w tygodniu zawarto w uwagach do protokołu, nie wskazano ich jako nieprawidłowości. Zaleca się aby podczas kontroli placówek w których wykonywana jest dekontaminacja (dezynfekcja oraz sterylizacja), zwracać uwagę na kontrolę skuteczności procesów manualnego oraz maszynowego mycia i dezynfekcji oraz kontrolę procesu sterylizacji. W sytuacji gdy placówka była wcześniej poinformowana o wytycznych i nie zastosowała się do nich, należy uchybienia traktować jako nieprawidłowość.

Nadzór nad świadczeniodawcami przeprowadzającymi obowiązkowe szczepienia ochronne w ramach Programu Szczepień Ochronnych prowadzony jest w 24 podmiotach

lecniczych przeprowadzających szczepienia ochronne. Kontrole w zakresie szczepień ochronnych są przeprowadzane według harmonogramu kontroli placówek.

Sprawdzono dokumentację z kontroli sanitarnych prowadzonych w zakresie wykonywania szczepień ochronnych dotyczącą następujących podmiotów:

- 62-200 Gniezno (protokół kontroli nr ON-EP.9020.2.2025 z 11.03.2025 r.),
- (protokół kontroli nr ON-EP.9020.1.11.2023 z 23.05.2023 r.).

PSSE dokonała oceny dokumentacji medycznej w zakresie wykonywania szczepień ochronnych, warunków przechowywania oraz transportu szczepionek, przeprowadzania kontroli wewnętrznej w placówce i przestrzegania obowiązujących w placówce procedur w tym zakresie, a także sprawozdań ze szczepień, terminowości ich przesyłania i oceny stanu sanitarno-higienicznego.

W kontrolowanych placówkach medycznych zakres kontroli był tożsamy w zawiadomieniu, upoważnieniu i protokole kontroli dla każdego z nich.

Wystosowano zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli, które zostały skutecznie doręczone kontrolowanym przedsiębiorcom (za pomocą operatora Poczta Polska oraz poprzez system e-Doręczenia). Zawiadomienia sporządzono prawidłowo, zgodnie z przepisami prawa. Upoważnienia sporządzane są zgodnie z rozporządzeniem w sprawie zasad i trybu upoważniania pracowników SSE lub GIS oraz ustawą Prawo przedsiębiorców.

Na upoważnieniach stwierdza się brak w pouczeniu informacji dotyczącej istotnego prawa kontrolowanego podmiotu do wniesienia sprzeciwu wobec kontroli, o którym mowa w art. 59 ustawy Prawo przedsiębiorców, co stanowi uchybienie.

Protokoły kontroli nie budzą zastrzeżeń a każdy z nich zawiera uzupełniony załącznik F/EP/09.

5. Prowadzenie postępowań administracyjnych (dokumentacja, tryb przygotowania, terminowość, prawidłowość pod względem merytorycznym).

W kontrolowanym okresie Sekcja Epidemiologii PSSE w Gnieźnie wydała: w 2023 r. 51 decyzji, w 2024 r. 22 decyzje, a w 2025 r. do dnia kontroli - 4 decyzje. Część decyzji administracyjnych sporządzonych przez pracowników Sekcji Epidemiologii została wydana ze znakiem Sekcji Higieny Komunalnej.

W toku kontroli sprawdzono 4 postępowania administracyjne – ON-EP.907.29.1.2024, ON-EP.9020.2.11.2024 i OP-EP.9020.5.2.2023 (znak dotyczy 2 postępowań – zakończonych decyzją merytoryczną i opłatową).

- ON-EP.907.29.1.2024 – postępowanie dotyczące odsunięcia od pracy w związku z uzyskaniem wyniku dodatniego w kierunku pałeczek Salmonella grupy C.

Zgodnie z adnotacją służbową z 29.05.2024 r. PSSE w Gnieźnie zgodnie z art. 10 § 2 k.p.a. odstąpiła od przekazania stronie zawiadomienia o zakończeniu zbierania materiałów dowodowych przed wydaniem decyzji z uwagi na możliwe narażenie dla życia i zdrowia ludzkiego. Tego samego dnia PPIS przekazał zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego oraz wydał decyzję administracyjną. Jeżeli PSSE zdecydowała się ograniczyć prawo strony, o którym mowa w art. 10 § 1 k.p.a., tj. uniemożliwić wypowiedzenie się co do zebranych dowodów i materiałów przed wydaniem decyzji, PPIS nie powinien wprowadzać strony w błąd przekazując jej zawiadomienie z pouczeniem o prawie przysługującym z art. 10 § 1 k.p.a.

Analogiczna sytuacja nastąpiła w przypadku postępowania zakończonego decyzją ON-EP.907.29.1.2024 z 13.06.2024 r. stwierdzającą wygaśnięcie decyzji ON-EP.907.29.1.2024 z 29.05.2024 r. Należy zwrócić szczególną uwagę na brzmienie pouczenia w zawiadomieniach, tak aby było ono spójne ze stanem faktycznym w sytuacji odstąpienia organu od zasady określonej w art. 10 § 1 k.p.a.

PPIS w Gnieźnie przy wydawaniu decyzji ON-EP.907.29.1.2024 z 29.05.2024 r. powołał się na art. 27 ust. 1 ustawy o PIS, zgodnie z którym w razie stwierdzenia naruszenia wymagań higienicznych i zdrowotnych, państwowy inspektor sanitarny nakazuje w drodze decyzji, usunięcie w ustalonym terminie stwierdzonych uchybień. W myśl powyższego przepisu PPIS musi wskazać konkretnie, do jakich doszło naruszeń oraz termin w jakim strona musi je usunąć. Należy jednak zauważyć, że ww. przepis nie powinien być stosowany w sytuacji konieczności odsunięcia pracownika od pracy z powodu zakażenia. W tym zakresie zastosowanie ma przede wszystkim art. 33 ust. 1 w zw. z art. 5 ust. 1 pkt 2 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych. Trudno bowiem uznać zachorowanie lub zakażenie na chorobę zakaźną za naruszenie oraz wyznaczyć zakażonemu określony termin na jego usunięcie. W analizowanej decyzji wystarczające są art. 5 ust. 1 pkt 2 i art. 33 ust. 1 i 3 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych, na które PPIS w Gnieźnie również się powołał. Zaleca się aby decyzjach administracyjnych

dotyczących odsunięcia od pracy powoływać się tylko na przepisy, które mają realne zastosowanie w prowadzonym postępowaniu administracyjnym.

W decyzji nakładającej obowiązek powstrzymania się od wykonywania pracy, równolegle przywołane zostały przepisy art. 33 ust. 3 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych oraz art. 108 § 1 k.p.a., co stanowi uchybienie. Należy zaznaczyć, że zgodnie z treścią art. 33 ust. 3 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych przedmiotowa decyzja z mocy prawa miała rygor natychmiastowej wykonalności. Natomiast rygor wynikający z art. 108 § 1 k.p.a. jest rozwiązaniem fakultatywnym, nakładanym według uznania organu, wobec czego wymagane jest umotywowanie jego użycia w treści decyzji.

Art. 33 ust. 3 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych jest w przedmiotowej sprawie przepisem szczególnym w stosunku do art. 108 § 1 k.p.a., w związku z tym organ nie ma swobody w zastosowaniu rygoru natychmiastowej wykonalności, a o jego obowiązku decyduje ustawodawca. Zaleca się, aby w przypadku decyzji administracyjnych wydawanych na mocy art. 33 ust. 1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych nie wskazywać jako podstawy prawnej rygoru natychmiastowej wykonalności art. 108 § 1 k.p.a., lecz art. 33 ust. 3 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych.

- ON-EP.9020.2.11.2024 – postępowanie dotyczące uiszczenia opłaty za stwierdzone nieprawidłowości w trakcie kontroli w zakresie nieterminowego przekazywania sprawozdania kwartalnego z przeprowadzonych szczepień ochronnych według liczby wykorzystanych szczepionek.

W analizowanej sprawie PSSE w Gnieźnie nierzetelnie oznaczyła stronę postępowania administracyjnego. Nierzetelne oznaczenie strony jako „Kierownika znajdowało się na: zawiadomieniu z 13.08.2024 r. o wszczęciu postępowania administracyjnego, zawiadomieniu z 26.08.2024 r. o zakończeniu postępowania dowodowego oraz decyzji ON-EP.9020.2.11.2024 z 5.09.2024 r. (AK-DN-E-2). Dodatkowo, w ww. decyzji występują rozbieżności w zakresie oznaczenia strony w nagłówku decyzji (

oraz w jej rozstrzygnięciu

W uzasadnieniu decyzji brak uzasadnienia prawnego, z którego wynikałoby, kogo organ uznał za stronę przedmiotowego postępowania opłatowego. W myśl art. 29 k.p.a. stronami mogą być osoby fizyczne i osoby prawne, a gdy chodzi o państwowe i samorządowe jednostki organizacyjne i organizacje społeczne – również jednostki nieposiadające osobowości prawnej. Oznaczenie adresata decyzji musi nastąpić w sposób pozwalający go zindywidualizować. Strona musi jednocześnie posiadać zdolność administracyjnoprawną. W przypadku osoby fizycznej należy wskazać przede wszystkim jej dane osobowe, tj: imię, nazwisko i adres zamieszkania, a w przypadku osoby prawnej, państwowej jednostki organizacyjnej lub organizacji społecznej nieposiadającej osobowości prawnej nazwę i adres siedziby. W przypadku przedsiębiorców dane powinny być zgodne z informacjami zawartymi w stosownym rejestrze, ewidencji lub w umowie powołującej dany podmiot do życia (wyrok NSA II GSK 2690/17). Zgodnie z art. 36 ust. 1 ustawy o PIS: Za badania wykonywane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w związku ze sprawowaniem bieżącego i zapobiegawczego nadzoru ze sprawowaniem bieżącego i zapobiegawczego nadzoru sanitarnego pobiera się opłaty w wysokości kosztów ich wykonania, z zastrzeżeniem ust. 2. Opłaty ponosi osoba lub jednostka organizacyjna obowiązana do przestrzegania wymagań higienicznych i zdrowotnych.” Przedmiotowa opłata dotyczyła naruszenia § 16 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2023 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 782), zgodnie z którym „Kwartalne sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych, którego wzór jest określony w załączniku nr 6 do rozporządzenia, jest sporządzane i przekazywane przez osoby przeprowadzające obowiązkowe szczepienia ochronne państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, w terminie 15 dni od zakończenia kwartału.” Z kolei zgodnie art. 18 ust. 1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych: „Obowiązkowe szczepienia ochronne i poprzedzające ich wykonanie lekarskie badania kwalifikacyjne, a także konsultacje specjalistyczne u ubezpieczonych oraz osób nieposiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, przeprowadzają świadczeniodawcy, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowy o udzielanie tych świadczeń.” Zgodnie z art. 5 pkt 41 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.)

świadczeniodawcą jest m.in. podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.

W uzasadnieniu decyzji organ powinien zawrzeć wywód prawny wskazujący kto i na jakiej podstawie prawnej jest stroną przedmiotowego postępowania. Z uzasadnienia decyzji opłatowej nie wynika dlaczego zakład leczniczy

podmiotu leczniczego, którego dotyczyła kontrola, albo kierownik tego zakładu leczniczego, są zobowiązani do ponoszenia opłat za kontrolę.

Nierzetelne oznaczenie strony postępowania stanowi naruszenie art. 107 § 1 pkt 3 k.p.a., natomiast braki w uzasadnieniu decyzji – art. 107 § 1 pkt 6 oraz art. 107 § 3 k.p.a.

- Do akt spraw oznaczonych znakiem: ON-EP.9020.5.2.2023 i ON-EP.9020.2.11.2024 załączono błędnie sporządzone metryki dla dwóch spraw: postępowania administracyjnego w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami (decyzja merytoryczna) oraz postępowania administracyjnego dotyczącego nałożenia opłaty za czynności kontrolne (decyzja opłatowa) (**AK-DN-E-3**). Powyższe narusza art. 66a § 1 i 3 k.p.a., zgodnie z którymi w aktach sprawy zakłada się metrykę sprawy a metryka sprawy wraz z dokumentami do których odsyła, stanowi obowiązkową część akt sprawy i jest na bieżąco aktualizowana. Akta administracyjne powinny być prowadzone zgodnie z art. 66a k.p.a., a więc przede wszystkim w sposób chronologiczny i oddzielnie dla każdej sprawy, tj. odrębnie dla postępowania administracyjnego w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami oraz postępowania administracyjnego dotyczącego nałożenia opłaty za czynności kontrolne.
- Decyzje opłatowe ON-EP.9020.5.2.2023 z 11.09.2023 r. i ON-EP.9020.2.11.2024 z 5.09.2024 r. nie zawierały wystarczającego przedstawienia podstaw prawnych (**AK-DN-E-4**). W decyzjach nie wskazano przepisów ustawy z 29 sierpnia 1997 r. Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2023 r. poz. 2383) – zwanej dalej: Ordynacją podatkową. Opłaty z art. 36 ust. 1 ustawy o PIS stanowią niepodatkowe należności budżetowe w rozumieniu art. 60 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1530 ze zm.). Zgodnie z art. 67 ww. ustawy do spraw dotyczących należności, o których mowa w art. 60, nieuregulowanych niniejszą ustawą stosuje się przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania

administracyjnego (Dz.U. z 2024 r. poz. 572) i odpowiednio przepisy działu III ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Ordynacja podatkowa (Dz.U. z 2023 r. poz. 2383 i 2760 oraz z 2024 r. poz. 879). Do spraw dotyczących administracyjnych kar pieniężnych stosuje się przepisy k.p.a. Przed wejściem w życie ww. ustawy, odesłanie do stosowania działu III Ordynacji podatkowej dla niepodatkowych należności budżetowych zawierał art. 2 § 2 Ordynacji podatkowej. Takie rozumienie charakteru opłat z art. 36 ust. 1 ustawy o PIS potwierdza również orzecznictwo: Wyrok WSA w Białymstoku z dnia 26 lipca 2007 r. II SA/Bk 287/07 „Do opłaty, o której mowa art. 36 ust. 1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zgodnie z art. 2 § 2 Ordynacji podatkowej należy stosować przepisy działu III tej ustawy”. W konsekwencji powyższego, dla opłat z art. 36 ust. 1 ustawy o PIS ma również zastosowanie art. 47 § 1 Ordynacji podatkowej, który wskazuje, iż termin płatności podatku wynosi 14 dni od dnia doręczenia decyzji ustalającej wysokość zobowiązania podatkowego, czyli decyzji organu I instancji.

W podstawie prawnej decyzji nakładającej opłatę w ramach sprawowania bieżącego nadzoru sanitarnego należy przywołać art. 2 § 2 i art. 47 § 1 Ordynacji podatkowej oraz art. 60 pkt 7 i art. 67 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1530).

W wyniku pominięcia ww. przepisów PPIS w Gnieźnie błędnie wskazał stronie termin na uiszczenie opłaty za stwierdzone nieprawidłowości. Zamiast 14 dni od daty doręczenia decyzji wskazano termin 7 dni od dnia, w którym decyzja stanie się ostateczna – co jest niezgodne z art. 47 § 1 Ordynacji podatkowej (**AK-DN-E-5**).

W pozostałych kwestiach postępowania prowadzone są prawidłowo, z zachowaniem obowiązujących terminów. Decyzje opatrzone są parafą rady prawnego i zawierają wyczerpujące uzasadnienie faktyczne.

Od 1.01.2023 r. do 23.06.2025 r. w sprawach osób uchylających się od wykonania szczepień ochronnych wydano 97 upomnień i 94 tytuły wykonawcze oraz 8 postanowień. Dokumentacja poddana kontroli prowadzona jest prawidłowo, posiada parafę radcy prawnego. Skontrolowano akta spraw następujących postępowań:

– ON.EP.4020.8.13.2019

Sprawa zgłoszona do PSSE w Gnieźnie 16.07.2019 r. Kontroli poddano upomnienia znak ON-EP.9022.1.124.2020 z 16.07.2024 r. adresowane do zobowiązanych.

Sprawdzono wnioski wierzyciela o wszczęcie egzekucji administracyjnej oraz tytuły wykonawcze, które są zgodne z przepisami. Tytuły wykonawcze sporządzono na formularzu TW-2 stosowanym w egzekucji obowiązków o charakterze niepieniężnym i zostały one wypełnione zgodnie z zapisami art. 27 § 1 i § 1a ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji, a także 1.04.2025 r. wysłane do Wojewody Wielkopolskiego. Dokumentacja prowadzona prawidłowo.

– ON.EP.4020.8.184.2019

Sprawa zgłoszona do PSSE w Gnieźnie 3.07.2019 r. Kontroli poddano upomnienia znak ON-EP.9022.1.151.2020 z 25.06.2024 r. adresowane do zobowiązanych.

Sprawdzono wnioski wierzyciela o wszczęcie egzekucji administracyjnej oraz tytuły wykonawcze, które są zgodne z przepisami. Tytuły wykonawcze sporządzono na formularzu TW-2 stosowanym w egzekucji obowiązków o charakterze niepieniężnym i zostały one wypełnione zgodnie z zapisami art. 27 § 1 i § 1a ustawy upea a także 20.11.2024 r. wysłane do Wojewody Wielkopolskiego.

Zobowiązana 18.04.2025 r. złożyła zarzuty w sprawie prowadzenia postępowania egzekucyjnego (data wpływu 24.04.2025 r.). Dotyczyły one nieistnienia obowiązku, braku wymagalności obowiązku, zastosowania egzekucji administracyjnej bez podania podstawy prawnej w przytoczonych przepisach, błędu co do zobowiązanego oraz błędów formalnych w tytule wykonawczym. PPIS w Gnieźnie w swoim postanowieniu znak ON-EP.9022.1.151.2020 z 30.04.2025 r. oddalił zarzuty w sprawie prowadzenia postępowania administracyjnego. Zgodnie z art. 124 § 1 k.p.a. postanowienie powinno zawierać m.in. oznaczenie strony. Zgodnie z art. 33 § 1 ustawy z dnia ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji „zobowiązanemu przysługuje prawo wniesienia do wierzyciela, za pośrednictwem organu egzekucyjnego, zarzutu w sprawie egzekucji administracyjnej”. Stroną przedmiotowego postępowania jest zobowiązany. W omawianym postanowieniu została błędnie oznaczona strona – pismo zaadresowane zostało do Wojewody Wielkopolskiego, natomiast strona została podana do wiadomości (AK-DN-E-6).

We wszystkich skontrolowanych upomnieniach nie został zawarty numer PESEL zobowiązanych, o którym mówi § 2 pkt 3 rozporządzenia Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej z dnia 4 grudnia 2020 r. w sprawie danych zawartych w upomnieniu (Dz. U. z 2020 r., poz. 2194). Z akt sprawy wynika, że PPIS w Gnieźnie był w posiadaniu numerów PESEL zobowiązanych, dlatego nie zaszyły przesłanki, by nie zamieścić

ich w powyższych pismach. Upomnienia zostały skutecznie doręczone do zobowiązanych (AK-DN-E-7). Dokumentacja prowadzona prawidłowo.

Przypomina się, aby wszystkie pisma sporządzane przez PPIS spełniały wymogi prawno-formalne. Należy stosować aktualne wzory pism, np. tytułów wykonawczych, upomnień itd. Pisma formalne winny zawierać wszystkie elementy zawarte w przepisach prawa.

6. Analiza skarg, interwencji, petycji oraz wniosków o dostęp do informacji publicznej.

W okresie objętym kontrolą PSSE w Gnieźnie nie rozpatrywała żadnych skarg, interwencji ani petycji. Przekazano do rozpatrzenia zgodnie z kompetencjami w 2023 r. – 1 skargę, w 2024 r. – 3 skargi oraz w 2025 r. – 1 skargę. Skargi przekazano do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu (3 skargi) oraz WPWIS (2 skargi).

Sekcja Epidemiologii PSSE w Gnieźnie rozpatrywała w 2023 roku 5 wniosków o dostęp do informacji publicznej w 2024 roku – 14, a w 2025 roku – 4. Większość z nich dotyczyła informacji związanych ze szczepieniami ochronnymi. Sprawdzono dokumentację zarejestrowaną pod znakiem ON-E.9011.5.6.2024. Odpowiedzi na wniosek udzielono w zakresie wszystkich pytań, w terminie 14 dni, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

7. Przegląd dokumentacji epidemiologicznej w zakresie zachorowań na choroby zakaźne.

Kontroli poddano dokumentację dotyczącą zachorowań i podejrzeń zachorowań na: boreliozę, grypę, ospę wietrzną, gruźlicę, giardiozę/lambliozę i świnkę. Wszystkie dokumenty opatrzone zostały datą wpływu do PSSE, kolejnym znakiem ze sprawy, numerami ID z EpiBazy (ID ZLK/ZLB), oraz numerem meldunku MZ-56, jeżeli przypadek podlegał wykazaniu w sprawozdaniu. Dokumentacja jest przechowywana w teczkach w kolejności zgodnej z datą wpływu. Dokumentacja związana z nadzorem nad chorobami zakaźnymi podzielona jest według chorób. Teczka dotycząca danej choroby zakaźnej zawiera całą dokumentację z nią związaną m.in. formularze ZLK i ZLB, formularz przeprowadzonego wywiadu wygenerowany z EpiBazy, korespondencję kierowaną do chorego, adnotacje służbowe i informacje o osobach z kontaktu.

Dokumentacja dotycząca przypadków, które zostały wykazane w sprawozdaniach albo nie podlegały sprawozdaniu, albo zostały przekazane zgodnie z właściwością do innej PSSE przechowywana jest w tej samej teczce.

PSSE w Gnieźnie nie prowadzi rejestru przekierowanych formularzy ZLK i ZLB. Każdy dokument ZLK lub ZLB, którego kopia została przekazana zgodnie z właściwością do innej PSSE poprzez EpiBazę, opatrzony jest stosowną informacją i datą przekazania.

8. Przegląd dokumentacji powiązanej z dystrybucją szczepionek, zamówieniami na szczepionki, sprawozdawczością ze szczepień, procedurami dot. magazynowania szczepionek i postępowania na wypadek awarii urządzeń chłodniczych lub braku zasilania w energię elektryczną.

Szczepionki dystrybuowane są do 24 podmiotów leczniczych na terenie powiatu gnieźnieńskiego. W podległych placówkach magazynowane są w urządzeniach chłodniczych z czego 23 posiadają elektroniczny system monitorowania temperatury.

Preparaty pakowane są przez pracowników Sekcji Epidemiologii w miejscu ich magazynowania. Odbiorcy szczepionek czekają na zapakowane torby w wyznaczonym do tego, innym pomieszczeniu. Po powrocie do placówki szczepionki są ponownie przeliczane celem sprawdzenia, czy ich liczba jest zgodna zamówieniem. Zaleca się, aby odbiorca preparatów szczepionkowych był obecny podczas przeliczania i pakowania w celu weryfikacji wydanych szczepionek. Preparaty pakowane są tylko do odpowiednich termotoreb po wcześniejszym sprawdzeniu temperatury oraz stanu wkładów chłodzących. Temperatura podawana jest osobie odbierającej, która następnie odnotowuje ją w swoich aktach. Dokumentacja dotycząca przekazania szczepionek wydawana jest na miejscu w chwili ich wydania.

Wydawanie szczepionek odbywa się we wtorki oraz środy w godzinach pracy PSSE lub w inne dni po uprzednim umówieniu wizyty. Ze względu na trwające kontrole kart uodpornienia wydawanie szczepionek w tym okresie odbywa się tylko po wcześniejszym umówieniu wizyty.

Szczepionki przechowywane są w urządzeniach chłodniczych w oddzielnym pomieszczeniu zamykanym na klucz. Pomieszczenie jest wyposażone w klimatyzację i rolety wewnętrzne.

W PSSE znajdują się 4 lodówki główne, 1 lodówka dodatkowa i 1 zamrażalnik na wkłady chłodzące:

- Chłodziarka LIEBHERR 2306 4
przyjęta na stan 23.01.2006 r. (nr ewidencyjny: SP/S/K/02-4/ON.EP),
- Chłodziarka LIEBHERR GKv 6410 261684
przyjęta na stan 23.01.2006 r. (nr ewidencyjny: SP/S/K/02-6/ON.EP),

- Chłodziarka farmaceutyczna POL-EKO CHS 6+
przyjęta na stan 14.02.2024 r. (nr ewidencyjny: SP/S/K/02-14/ON-EP),
- Szafa chłodnicza S-147 Bolarus
przyjęta na stan 31.07.2011 r. (nr ewidencyjny: SP/S/K/02-05/ON-EP),

Preparaty ułożone są prawidłowo, z zachowaniem odstępu od ścianek wewnętrznych, na perforowanych półkach. Ustawione są w kartonach i wydawane są w kolejności od tych z najkrótszą datą ważności.

Monitorowanie temperatury odbywa się dzięki urządzeniom umieszczonym wewnątrz każdej lodówki głównej (na środkowej półce), podłączonym bezpośrednio do routera poprzez sieć Wi-Fi. Urządzenia pracują niezależnie od siebie. System monitorowania umożliwia zapis temperatury oraz wysyłkę powiadomień. Dodatkowo, lodówki główne zaopatrzone są w zewnętrzne termometry elektroniczne.

Rejestracja temperatur odbywa się cyfrowo w chmurze EFENTO CLOUD – dostęp możliwy z każdego komputera po zalogowaniu się do platformy internetowej lub aplikacji na telefon. Urządzenie rejestruje temperaturę co 3 minuty. Raporty generowane są raz w miesiącu. Dodatkowo prowadzona jest również dokumentacja papierowa z pomiarów z termometrów w urządzeniach chłodniczych. Temperatura jest sprawdzana 2 razy dziennie i odnotowywana w *Karcie pomiaru temperatury w komorze chłodniczej do przechowywania szczepionek*. Powiadomienia przesyłane są na służbowe telefony komórkowe pracowników Sekcji Epidemiologii, na telefon alarmowy oraz do Dyrektora PSSE.

Serwis lodówek odbywa się raz w roku. Lodówki są myte i dezynfekowane przez pracowników zgodnie z przygotowanym harmonogramem wzorcowania, sprawdzania i konserwacji na dany rok. Ostatni serwis urządzeń chłodniczych wykonano 6.02.2025 r. – przeglądem technicznym, konserwacją i kontrolą szczelności zajmuje się firma zewnętrzna. Konserwacja i wzorcowanie komputerowego rejestratora temperatury prowadzone są raz w roku przez firmę zewnętrzną zgodnie z harmonogramem na dany rok. Po wykonaniu pomiarów wydawane jest świadectwo w zakresie wzorcowania. Data wydania ostatniego świadectwa wzorcowania przez laboratorium wzorcujące to 16.01.2025 r.

W sytuacji braku prądu zasilanie lodówek automatycznie zapewniane jest przez UPS. Zapasowe źródło zasilania powinno zasilić 4 lodówki przez minimum 8 godzin.

Symulacja przerwy w dostawie prądu. Ze względu na liczbę preparatów w lodówkach nie podjęto próby odłączenia od zasilania. Test zrealizowano poprzez wyjęcie urządzenia

rejestrującego z lodówki. Powiadomienie o wzroście temperatury pojawiło się na telefonach służbowych służących do monitoringu po około 7 minutach. Oceniono, że system działa w tym zakresie prawidłowo. Po ponownym umieszczeniu urządzenia rejestrującego w lodówce i unormowaniu temperatury, system powrócił do prawidłowej pracy, a na telefony przesłana została wiadomość sms z komunikatem o przywróceniu właściwej temperatury.

Sprawdzono procedury dotyczące dystrybucji preparatów szczepionkowych:

- Procedura postępowania ze szczepionkami w przypadku sytuacji awaryjnej,
- Procedura przyjęcia preparatów z Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Poznaniu lub z innych Powiatowych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych do magazynu szczepionek Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gnieźnie i warunki ich przechowywania,
- Procedura wydawania szczepionek z magazynu PSSE w Gnieźnie,
- Procedura postępowania ze szczepionkami, dla których upłynął termin ważności oraz przekazania ich do utylizacji w magazynie szczepionek PSSE Gniezno,
- Procedura identyfikacji i wyodrębniania-oznaczania szczepionek o bliskim terminie upływu daty ważności w magazynie szczepionek PSSE Gniezno,
- Procedura postępowania dotycząca wycofania z obrotu przez GIF preparatów szczepionkowych,
- Procedura planu higieny magazynu szczepionek.

Procedury poddane kontroli są prawidłowe, zawierają datę aktualizacji i podpis osoby sporządzającej i zatwierdzającej.

Na podstawie ustaleń z kontroli ocenia się działalność PSSE w Gnieźnie w kontrolowanym zakresie:**

1. Pozytywnie
2. Pozytywnie z uchybieniami
3. Pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości
4. Negatywnie

V.1.4.2 Stwierdzone nieprawidłowości

1. W zawiadomieniach o zamiarze wszczęcia kontroli brak wskazania, jako podstawy prowadzenia kontroli art. 37 ust. 2 ustawy o PIS, zgodnie z którym do kontroli działalności gospodarczej stosuje się przepisy rozdziału 5 ustawy Prawo przedsiębiorców.

2. Nierzetelne oznaczenie strony postępowania administracyjnego z powodu wskazania różnych stron w nagłówku decyzji i jej rozstrzygnięciu co narusza art. 107 § 1 pkt 3 k.p.a. Jednocześnie uzasadnienie decyzji nie zawiera uzasadnienia prawnego wskazującego kto jest zobowiązany do uiszczenia opłaty za stwierdzone nieprawidłowości, co narusza art. 107 § 1 pkt 6 oraz art. 107 § 3 k.p.a.
3. Prowadzenie jednej metryki sprawy do dwóch postępowań administracyjnych tj. postępowania administracyjnego w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami oraz postępowania administracyjnego dotyczącego nałożenia opłaty za czynności kontrolne, co narusza art. 66a § 1 i 3 k.p.a.
4. W decyzjach opłatowych nie wskazano przepisów art. 2 § 2 i art. 47 § 1 ustawy z 29 sierpnia 1997 r. Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2025 r. poz. 111 ze zm.) oraz art. 60 pkt 7 i art. 67 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1530 ze zm.).
5. Błędnie wskazano stronie termin uiszczenia opłaty za stwierdzone nieprawidłowości, co narusza art. 47 § 1 Ordynacji podatkowej.
6. Błędne oznaczenie strony w postanowieniach wydanych przez PPIS. Zgodnie z art. 124 § 1 k.p.a. postanowienie powinno zawierać m.in. oznaczenie strony.
7. Brak numeru PESEL zobowiązanych w wydanych przez PPIS upomnieniach. Zgodnie z § 2 pkt 3 rozporządzenia Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej z dnia 4 grudnia 2020 r. w sprawie danych zawartych w upomnieniu (Dz. U. z 2020 r. poz. 2194), w upomnieniu powinien znaleźć się numer PESEL, jeśli organ jest w jego posiadaniu, a miało to miejsce w przedmiotowych sprawach.

V.1.4.3. Zalecenia dotyczące usunięcia nieprawidłowości lub wnioski dotyczące usprawnienia funkcjonowania PSSE:

1. Zaleca się w zawiadomieniach o kontroli, w pozycji dotyczącej podstawy prawnej, przywoływać art. 37 ust. 2 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, który wskazuje, że do kontroli działalności gospodarczej przedsiębiorcy stosuje się przepisy rozdziału 5 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców.
2. W postępowaniach administracyjnych zwrócić szczególną uwagę na prawidłowe oznaczenie strony postępowania, tak aby nie budziło żadnych wątpliwości kto jest adresatem danego pisma. W przypadku decyzji administracyjnych, podane w nagłówku dane o adresacie muszą być spójne z uzasadnieniem faktycznym decyzji.

3. W przypadku prowadzenia postępowania administracyjnego prowadzić metrykę sprawy zgodnie z wymogami przewidzianymi w art. 66a k.p.a. Dla każdego postępowania administracyjnego należy prowadzić osobną metrykę, nawet jeżeli prowadzone są one w ramach tego samego znaku sprawy.
4. W postępowaniach administracyjnych w sprawie opłaty za stwierdzone nieprawidłowości w trakcie kontroli, należy wskazywać w decyzjach administracyjnych następujące przepisy: art. 2 § 2 i art. 47 § 1 Ordynacji podatkowej (Dz. U. z 2025 r., poz. 111 ze zm.) oraz art. 60 pkt 7 i art. 67 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 1530 ze zm.).
5. Dla decyzji administracyjnych w sprawie opłaty za stwierdzone nieprawidłowości w trakcie kontroli, należy wskazywać termin uiszczenia opłaty zgodny z art. 47 § 1 Ordynacji podatkowej, to jest 14 dni.
6. W postanowieniach zwrócić szczególną uwagę na poprawne oznaczanie strony, do której kierowane są pisma.
7. W upomnieniach należy wpisywać numer PESEL zobowiązanych, zgodnie z § 2 pkt 3 rozporządzenia Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej z dnia 4 grudnia 2020 r. w sprawie danych zawartych w upomnieniu (Dz. U. z 2020 r., poz. 2194).

Termin realizacji zaleceń: od zaraz.

V.1.4.4. Ocena wskazująca na niezasadność zajmowania stanowiska lub pełnienia funkcji przez osobę odpowiedzialną za stwierdzone nieprawidłowości:

Brak wskazań.

V.2 Komórka organizacyjna WSSE w Poznaniu:

Oddział Bezpieczeństwa Żywności i Żywienia

V.2.1. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/osób* kontrolujących:

- - Starszy asystent Oddziału Bezpieczeństwa Żywności i Żywienia
- - Asystent Oddziału Bezpieczeństwa Żywności i Żywienia

V.2.2. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/osób* biorących udział w kontroli ze strony PSSE w Gnieźnie:

- - Kierownik Sekcji Higieny Żywności i Żywienia
- - Asystent Sekcji Higieny Żywności i Żywienia

V.2.3. Zakres kontroli:

Sprawdzenie pod względem prawnym i merytorycznym działalności Sekcji Higieny Żywności i Żywienia w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gnieźnie.

V.2.4. Wyniki i ustalenia z kontroli:**V.2.4.1. Ocena skontrolowanej działalności ze wskazaniem ustaleń, na których została oparta:****1. Realizacja planu zasadniczych zadań oraz opracowanie i realizacja planu kontroli obiektów.**

Plan zasadniczych zadań w okresie kontrolowanym realizowany był zgodnie z wyznaczonymi terminami (we wskazanym dniu lub w sposób ciągły/okresowy).

Opracowanie planów kontroli obiektów przebiega zgodnie z:

- procedurą urzędowej kontroli żywności w tym oceny ryzyka, uwzględniając podział na grupy wynikające ze sprawozdania MZ-48,
- weryfikacją obiektów pod kątem historii prowadzonej działalności,
- specyfiką zakładu tzn. zakresem prowadzonej działalności.

Powyższe działanie jest zgodne z Instrukcją planowania kontroli IK/PK/BŻ/01/01.

Zgodnie z ewidencją obiektów znajdujących się pod nadzorem Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gnieźnie łączna liczba obiektów na dzień 23.06.2025 r. to 2266.

Ewidencja obiektów nadzorowanych przez Sekcję Higieny Żywności i Żywienia prowadzona jest elektronicznie w oparciu o załącznik nr 1 do rozporządzenia w sprawie

wzorów dokumentów¹. Rejestr prowadzony jest na bieżąco. Zapisy zawierają wszystkie niezbędne informacje dotyczące nadzoru nad zakładami. PSSE w Gnieźnie prowadzi powyższy rejestr w sposób prawidłowy.

Realizacja harmonogramów w zakresie planowania kontroli obiektów w okresie objętym kontrolą przedstawia się następująco:

- w 2023 r. zrealizowano 1150 kontroli, w tym 740 z 885 zaplanowanych (83,6% wykonania harmonogramu rocznego) oraz 410 kontroli poza planem.
- w 2024 r. zrealizowano 1030 kontroli, w tym 595 z 639 zaplanowanych, co stanowi (93,1 % wykonania harmonogramu rocznego) oraz 435 kontroli poza planem.
- na 2025 r. zaplanowano 491 kontroli obiektów. Do dnia kontroli zaplanowano 238 kontroli, z czego wykonane zostały 203 (85,3%). Poza planem wykonano 221 kontroli.

Główne przyczyny niezrealizowania planu kontroli w okresie objętym kontrolą to: likwidacja zakładów, zawieszenie działalności zakładów oraz wykonywanie innych zadań, bardziej priorytetowych (np. kontrole pozaplanowe i prace związane z wdrażaniem systemu SEPIS)

Kontrole pozaplanowe dotyczyły m.in.: działań wyjaśniających w zakresie systemu RASFF, kontroli gospodarstw rolnych w ramach współpracy z PIORIN (Państwowa Inspekcja Ochrony Roślin i Nasiennictwa) i WIOŚ (Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska), kontroli weekendowych, weryfikacji zgłaszanych interwencji konsumenckich, jak również związane były z zatwierdzeniem i/lub rejestracją nowych obiektów żywnościowo-żywnościowych oraz kontrolą graniczną.

2. Przegląd prowadzonych rejestrów i ewidencji.

W Sekcji Higieny Żywności i Żywienia Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gnieźnie prowadzone są rejestry ułatwiające organizację pracy. Zawierają one niezbędne informacje o prowadzonej sprawie (krótka treść sprawy, nazwa podmiotu, znak pisma, uwagi, osoba sporządzająca). Rejestry prowadzone są elektronicznie i uzupełniane na bieżąco.

3. Ocena dokumentacji kontroli.

Sprawdzono 26 protokołów kontroli (kontroli sanitarnej, tematycznej, interwencyjnej, sprawdzającej i 4 kontroli towarów objętych kontrolą graniczną sanitarną)² wraz

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2007 r w sprawie wzorów dokumentów dotyczących rejestracji i zatwierdzania zakładów produkujących lub wprowadzających do obrotu żywność podlegających

z dołączonymi upoważnieniami. Wyniki kontroli zostały sporządzone na aktualnych formularzach protokołów tj. kontroli sanitarnej – F/PK/BŻ/01/01, kontroli sprawdzającej – F/PK/BŻ/01/02, kontroli sanitarnej (tematycznej) – F/PK/BŻ/01/03, kontroli towarów objętych kontrolą graniczną – F/PK/NG/01/01, a także pobrania próbek żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością – F/PP/BŻ/01/01.

Skontrolowane upoważnienia posiadały wszystkie niezbędne informacje zgodnie z art. 49 ust. 1 i 7 ustawy Prawo przedsiębiorców (w tym wskazano zakres kontroli). Upoważnienia były wydawane na podstawie rozporządzenia w sprawie zasad i trybu upoważniania pracowników SSE lub GIS.

W protokołach przedstawiono opis stanu faktycznego, który daje pełny obraz warunków sanitarno-technicznych zakładów. Wskazany w protokołach zakres kontroli był tożsamy z zakresem określonym w upoważnieniu do przeprowadzenia urzędowej kontroli żywności.

W przypadku kontroli podmiotów produkcji pierwotnej, zgodnie z procedurą PK/BŻ/01, dołączono jako dokument pomocniczy tj. „Listę pytań kontrolnych dla podmiotów prowadzących produkcję pierwotną produktów pochodzenia roślinnego” do protokołów kontroli.

W ocenianych protokołach zastosowano niewłaściwe przepisy odniesieniu do stwierdzonych nieprawidłowości:

- w protokole kontroli sanitarnej nr ON-HŻ.9020.118.2024 z 4.03.2024 r. nie wskazano jednoznacznie, czy zakwestionowane środki spożywcze bez etykiet były oferowane dla klientów sklepu jako środki opakowane (w całości), czy też pakowane na życzenie klienta – wymogi dotyczące przekazywanych danych różnią się w zależności od formy sprzedaży. W powiązanej z kontrolą decyzji merytorycznej ON-HŻ.9020.118.2024

urzędowej kontroli Państwowej Inspekcji Sanitarnej. (Dz.U. Nr 106, poz. 730 ze zm.), dalej: rozporządzenie w sprawie wzorów dokumentów

² ON-HŻ.9020.871.2024 z 12.12.2024 r., ON-HŻ.9020.871.2024 z 21.02.2025 r., ON-HŻ.9020.350.2023 z 8.03.2023 r., ON-HŻ.9020.46.2024 z 1.02.2024 r., ON-HŻ.9020.564.2024 z 6.08.2024 r., ON-HŻ.9020.102.2025 z 4.03.2025 r., ON-HŻ.9020.135.2024 z 11.03.2024 r., ON-HŻ.9020.496.2024 z 8.08.2024 r., ON-HŻ.9020.201.2025 z 22.04.2025 r., ON-HŻ.9020.97.2025 z 3.03.2025 r., ON-HŻ.9020.47.2025 z 10.02.2025 r., ON-HŻ.9020.47.2025 z 19.02.2025 r., ON-HŻ.9020.118.2024 z 4.03.2024 r., ON-HŻ.9020.118.2024 z 8.03.2024 r., ON-HŻ.9020.118.2024 z 13.12.2024 r., ON-HŻ.9025.32.2025 z 5.03.2025 r., ON-HŻ.9025.1.125.2024 z 24.09.2024 r., ON-HŻ.9025.151.2025 z 28.03.2025 r., ON-HŻ.9025.1.28.2023 z 10.03.2023 r., ON-HŻ.9020.280.2023 z 17.04.2023 r., ON-HŻ.9020.421.2023 z 2.06.2023 r., ON-HŻ.9020.457.2023 z 19.06.2023 r., ON-HŻ.9020.301.2025 z 5.06.2025 r., ON-HŻ.9020.514.2024 z 19.07.2024 r., ON-HŻ.9020.640.2023 z 14.08.2023 r., ON-HŻ.9020.640.2023 z 28.08.2023 r., ON-HŻ.9020.720.2024 z 29.10.2024 r.

- z 5.03.2024 r. powołano się na art. 44 ust. 1 lit. a rozporządzenia 1169/2011³ oraz § 19 ust. 1 pkt 3 i ust. 2 Rozporządzenia Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie znakowania poszczególnych rodzajów środków spożywczych⁴ (oba odnoszące się do sprzedaży żywności bez opakowania – pakowanej na życzenie klienta). W protokole kontroli (w opisie stwierdzonych nieprawidłowości) nie wskazano na naruszenie powyższych przepisów, natomiast w pkt II.2.2 podano art. 9 ust. 11 rozdz. IV rozporządzenia 1169/2011 – przepis, który nie istnieje (prawdopodobnie chodziło o ust. 1). Jako podstawę prawną dla ww. nieprawidłowości o braku oznakowania wskazano również art. 14 ust. 2-5 rozporządzenia 178/2002⁵ dotyczący środków niebezpiecznych oraz pkt 1 rozdziału IX załącznika II rozporządzenia 852/2004⁶ dotyczący przetwarzania surowców toksycznych, zepsutych, niewiadomego pochodzenia co jest zbyt daleko idącym wnioskiem wobec zauważonych uchybień. Należy zaznaczyć, że brak etykiet nie czyni produktu automatycznie niebezpiecznym lecz jego prezentacja jest niezgodna z przepisami i nie powinien być oferowany do sprzedaży. Jednak nie ma podstaw do stwierdzenia, że produkt ten stanowi zagrożenie dla zdrowia lub życia konsumentów.
- w protokole kontroli sanitarnej interwencyjnej nr ON-HŻ.9020.871.2024 z 12.12.2024 r. zarówno w opisie stanu faktycznego jak i w nieprawidłowościach, jako podstawę prawną dotyczącą nieprawidłowego stanu sanitarno-technicznego powierzchni ściany w pomieszczeniu socjalnym (odpadająca farba) wskazano pkt 1 lit. b rozdziału II załącznika II rozporządzenia 852/2004. Jest to nieprawidłowe, ponieważ przepis ten odnosi się do pomieszczeń, w których się przygotowuje, poddaje obróbce lub przetwarza środki spożywcze (za wyjątkiem miejsc spożywania posiłków oraz obiektów wymienionych w rozdziale III). Pomieszczenie socjalne nie jest pomieszczeniem, którego dotyczy powyższy przepis prawny.

³ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1169/2011 z dnia 25 października 2011 r. w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat żywności, zmiany rozporządzeń Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1924/2006 i (WE) nr 1925/2006 oraz uchylenia dyrektywy Komisji 87/250/EWG, dyrektywy Rady 90/496/EWG, dyrektywy Komisji 1999/10/WE, dyrektywy 2000/13/WE Parlamentu Europejskiego i Rady, dyrektyw Komisji 2002/67/WE i 20008/5/WE oraz rozporządzenia Komisji (WE) nr 608/2004 (Dz. Urz. UE. L. Nr 304 str. 18 ze zm.), dalej: rozporządzenie nr 1169/2011

⁴ Dz.U. z 2015 r. poz. 29, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie znakowania

⁵ Rozporządzenie (WE) nr 178/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 28 stycznia 2002 r. ustanawiające ogólne zasady i wymagania prawa żywnościowego, powołujące Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności oraz ustanawiające procedury w zakresie bezpieczeństwa żywności (Dz.Urz.UE.L Nr 31, str. 1, ze zm.)

⁶ Rozporządzenie (WE) Nr 852/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie higieny środków spożywczych (Dz.Urz.UE.L Nr 139, str. 1 ze zm.), dalej: rozporządzenie nr 852/2004

W analizowanych sprawach, w przypadku stwierdzonych nieprawidłowości, prowadzone były postępowania administracyjne, a następnie kontrole sprawdzające. Rekontrole realizowano zgodnie z wyznaczonym terminem.

Przedsiębiorcę każdorazowo przed kontrolą informowano o przetwarzaniu danych osobowych, zgodnie z art. 13 RODO, co zostało odnotowane w protokołach kontroli.

4. Prowadzenie postępowań administracyjnych (dokumentacja, tryb przygotowania, terminowość, prawidłowość pod względem merytorycznym).

W 2023 r. wydano 285 decyzji administracyjnych, w tym 202 płatnicze. W 2024 r. wydano 319 decyzji administracyjnych, w tym 218 płatniczych, natomiast w 2025 r. do dnia kontroli wydano 94 decyzje administracyjne, w tym 73 płatnicze.

Skontrolowano 22 losowo wybrane postępowania administracyjne w tym 3 dotyczące zatwierdzenia zakładu, 1 w sprawie wykreślenia zakładu z rejestru, 12 w sprawie wydania decyzji zobowiązujących do uiszczenia opłaty za kontrole, podczas których stwierdzono naruszenie przepisów oraz kontrole sprawdzające oraz 6 w sprawie wydania decyzji nakazujących usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości.

Z analizowanej dokumentacji wynika, że każdorazowo, przed wydaniem decyzji wysyłane są do strony zawiadomienia informujące o wszczęciu postępowania administracyjnego z urzędu zgodnie art. 61 § 1 i § 4 k.p.a. We wszystkich postępowaniach administracyjnych organ, zgodnie z art. 10 § 1 k.p.a., zapewniał stronie czynny udział w toczącym się postępowaniu oraz zachowywał terminy określone w k.p.a.

Decyzje nakazujące usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości wydawane są w oparciu o stan faktyczny ustalony w trakcie kontroli. Wyjątek stanowi decyzja znak ON-HŻ.9020.118.2024 z 5.03.2024 r., w której w uzasadnieniu organ przytacza przepisy, które nie wynikają bezpośrednio z protokołu (art. 44 ust. 1 lit. a rozporządzenia 1169/2011 oraz § 19 ust. 1 pkt 3, ust. 2 rozporządzenia w sprawie znakowania dotyczące żywności pakowanej na życzenie klienta).

Decyzje nakazujące usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości wydawane są bez zwłoki, wyjątkiem jest decyzja ON-HŻ.9020.871.2024 z 23.01.2025 r., której dodatkowo nadano rygor natychmiastowej wykonalności ze względu na zagrożenie zdrowia i życia ludzi. Należy jednak zauważyć, że została ona wydana w związku z nieprawidłowościami stwierdzonymi podczas kontroli przeprowadzonej 12.12.2024 r. Zatem trudno znaleźć uzasadnienie dla zastosowania rygoru po tak długim czasie od wykazania uchybień. Ponadto, w przedmiotowej sprawie prowadzono postępowanie zwykłym trybem wysyłając

zawiadomienia informujące o wszczęciu postępowania administracyjnego oraz o zapewnieniu stronie czynnego udziału w toczącym się postępowaniu, pomimo tego, że zgodnie z art. 10 § 2 organy administracji publicznej mogą odstąpić od tej zasady, gdy załatwienie sprawy nie cierpi zwłoki ze względu na niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia ludzkiego. Należy również wskazać, że w ww. decyzji zawarto 5 punktów, z których co do 2 wskazano termin, a w 3 pozostałych nadano rygor natychmiastowej wykonalności. Wśród tych ostatnich znajduje się punkt: „zapewnić odpowiednie i wystarczające systemy mechanicznej wentylacji nad stanowiskiem obróbki cieplnej w pomieszczeniu produkcyjnym”. W przypadku wydawania decyzji z rygorem natychmiastowej wykonalności niezbędne jest wykazanie zagrożenia dla zdrowia i życia konsumentów. Podobny nakaz występuje w decyzji ON-HŻ.9020.640.2023 z 16.08.2023 r. dotyczącej zapewnienia odpowiedniej przestrzeni roboczej w pomieszczeniach magazynowych zakładu, gdzie nie wyjaśniono wpływu uchybień na zagrożenie zdrowia lub życia człowieka.

Przywołane powyżej decyzje znak ON-HŻ.9020.640.2023 z 16.08.2023 r. oraz ON-HŻ.9020.871.2024 z 23.01.2025 r. nie zawierają wyjaśnienia podstawy prawnej zastosowanego art. 138 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia 2017/625⁷ w odniesieniu do stwierdzonych niezgodności. Przepisy te stanowią o konieczności ustalenia niezgodności oraz wprowadzania właściwych środków w celu zapewnienia podjęcia przez podmiot działań naprawczych. Brak powiązania nieprawidłowości z koniecznością zastosowania danego środka przez organ narusza art. 107 § 3 w związku z art. 107 § 1 pkt 6 k.p.a. („decyzja zawiera uzasadnienie faktyczne i prawne”).

W decyzjach zobowiązujących do uiszczenia opłaty za kontrole, podczas których stwierdzono naruszenie przepisów oraz kontrole sprawdzające organ przygotowuje kalkulację, która jest zatwierdzana przez głównego księgowego. W przypadku decyzji znak ON-HŻ.9020.118.2024 z 9.04.2024 r. ustalono opłatę za ocenę prawidłowości oznakowania, prezentacji i reklamy środka spożywczego powszechnego spożycia lub materiałów i wyrobów

⁷ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/625 z dnia 15 marca 2017 r. w sprawie kontroli urzędowych i innych czynności urzędowych przeprowadzanych w celu zapewnienia stosowania prawa żywnościowego i paszowego oraz zasad dotyczących zdrowia i dobrostanu zwierząt, zdrowia roślin i środków ochrony roślin, zmieniające rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 999/2001, (WE) nr 396/2005, (WE) nr 1069/2009, (WE) nr 1107/2009, (UE) nr 1151/2012, (UE) nr 652/2014, (UE) 2016/429 i (UE) 2016/2031, rozporządzenia Rady (WE) nr 1/2005 i (WE) nr 1099/2009 oraz dyrektywy Rady 98/58/WE, 1999/74/WE, 2007/43/WE, 2008/119/WE i 2008/120/WE, oraz uchylające rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 854/2004 i (WE) nr 882/2004, dyrektywy Rady 89/608/EWG, 89/662/EWG, 90/425/EWG, 91/496/EWG, 96/23/WE, 96/93/WE i 97/78/WE oraz decyzję Rady 92/438/EWG () (Dz.Urz.UE.L Nr 95, str. 1, ze zm., dalej: rozporządzenie 2017/625)

przeznaczonych do kontaktu z żywnością (§ 2 ust. 1 pkt 2 lit. a i b w związku z § 4 ust. 1 pkt 2 lit. a Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie opłat za czynności wykonywane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach urzędowych kontroli żywności⁸. Pierwsza kwestia dotyczy zasadności pobrania opłaty za ocenę prezentacji w ogóle, w związku z faktem, że w protokole kontroli sanitarnej ON-HŻ.9020.118.2024 z 4.03.2024 r. stwierdzono tylko brak etykiet dla 8 sprzedawanych środków spożywczych, a nie analizowano nieistniejących etykiet ani prezentacji tych środków. Druga kwestia dotyczy brzmienia przepisu, który w § 4 ust. 1 pkt 2 lit. a stanowi „Stawki opłat za wykonanie czynności, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 2 lit. a i b, dotyczących jednego środka spożywczego lub materiału i wyrobu przeznaczonego do kontaktu z żywnością wynoszą: prawidłowość oznakowania, prezentacji i reklamy: środków spożywczych powszechnego spożycia lub materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością – 23 zł”. Wynika z tego, że stawka dotyczy oceny jednego środka spożywczego, a nie jest to stawka ryczałtowa. Natomiast organ stwierdzając brak etykiet dla 8 sprzedawanych środków spożywczych potraktował opłatę wskazaną w ww. przepisie jako opłatę ryczałtową za ocenę znakowania, niezależną od ilości ocenionych artykułów, co jest niewłaściwe. Tożsame uwagi odnoszą się do naliczania opłat w sprawie decyzji nakazującej ON-HŻ.9020.640.2023 z 16.08.2023 r. i związanej z nią decyzji opłatowej z 19.09.2023 r.

W pozostałej analizowanej dokumentacji postępowania dotyczące przeprowadzonych działań w celu pobrania opłaty za czynności kontrolne związane z urzędową kontrolą żywności, a także sporządzona dokumentacja były prawidłowe. W podstawie prawnej decyzji przywołano właściwe przepisy prawne. W uzasadnieniach decyzji prawidłowo przedstawiono wyliczenie kosztów związanych z przedmiotowym postępowaniem.

W przypadku postępowań prowadzonych na wniosek strony, związanych z wydaniem decyzji zatwierdzających obiekty do prowadzenia działalności na rynku spożywczym, składane dokumenty są zgodne z załącznikami do rozporządzenia w sprawie wzorów dokumentów. Zatwierdzenie obiektu każdorazowo następuje po przeprowadzonej kontroli, której wyniki potwierdzają spełnienie wymagań prawa żywnościowego. Określony w decyzjach zakres działalności zakładów jest właściwy. Decyzje poddane analizie posiadały wszystkie niezbędne elementy, o których mowa w art. 107 k.p.a. Należy jednak zauważyć, że

⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie opłat za czynności wykonywane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach urzędowych kontroli żywności (Dz.U. z 2022 r. poz. 1130)

nie wszystkie decyzje były wydawane z zachowaniem terminu wskazanego w art. 35 § 3 k.p.a.

Analizując terminowość prowadzonych postępowań należy wskazać, że w sprawach znak ON-HŻ.9025.32.2025 i ON-HŻ.9025.720.2024 nie zostały dochowane terminy wskazane w k.p.a. W sprawie znak ON-HŻ.9025.32.2025 wniosek o zatwierdzenie zakładu wpłynął do PSSE w Gnieźnie 7.02.2025 r. Kontrola sanitarna tematyczna w zakresie oceny stanu zakładu została przeprowadzona 5.03.2025 r. Następnie 13.03.2025 r. wydano zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego, a 24.03.2025 r. zawiadomienie o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów. Ostatecznie decyzja o zatwierdzeniu zakładu została wydana dopiero 2.04.2025 r., zatem znacznie przekraczając termin określony w ww. przepisie prawnym, który stanowi, że „Załatwienie sprawy wymagającej postępowania wyjaśniającego powinno nastąpić nie później niż w ciągu miesiąca, a sprawy szczególnie skomplikowanej – nie później niż w ciągu dwóch miesięcy od dnia wszczęcia postępowania (...)”. Należy zaznaczyć, że zgodnie z art. 61 § 3 k.p.a. „Datą wszczęcia postępowania na żądanie strony jest dzień doręczenia żądania organowi administracji publicznej”. W sprawie znak ON-HŻ.9025.720.2024 przedsiębiorca złożył 26.09.2024 r. wniosek o wykreślenie zakładu z rejestru. Organ wysłał do strony zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego 8.10.2024 r., a następnie 18.10.2024 r. zawiadomienie o zakończeniu zbierania materiałów dowodowych. Decyzja o wykreśleniu z rejestru zakładu została wydana 29.10.2024 r., zatem z naruszeniem miesięcznego terminu na załatwienie sprawy.

Zaświadczenia o wpisie do rejestru zakładów podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w analizowanych sprawach zostały sporządzone na prawidłowym wzorze, stanowiącym załącznik nr 6 do rozporządzenia w sprawie wzorów dokumentów.

Wszystkie dokumenty w postępowaniach administracyjnych zawierały niezbędne podpisy, decyzje paraflowane były przez radcę prawnego. Zawierały również prawidłowe pouczenia.

Do analizowanych akt sprawy prowadzono metryki zgodnie ze wzorem określonym w rozporządzeniu w sprawie wzoru i sposobu prowadzenia metryki sprawy⁹, w których określono osobę oraz czynności jakie podejmowała.

W 2023 r. nałożono 27 mandatów karnych na kwotę 9100 zł, w 2024 r. 19 mandatów na kwotę 6650 zł, natomiast w 2025 roku do dnia kontroli nałożono 8 mandatów karnych na kwotę 2700 zł. Dokonano w tym zakresie oceny dokumentacji 2 losowo wybranych protokołów kontroli sanitarnej, w trakcie których stwierdzono nieprawidłowości. Przedstawiciele PPIS w Gnieźnie za stwierdzone nieprawidłowości w obu obiektach nałożyli karę grzywny w drodze mandatu karnego w wysokości 400 zł na podstawie art. 111 § 1 pkt 1 Kodeksu wykroczeń¹⁰, a także art. 100 ust. 1 pkt 8 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia.

Zweryfikowano podstawy prawne nałożenia mandatów i stwierdzono, że organ prawidłowo nałożył grzywnę w drodze mandatu karnego.

5. Analiza skarg, interwencji, petycji oraz wniosków o dostęp do informacji publicznej.

W okresie od 2023 r. do dnia kontroli do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gnieźnie wpłynęło 41 interwencji konsumenckich. Sprawdzone sposób rozpatrzenia losowo wybranych 4, które dotyczyły m.in.: niewłaściwych warunków sanitarno-higienicznych w lokalu gastronomicznym, braku higieny personelu przy przygotowywaniu posiłków oraz wystąpienia niepożądanych objawów po spożyciu parówek.

Interwencje zostały rozpatrzone prawidłowo, bez zbędnej zwłoki. Zakres kontroli w upoważnieniach jak i w protokołach kontroli interwencyjnych, a także opisywany stan faktyczny odpowiadał zagadnieniom wskazanym w interwencjach.

Pracownicy PSSE w Gnieźnie podjęli odpowiednie działania mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa żywności i odpowiednich warunków sanitarno-technicznych oraz wyeliminowanie zauważonych uchybień.

Interweniujący, którzy podali dane osobowe i adresowe zostali poinformowani o sposobie załatwienia sprawy.

W okresie objętym kontrolą do PPIS w Gnieźnie nie wpłynęły żadne skargi ani petycje.

⁹ Rozporządzenie Ministra Administracji i Cyfryzacji z dnia 6 marca 2012 r. w sprawie wzoru i sposobu prowadzenia metryki sprawy (Dz. U. z 2012 r. poz. 250), zwane dalej: rozporządzeniem w sprawie wzoru i sposobu prowadzenia metryki sprawy

¹⁰ Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń (Dz. U. z 2025 r. poz. 734), zwana dalej: Kodeksem wykroczeń

W okresie od 2023 r. do dnia kontroli do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gnieźnie wpłynął 1 wniosek o dostęp do informacji publicznej dotyczący owadów, robaków i pajęczaków jako składników żywności (data wpływu 19.05.2023 r.). Organ 24.05.2023 r. udzielił odpowiedzi, zatem zgodnie z 14-dniowym terminem przewidzianym w ustawie o dostępie do informacji publicznej.

6. Nadzór nad produkcją pierwotną, dostawami bezpośrednimi i rolniczym handlem detalicznym.

Do rejestru zakładów podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w powiecie gnieźnieńskim wpisano 831 gospodarstw rolnych prowadzących działalność w ramach produkcji pierwotnej, w tym 5 obiektów wysokiego ryzyka. Niektóre z nich prowadziły dodatkowo działalność w zakresie dostaw bezpośrednich, Rolniczego Handlu Detalicznego (RHD) w zakresie m.in. przetwórstwa owoców i warzyw, a także produkcji win i pieczywa.

W okresie objętym kontrolą przeprowadzono 23 kontrole producentów pierwotnych, RHD i dostaw bezpośrednich. Gospodarstwa rolne objęte są nadzorem na podstawie wpisu do rejestru zakładów podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadzonego przez PPIS w Gnieźnie.

Dokonano oceny dokumentacji sporządzonej przez PPIS w Gnieźnie dotyczącej 3 gospodarstw rolnych (3 protokoły kontroli sanitarnych).

Dokumentacja pokontrolna zawierała szczegółowe informacje dotyczące stanu faktycznego. W trakcie kontroli sprawdzano również czy przestrzegane są wymagania określone w załączniku I do rozporządzenia nr 852/2004. Zweryfikowano wprowadzone zasady dobrej praktyki higienicznej i dobrej praktyki rolniczej z uwzględnieniem „Listy pytań kontrolnych dla podmiotów prowadzących produkcję pierwotną produktów pochodzenia pierwotnego” – F/PK/BŻ/01/12.

W protokołach kontroli sanitarnej nr: ON-HŻ.9020.457.2023, ON-HŻ.9020.514.2024 i ON-HŻ.9020.301.2025 zamieszczono informacje dotyczące aktualnie prowadzonych upraw. W trakcie kontroli zweryfikowano zapewnienie odpowiednich warunków sanitarno-higienicznych dla pracowników plantacji. Dokonano również oględzin pomieszczeń i miejsc oraz ich wyposażenia, które są wykorzystywane do przechowywania czy sortowania plonów. Na plantacji zbiorem owoców zajmują się zatrudnieni pracownicy, wobec czego kontrolujący sprawdzili dostęp do toalet i wody do mycia rąk oraz posiadanie aktualnych orzeczeń

lekarskich do celów sanitarno-epidemiologicznych. Kontrola wykazała zapewnienie prawidłowych warunków sanitarno-higienicznych w zakresie bezpieczeństwa żywności.

W protokołach nr ON-HŻ.9020.514.2024 i ON-HŻ.9020.301.2025 wskazano, że źródłem wody do nawadniania upraw jest woda pitna pochodząca z wodociągu gminnego. Nawadnianie odbywa się w systemie kropelkowym, a kontrolujący stwierdzili dobry stan techniczny rozprowadzonych węży. Natomiast w protokole nr ON-HŻ.9020.457.2023 odnotowano, że do podlewania upraw wykorzystuje się wodę ze studni głębinowej, wobec czego zweryfikowano sprawozdanie z badań fizykochemicznych i bakteriologicznych wody. Nie stwierdzono przekroczenia dopuszczalnych parametrów.

Właściciele 2 gospodarstw przedstawili do wglądu wyniki badań laboratoryjnych uprawianych warzyw i owoców wykonane przez laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej – wyniki badań były prawidłowe.

Należy jednak zauważyć, że w protokole kontroli nr ON-HŻ.9020.301.2025 nie odnotowano braku badań jakości zdrowotnej uprawianych warzyw w ramach opracowanej kontroli wewnętrznej i wdrożonych dobrych praktyk higienicznych, natomiast negatywnie oceniono to w liście pytań kontrolnych (pkt 27 – kontrola wewnętrzna). Jednocześnie w protokole kontroli nie wskazano zaleceń do wprowadzenia badań własnych.

7. Nadzór nad żywnością modyfikowaną genetycznie (GMO) i nową żywnością.

Z załączonej dokumentacji wynika, że w kontrolowanym okresie na terenie powiatu gnieźnieńskiego nie było podmiotów zajmujących się żywnością modyfikowaną genetycznie (GMO) ani podmiotów, które przeszły procedurę nowej żywności.

Wynika to między innymi ze sprawdzania podczas kontroli atestów i świadectw jakości produktów dostarczanych wraz z towarem przez dostawców, którzy deklarowali brak GMO.

W ramach nadzoru nad żywnością modyfikowaną genetycznie przedstawiciele PPIS w Gnieźnie pobrali próbkę do badań – herbatniki bezglutenowe, zawierające w składzie kukurydzę, kraj pochodzenia Włochy (protokół 6/HŻ/25). W próbce nie wykryto obecności organizmów zmodyfikowanych genetycznie.

8. Realizacja zadań związanych z kontrolą graniczną

W 2023 r. w ramach kontroli granicznej oceniono 140 partii żywności oraz wystawiono 248 świadectw spełnienia wymagań zdrowotnych przez środki spożywcze. Przeprowadzono 8 kontroli granicznych.

W 2024 r. w ramach kontroli granicznej oceniono 134 partie żywności oraz wystawiono 184 świadectwa spełnienia wymagań zdrowotnych przez środki spożywcze. Przeprowadzono 3 kontrole graniczne.

Do dnia kontroli w 2025 r. oceniono 85 partii żywności, wydano 103 świadectwa wymagań zdrowotnych przez środki spożywcze i przeprowadzono 1 kontrolę graniczną.

W zakresie kontroli granicznej dokonano analizy dokumentacji związanych z 4 wnioskami jednego podmiotu o dokonanie granicznej kontroli sanitarnej w związku z eksportem skrobi ziemniaczanej (sprawy znak: ON-HŻ.9022.5.24.2023, ON-HŻ.9022.6.10.2024, ON-HŻ.9022.6.104.2024, ON-HŻ.9022.2.34.2025).

Po otrzymaniu wniosku o dokonanie granicznej kontroli sanitarnej przedstawiciele PPIS w Gnieźnie przeprowadzali kontrolę towarów oraz oceniali warunki ich magazynowania. Ponadto sprawdzali także stan sanitarno-techniczny środków transportu/kontenerów. Zgodnie z treścią protokołów kontroli towarów objętych kontrolą graniczną przedstawiciele PPIS w Gnieźnie dokonywali oględzin towarów (załącznik ZF/PK/NG/01/01/01 do protokołów) oraz oceniali bezpieczeństwo zdrowotne towaru na podstawie załączonych do wniosku dokumentów (certyfikaty analizy jakościowej, raporty analityczne). Następnie Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Gnieźnie wydawał świadectwa spełnienia wymagań zdrowotnych przez środek spożywczy.

Dokumentację kontrolną prowadzono zgodnie z wytycznymi procedury urzędowej kontroli spełnienia wymagań zdrowotnych przez żywność oraz materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością objęte kontrolą graniczną (PK/NG/01). Wszyscy pracownicy komórki mają dostęp do systemu TRACES-NT. Z przedłożonej dokumentacji wynika, że prawidłowo prowadzone są postępowania w zakresie granicznej kontroli eksportowanych towarów.

Wnioski złożone przez przedsiębiorcę oraz świadectwa spełnienia wymagań zdrowotnych przez środki spożywcze przekraczające granicę, sporządzone zostały na właściwych formularzach, których wzór został określony i zawarty w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 lutego 2007 r. w sprawie wzorów wniosku o dokonanie granicznej kontroli sanitarnej oraz świadectwa spełnienia wymagań zdrowotnych¹¹.

W ramach postępowania eksportowego dokonywana jest kontrola graniczna i wypełniany jest protokół kontroli granicznej (zgodnie z zał. F/PK/NG/01/01).

¹¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 1910

9. Realizacja planu pobierania próbek.

W latach 2023-2024 do badań zaplanowano 493 próbki w zakresie :

- mikrobiologicznym – zaplanowano 265 próbek,
- chemicznym – zaplanowano 221 próbek, pobrano 2 dodatkowe próbki w ramach wzmożonej kontroli giełd, targowisk i magazynów owoców i warzyw (badania żywności z importu),
- materiałów i wyrobów do kontaktu z żywnością – zaplanowano 7 próbek.

Każdorazowo zrealizowano 100% planu poboru próbek.

W 2025 r. do dnia kontroli do badań w zakresie:

- mikrobiologicznym: zaplanowano 165 próbek, pobrano 134 co stanowi 81% realizacji rocznego planu,
- chemicznym: zaplanowano 117 próbek, pobrano 40 co stanowi 34% realizacji rocznego planu,
- materiałów i wyrobów do kontaktu z żywnością: zaplanowano 5 próbek, pobrano 4 próbki, co stanowi 80% realizacji rocznego planu.

Ocenę prawidłowości poboru próbek żywności dokonano na przykładzie 6 losowo wybranych protokołów pobrania próbek żywności (nr 25/HŻ/23, nr 58/HŻ/23, nr 7/HŻ/24, nr 49/HŻ/24, nr 6/HŻ/25, nr 27/HŻ/25). Prawidłowość poboru materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oceniono na przykładzie 1 protokołu pobrania próbek materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (nr 7/HŻ/24).

Próbki zostały pobrane zgodnie w planami poboru próbek na określone lata w zakresach: kierunek, rodzaj pobranej żywności, miejsce pobrania próbek oraz liczba próbek. Wszystkie próbki zostały pobrane w sklepach, za wyjątkiem próbek warzyw świeżych krojonych gotowych do spożycia (badania w zakresie mikrobiologicznym), które pobrano w firmie zajmującej się przetwórstwem warzyw.

W analizowanej dokumentacji odnotowano m.in. informacje dotyczące warunków przechowywania żywności do czasu dostarczenia do laboratorium oraz datę i godzinę przyjęcia próbki do laboratorium.

W odniesieniu do 2 protokołów poboru próbek (nr 25/HŻ/23 oraz nr 6/HŻ/25), gdzie w zakresie wpisano ocenę znakowania, przedstawiciele organu dokonali oceny odpowiednio 2 suplementów diety oraz wyrobu ciastkarskiego i odnotowali analizę w adnotacjach służbowych. Ocena została dokonana prawidłowo i wyczerpująco. Uwzględniono przepisy

m.in. rozporządzenia nr 1169/2011, ale również inne, odnoszące się do specyfiki suplementów diety^{12,13} czy dotyczące zawartości glutenu¹⁴ (wyrób ciastkarski).

Wyniki analizowanych próbek żywności nie były kwestionowane ani w zakresie znakowania ani w zakresie badań laboratoryjnych.

W każdym przypadku PPIS w Gnieźnie informował podmiot, do którego należy miejsce poboru próbek, o wynikach badań laboratoryjnych. Ponadto organ wskazywał na możliwość udostępnienia kopii sprawozdania z badań na podstawie złożonego wniosku. Nie informował jednak podmiotów o wynikach oceny znakowania (opisane wyżej suplementy diety oraz wyrób ciastkarski).

Wszystkie badania w zakresie urzędowej kontroli i monitoringu realizowane są w laboratoriach akredytowanych wchodzących w strukturę Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Na podstawie ustaleń z kontroli ocenia się działalność PSSE w Gnieźnie w kontrolowanym zakresie**:

1. Pozytywnie
2. Pozytywnie z uchybieniami
3. Pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości
4. Negatywnie

V.2.4.2. Stwierdzone nieprawidłowości:

1. W protokole kontroli sanitarnej nr ON-HŻ.9020.118.2024 z 4.03.2024 r. (AK-DN-BŻ-1) nie wskazano jednoznacznie, czy zakwestionowane środki spożywcze bez etykiet były oferowane dla klientów sklepu jako środki opakowane (w całości), czy też pakowane na życzenie klienta. W decyzji nakazującej nr ON-HŻ.9020.118.2024 z 5.03.2024 r. (AK-DN-BŻ-2) zawarto szczegółowo sformułowany nakaz, pomimo braku precyzyjnej informacji w protokole kontroli.
2. W sprawie znak ON-HŻ.9025.32.2025 (AK-DN-BŻ-3, AK-DN-BŻ-4) dotyczącej zatwierdzenia zakładu oraz ON-HŻ.9025.720.2024 (AK-DN-BŻ-5, AK-DN-BŻ-6) dotyczącej wykreślenia zakładu z rejestru decyzje były wydawane z naruszeniem terminu wskazanego w art. 35 § 3 k.p.a.

¹² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2007 r. w sprawie składu oraz oznakowania suplementów diety (Dz.U. z 2023 r. poz. 79)

¹³ Rozporządzenie Komisji (UE) nr 432/2012 z dnia 16 maja 2012 r. ustanawiające wykaz dopuszczonych oświadczeń zdrowotnych dotyczących żywności, innych niż oświadczenia odnoszące się do zmniejszenia ryzyka choroby oraz rozwoju i zdrowia dzieci (Dz. Urz. UE. L Nr 136 z 25.05.2012 r., str. 1-40, ze zm.)

3. W protokole kontroli sanitarnej interwencyjnej nr ON-HŻ.9020.871.2024 z 12.12.2024 r. (AK-DN-BŻ-7) jako podstawę prawną dotyczącą nieprawidłowego stanu sanitarno-technicznego powierzchni ściany w pomieszczeniu socjalnym (odpadająca farba) wskazano przepis prawny, który nie odnosi się do tego typu pomieszczeń.
4. W decyzji znak ON-HŻ.9020.118.2024 z 9.04.2024 r. (AK-DN-BŻ-8) błędne naliczenie opłaty za ocenę prawidłowości oznakowania, prezentacji i reklamy środka spożywczego powszechnego spożycia.
5. Uzasadnienia decyzji znak ON-HŻ.9020.640.2023 z 16.08.2023 r. (AK-DN-BŻ-9) oraz ON-HŻ.9020.871.2024 z 23.01.2025 r. (AK-DN-BŻ-10) nie zawierają wyjaśnienia podstawy prawnej zastosowanego art. 138 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia 2017/625 w odniesieniu do stwierdzonych niezgodności, co narusza art. 107 § 3 w związku z art. 107 § 1 pkt 6 k.p.a.
6. W protokole kontroli sanitarnej nr ON-HŻ.9020.301.2025 z 6.06.2025 r. (AK-DN-BŻ-11) nie odnotowano braku badań jakości zdrowotnej uprawianych warzyw w ramach opracowanej kontroli wewnętrznej i wdrożonych dobrych praktyk higienicznych, natomiast negatywnie oceniono to w formularzu: „Lista pytań kontrolnych dla podmiotów prowadzących produkcję pierwotną produktów pochodzenia pierwotnego” (F/PK/BŻ/01/12).

V.2.4.3. Zalecenia dotyczące usunięcia nieprawidłowości lub wnioski dotyczące usprawnienia funkcjonowania PSSE:

1. Zapisy w protokole należy formułować zgodnie z art. 68 § 1 k.p.a., w szczególności w zakresie co i w jaki sposób ustalono w wyniku czynności kontrolnych, aby nie było wątpliwości jaki był zakres naruszenia przepisów prawa.
2. W prowadzonych postępowaniach administracyjnych dotyczących wydania decyzji należy przestrzegać terminu załatwienia sprawy zgodnie z art. 35 § 3 k.p.a., który stanowi, że „Załatwienie sprawy wymagającej postępowania wyjaśniającego powinno nastąpić nie później niż w ciągu miesiąca, a sprawy szczególnie skomplikowanej - nie później niż w ciągu dwóch miesięcy od dnia wszczęcia postępowania (...)”.

¹⁴ Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) nr 828/2014 z dnia 30 lipca 2014 r. w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat nieobecności lub zmniejszonej zawartości glutenu w żywności (Dz. Urz. UE. L Nr 228 z 31.07.2014 r., str. 5-8)

O każdym przypadku niezakończona sprawy w terminie określonym w k.p.a. należy zawiadomić stronę.

3. W protokołach kontroli należy wskazywać właściwe przepisy prawa, które zostały naruszone względem nieprawidłowości stwierdzonych podczas kontroli.
4. Opłaty za ocenę prawidłowości oznakowania, prezentacji i reklamy środka spożywczego powszechnego spożycia lub materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością należy pobierać zgodnie z przepisami § 2 ust. 1 pkt 2 lit. a i b w związku z § 4 ust. 1 pkt 2 lit. a Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie opłat za czynności wykonywane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach urzędowych kontroli żywności.
5. W uzasadnieniu decyzji należy przytoczyć i wyjaśnić powołaną normę prawną zastosowaną w sprawie tj. należy wyjaśnić okoliczności wskazujące na potrzebę lub konieczność wydania decyzji w danej sprawie (art. 107 § 1 pkt 6 k.p.a.).
6. Protokół kontroli sanitarnej musi być tożsamy z informacjami znajdującymi się w formularzu: „Lista pytań kontrolnych dla podmiotów prowadzących produkcję pierwotną produktów pochodzenia pierwotnego” (F/PK/BŻ/01/12).

Termin realizacji zaleceń: od zaraz.

V.2.4.4. Ocena wskazująca na niezasadność zajmowania stanowiska lub pełnienia funkcji przez osobę odpowiedzialną za stwierdzone nieprawidłowości:

Brak wskazań.

V.3. Komórka organizacyjna WSSE w Poznaniu:

Oddział Higieny Komunalnej

V.3.1. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/osób* kontrolujących:

- Młodszy asystent Oddziału Higieny Komunalnej
- Starszy asystent Oddziału Higieny Komunalnej
- Starszy asystent Oddziału Higieny Komunalnej
- Starszy asystent Oddziału Higieny Komunalnej

V.3.2. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/osób* biorących udział w kontroli ze strony PSSE w Gnieźnie:

- Kierownik Sekcji Higieny Komunalnej
- Asystent Sekcji Higieny Komunalnej

V.3.3. Zakres kontroli:

Sprawdzenie pod względem prawnym i merytorycznym działalności Sekcji Higieny Komunalnej PSSE w Gnieźnie. Realizacja zaleceń pokontrolnych w zakresie działalności Sekcji Higieny Komunalnej wydanych przez Wielkopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w czasie ostatnich kontroli.

V.3.4. Wyniki i ustalenia z kontroli:

V.3.4.1. Ocena skontrolowanej działalności ze wskazaniem ustaleń, na których została oparta:

1. Realizacja zaleceń pokontrolnych z ostatniej kontroli kompleksowej.

Po ostatniej kontroli kompleksowej w 2021 r. wydano następujące zalecenia:

1. Należy ujednolicić treści zawarte w protokołach z kontroli i załącznikach ZF/PT/HK/01/01/10 obiektów wodnych (wodociągów), tak aby wszystkie zawierały dokładne informacje o kontrolowanym obiekcie – **wykonano**.
2. Nie należy pobierać opłaty w formie decyzji administracyjnej za transport i pobór wody w ramach zleconej usługi. Z uwagi, iż jest to usługa, wszczynanie postępowania administracyjnego jest niewłaściwe. Koszty ponosi wnioskujący, stąd wskazane jest wydawanie faktury – **wykonano**.
3. W protokołach z kontroli sanitarnej miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpieli należy zamieszczać dokładne informacje o kontrolowanym obiekcie m.in. o dostępności toalet, środków czystości czy dostępu do bieżącej wody – **wykonano**.

2. Realizacja planu zasadniczych zadań oraz opracowanie i realizacja planu kontroli obiektów.

Na podstawie analizy losowo wybranych zagadnień stwierdzono, iż PSSE w Gnieźnie realizuje plany zasadniczych zadań według ustalonego harmonogramu (np. sporządzanie plików Woda-Excel, opracowanie raportu rocznego w zakresie oceny jakości wody na pływalni, ocenę warunków higieniczno-sanitarnych letniego wypoczynku, sprawozdanie w zakresie ochrony zdrowia przed następstwami korzystania z solarium).

Pod nadzorem PSSE w Gnieźnie znajdują się cztery szpitale, w tym jeden szpital jednodniowy, które były kontrolowane co roku. Kontrole pozostałych obiektów użyteczności publicznej planowane są do kontroli z częstotliwością zależną m.in. od rodzaju prowadzonej działalności oraz wyników poprzedniej kontroli. Ich realizacja odbywa się na podstawie ustalonego harmonogramu. Kontrole sanitarne wodociągów i pływalni planowane są raz w roku.

Kontrole sanitarno-techniczne obiektów wodnych:

1) Dostawcy wody	2) Pływalnie i inne obiekty dysponujące nieckami basenowymi
2023/2024/2025*	2023/2024/2025*
Zaplanowano – 39/39/23	Zaplanowano – 6/3/1
Wykonano – 39/42/20	Wykonano – 4/3/1

Liczba wykonywanych badań jakości wody:

1) Dostawcy wody	
2023/2024/2025*	
Monitoring parametrów gr. A	Monitoring parametrów gr. B
Zaplanowano – 190/188/81	Zaplanowano – 45/38/25
Wykonano – 190/188/81	Wykonano – 45/38/25

Nadzór sanitarny

Zaplanowano – 19/34/19
Wykonano – 61/101/64

2) Pływalnie i inne obiekty dysponujące nieckami basenowymi

2023/2024/2025*
Zaplanowano – 14/12/3
Wykonano – 8/11/4

4) Kąpieliska

2023/2024/2025*
Zaplanowano – 4/4/4
Wykonano – 4/4/4

5) Miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpieli

2023/2024/2025*
Zaplanowano – 0/0/0
Wykonano – 0/0/0

3) Legionella w obiektach użyteczności publicznej

2023/2024/2025*

Zaplanowano – 5/6/3

Wykonano – 4/9/4

4) Legionella na pływalni

2023/2024/2025*

Zaplanowano – 5/4/1

Wykonano – 3/3/2

*Dane za 2025 r. – Zaplanowano – dane dotyczą całego roku
Wykonano – dane do 23.06.2025 r.

3. Przegląd prowadzonych rejestrów i ewidencji.

W Sekcji Higieny Komunalnej są prowadzone m.in. następujące rejestry:

- Rejestr decyzji (merytoryczne),
- Rejestr decyzji innych (zatwierdzające, zmieniające, umarzające, ekshumacje),
- Rejestr decyzji płatniczych,
- Rejestr odwołań,
- Rejestr zgłoszonych awarii wodociągowych,
- Spis obiektów nadzorowanych,
- Rejestr wodociągów powiatu gnieźnieńskiego,
- Spis podmiotów zarządzających i administrujących obiektami wodnymi,
- Wykaz przedsiębiorstw wodociągowo-kanalizacyjnych,
- Wykaz miejsc pobierania próbek wody objętych monitoringiem jakości wody,
- Wykaz ocen higienicznych i parametrów wymagających monitorowania w wodzie,
- Ewidencja protokołów kontroli,
- Ewidencja postanowień,
- Ewidencja upomnień,
- Ewidencja mandatów,
- Ewidencja opinii sanitarnych,
- Ewidencja tytułów wykonawczych,
- Rejestr szkoleń wewnętrznych,
- Rejestr narad wewnętrznych,
- Rejestr narad zewnętrznych,
- Rejestr szkoleń zewnętrznych.

4. Ocena dokumentacji kontroli:

a) Nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

PSSE w Gnieźnie posiada dla większości wodociągów mapy sieci wodociągowych, na podstawie których ustalane są punkty zgodności dla danego obszaru zaopatrzenia.

Kontrola realizacji zadań dotyczących nadzoru nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi została przeprowadzona na podstawie analizy dokumentacji wodociągów publicznych. Liczba punktów poboru próbek wody wyznaczona dla ww. wodociągów jest właściwa w odniesieniu do ilości produkowanej wody, długości sieci wodociągowej i liczby zaopatrywanej ludności. Punkty poboru próbek wody wyznaczane są wspólnie z producentami wody.

Przed dokonaniem czynności kontrolnych powyższych wodociągów wydano zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli zgodnie z zapisami ustawy Prawo przedsiębiorców.

Protokoły poboru/ przyjęcia próbek wody do badań wypełniane są poprawnie.

Protokoły kontroli (nr ON-HK.9020.109.2025 z 7.05.2025 r. –

oraz nr ON-HK.9020.78.2025 z 9.04.2025 r. –

zawierają informacje o kontrolowanym obiekcie.

Niemniej jednak, w treści protokołu kontroli wskazano, iż zarządzający nie prowadzi zapisów stężenia chloru w wodzie. Poinformowano również o konieczności prowadzenia powyższych zapisów. Przedmiotowej kwestii nie wskazano jednak w części III pkt.4 protokołu oraz nie określono terminu wykonania zalecenia. W przypadku wydania zaleceń pokontrolnych, wskazane jest określenie terminu ich wykonania, dzięki czemu podmiot kontrolowany posiadał będzie jednoznaczną informację do kiedy oczekuje się od niego wykonania zalecenia. Ponadto, w części I pkt. 6 protokołu kontroli „osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu” stosowne byłoby uszczegółowienie, która z wymienionych osób (lub które) jest osobą upoważnioną pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu, a która osoba (lub które) jest osobą upoważniającą. Informacja ta jest zalecana w przypadku więcej niż dwóch osób wymienionych w tym punkcie.

W protokołach kontroli zamieszczono klauzulę informacyjną RODO. Organ umożliwił kontrolowanemu podmiotowi wniesienie uwag w terminie 7 dni od daty doręczenia protokołu kontroli, strony z tego prawa nie skorzystały.

Do protokołów kontroli dołączany jest załącznik: ZF/PT/HK/01/01/10 „Ocena stanu sanitarnego urządzenia wodociągowego”. Załącznik uzupełniony jest o szczegółowe informacje dotyczące ujęcia wody.

Wyniki badań z kontroli wewnętrznej przedsiębiorstw przekazywane są regularnie do PSSE w Gnieźnie.

Harmonogram pobierania próbek wody do badań w ramach kontroli wewnętrznej uzgodniony został wspólnie z producentem wody i PPIS w Gnieźnie (w ramach protokołów uzgodnień).

Pracownicy PSSE w Gnieźnie sporządzają na podstawie badań wykonywanych w ramach kontroli urzędowej, jak i wewnętrznej:

- bieżące oceny o jakości wody na podstawie § 21 rozporządzenia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi;
- okresowe oceny o jakości wody na podstawie § 22 rozporządzenia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi;
- obszarowe oceny o jakości wody na podstawie § 23 rozporządzenia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

Powyższe oceny przekazywane były zarówno do producenta wody, jak i władz samorządowych. Wydawane były zgodnie z określoną częstotliwością badań jakości wody oraz uzyskiwanych wyników badań.

Kontrola sposobu postępowania w przypadku wystąpienia przekroczenia fizykochemicznego została przeprowadzona na podstawie analizy dokumentów wodociągu

W powyższej sprawie stwierdzono przekroczenia parametrów mętności w próbce wody pobranej w ramach kontroli wewnętrznej 7.05.2024 r. z punktu zlokalizowanego na sieci wodociągowej (pismo o ww. przekroczeniu wpłynęło do PSSE w Gnieźnie 20.05.2024 r.). Zobowiązano dostawcę wody do przeprowadzenia działań naprawczych i wykonania badań wody w zakresie mętności, żelaza i manganu z minimum trzech punktów tj. na stacji uzdatniania wody (dalej: SUW) i dwóch punktów na sieci. Producent wody pobrał próbki wody 21.05.2024 r. z trzech punktów (SUW, w tym samym punkcie w którym stwierdzono przekroczenie i w innym punkcie na sieci). PSSE w Gnieźnie otrzymała wyniki badań 29.05.2024 r. Stwierdzono przekroczenia mętności, żelaza i manganu we wszystkich punktach.

PPIS w Gnieźnie 31.05.2024 r. wystosował pismo, w którym poinformował producenta wody m.in. o konieczności podjęcia działań naprawczych. Tego samego dnia wydano komunikat o jakości wody, który przekazano producentowi wody oraz Burmistrzowi Gminy I

Kolejny pobór próbek wody z 3.06.2024 r. oraz 12.06.2024 r. z SUW i dwóch punktów na sieci w ramach kontroli wewnętrznej wykazał brak przekroczeń (w tym samym punkcie co wcześniej i w innym punkcie). Wystosowano 14.06.2024 r. nowy komunikat o jakości wody, iż nie odbiega ona od obowiązujących wymagań.

Komunikaty o jakości wody każdorazowo przekazano producentowi wody oraz władzom samorządowym.

Nadzór nad materiałami, preparatami i urządzeniami mającymi kontakt z wodą przeznaczoną do spożycia przez ludzi zweryfikowano na podstawie sprawy (znak: ON-HK.903.53.2.2025) dotyczącej wydania oceny higienicznej dla materiałów zastosowanych w (wniosek z 7.04.2024 r.).

Po rozpatrzeniu wniosku PPIS w Gnieźnie wydał pozytywną ocenę higieniczną dla zastosowanych materiałów. Wskazano w niej rodzaj materiałów z przytoczonym aktualnym atestem higienicznym, określono miejsce i przeznaczenie zastosowania materiału.

W ramach prowadzonego nadzoru nad materiałami i wyrobami używanymi w procesach uzdatniania i dystrybucji wody prowadzony jest „Wykaz ocen higienicznych i parametrów wymagających monitorowania w wodzie rok 2025 na podstawie § 24 § 25 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. z 2017 r. poz. 2294)”, który zawiera w sobie wykaz „Wykaz parametrów wymagających monitorowania”.

b) Postępowanie w przypadku przekroczeń najwyższej dopuszczalnej ilości bakterii z rodzaju Legionella w ciepłej wodzie użytkowej.

Kontrola sposobu postępowania w przypadku przekroczeń najwyższej dopuszczalnej ilości bakterii z rodzaju Legionella w ciepłej wodzie użytkowej została przeprowadzona na podstawie analizy dokumentacji:

(znak sprawy:

ON-HK.903.25.27.2024).

Zgodnie z harmonogramem poboru próbek wody w ramach kontroli wewnętrznej pobrano ww. obiekcie 4 próbki wody ciepłej. W jednej z czterech pobranych próbek wody stwierdzono obecność bakterii z rodzaju Legionella, w liczbie przekraczającej najwyższe

PPIS poinformował telefonicznie o zmianie wizualnej dotyczącej wody w kąpielisku świadczącej prawdopodobnie o zakwicie sinic. Tego samego dnia PSSE dokonała oceny wizualnej wody, w której stwierdziła (zgodnie z adnotacją służbową) „*skupiska zawiesiny w postaci granulatu w kolorze zielonym*”. PPIS zawiadomił organizatora oraz władze samorządowe, iż woda nie jest przydatna do kąpieli z uwagi na zakwit sinic. PPIS wydał także decyzję administracyjną o wprowadzeniu tymczasowego zakazu kąpieli oraz zobowiązał organizatora kąpieliska do ustalenia przyczyny zanieczyszczenia i podjęcia

działań dla ochrony zdrowia ludzkiego i poprawy jakości wody. Decyzji nadano rygor natychmiastowej wykonalności. Organ odstąpił od zapewnienia stronom czynnego udziału w każdym stadium postępowania z uwagi na zagrożenie dla życia i zdrowia ludzkiego. W aktach sprawy utrwalono (poprzez dodanie adnotacji) przyczyny odstąpienia od ww. zasady. Następnego dnia, 29.06.2024 r., pracownik skontaktował się z PSSE w Gnieźnie z informacją, iż zakwit wody nie ustąpił (dodatkowo przekazano dokumentację w formie zdjęć wody w kąpielisku). PSSE w Gnieźnie 1.07.2024 r. dokonała oceny wizualnej wody, stwierdzając, że woda w kąpielisku jest przydatna do kąpieli.

PPIS w Gnieźnie wydał ocenę sezonową kąpieliska z uwzględnieniem informacji wskazanych w § 4 ust. 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 stycznia 2019 r. w sprawie nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu okazjonalnie wykorzystywanym do kąpieli (Dz. U. z 2019 r. poz. 255). Ocenę przekazano do organizatora – władz samorządowych.

d) Nadzór nad obiektami użyteczności publicznej, w tym podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

Sprawdzono dokumentację kontroli obiektów:

- (znak sprawy:
ON-HK.9020.25.2025 oraz ON-HK.9020.2.227.2023),
- (znak sprawy: ON-HK.9020.2.288.2024),
- (znak sprawy: ON-HK.9020.2.190.2024),
- (znak sprawy:
ON-HK.9020.102.2025),
- (znak sprawy: ON-HK.9020.2.387.2023),
- (znak sprawy:
ON-HK.9020.72.2025).

W czasie kontroli używane są aktualne formularze protokołów kontroli. W zależności od rodzaju działalności stosuje się odpowiednie druki załączników. Protokoły sporządzane są czytelnie i bardzo szczegółowo. Poszczególne obszary tematyczne są prawidłowo wyodrębnione. Opisane są w nich istotne informacje dotyczące kontrolowanego podmiotu – m.in. stan sanitarny, rodzaje pomieszczeń, postępowanie z bielizną, postępowanie

z odpadami (komunalnymi, nieczystościami płynnymi, odpadami medycznymi), wymagania instalacyjne (wentylacja, nieczystości płynne, zaopatrzenie w wodę), utrzymanie czystości i dezynfekcja powierzchni, procedury obowiązujące w obiekcie, a także przestrzeganie ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1162 ze zm.).

Dokumentacja prowadzona jest prawidłowo. Jednak analiza protokołów kontroli szpitala wykazała pewne nieścisłości, które mają wpływ na ustalenia z kontroli. Zapisy zawarte w dokumentacji kontroli kompleksowych szpitala z lat 2023-2025 (protokół kontroli nr ON-HK.9020.2.227.2023 z 29.06.2023 r., ON-HK.9020.2.130.2024 z 8.07.2024 r. oraz ON-HK.9020.25.2025 z 4.03.2025 r. wraz z załącznikami nr 14 do tych protokołów) wskazują na inne ustalenia stanu faktycznego w zakresie spełnienia przez oddział dziecięcy podstawowych wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402).

W 2023 r. wskazano w pkt. 23 załącznika F/EP/14, że Oddział Dziecięcy jest dostosowany do wymagań (przy czym wskazano na nieaktualną podstawę prawną, tj. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r.), w tym m.in., że:

- na oddziale znajduje się izolatka zgodna z obowiązującymi przepisami (pkt. 6 oraz III.9. załącznika F/EP/14),
- w odcinku dzieci młodszych łóżka znajdują się w zespołach wyposażonych w służę umywalkowo-fartuchową i punkt pielęgniarski oraz zapewniono właściwe szklenie ścianek działowych pomieszczeń (pkt. III.3. i III.4 załącznika F/EP/14).

Podobne ustalenia znajdują się w protokole nr ON-HK.9020.2.130.2024 z 8.07.2024 r.

Natomiast w protokole nr ON-HK.9020.25.2025 z 4.03.2025 r. wpisano, że oddział nie spełnia wymogów w ww. zakresie (pkt 23 załącznika F/EP/14). Z wyjaśnień uzyskanych 30.06.2025 r. od kierownika Sekcji Higieny Komunalnej wynika, że podczas poprzednich kontroli w latach 2023-2024:

- pomieszczenie izolatki nie było kontrolowane z uwagi na przebywanie w nim pacjenta,
- odcinek dzieci młodszych nie został skontrolowany ze względu na obecność dużej liczby pacjentów z rozpoznaniem chorób zakaźnych, ryzyko przeniesienia zakażenia oraz ograniczenie przebywania osób z zewnątrz.

Mając na uwadze powyższe wyjaśnienia oraz stwierdzony stan faktyczny niewłaściwie udokumentowano ustalenia z kontroli w latach 2023-2024 w części dotyczącej spełnienia wymogów przez Oddział Dziecięcy. Jeśli poszczególne pomieszczenia nie były kontrolowane a uzyskano np. tylko informację od strony kontrolowanej w zakresie spełnienia obowiązków należało to odnotować w protokole. Zgodnie z procedurą PT-01 pkt. E.11 „Zapisów w protokołach kontroli dokonuje się z zachowaniem zasady rzetelności i należytej staranności.” Zasada ta w tym przypadku nie została zachowana, mimo braku weryfikacji wpisano, że oddział spełnia wymagania. Stwierdzona nieprawidłowość dotyczy tylko jednego oddziału oraz kontroli przeprowadzonych w latach 2023-2024. Skutkiem tego było przekazanie do WPWIS nierzetelnej informacji w zakresie dostosowania szpitala do wymagań rozporządzenia w sprawozdaniach za lata 2023-2024 oraz niepodjęcie przez PPIS w Gnieźnie wcześniejszych działań w stosunku do poprzez zobowiązanie szpitala do wykonania obowiązków w ww. zakresie (AK-DN-HK-1).

Dokumentacja kontroli z 2025 r. (znak sprawy: ON-HK.9020.25.2025) w tym zakresie została sporządzona prawidłowo, tj. w protokole z 4.03.2025 r. w pkt. III.4. wpisano zalecenie dotyczące przesłania pisemnego wyjaśnienia potwierdzającego informacje uzyskane od przedstawicieli podmiotu w trakcie kontroli w zakresie części oddziałów).

W trakcie kontroli prowadzono działania edukacyjno-informacyjne, których zakres dotyczył m.in.: postępowania z odpadami medycznymi, wykonywania czynności serwisowych wentylacji i klimatyzacji (protokół nr ON-HK.9020.2.288.2024 z 17.10.2024 r.), działań prewencyjnych ograniczających ryzyko zachorowań na legionellozę (protokół nr ON-HK.9020.25.2025 z 4.03.2025 r.), konieczności przestrzegania przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, konieczności przeprowadzania systematycznych zabiegów w zakresie dezynsekcji i deratyzacji (protokół nr ON-HK.9020.72.2025 z 24.04.2025 r.).

Do protokołów kontroli przedsiębiorców dołączane są jednorazowe upoważnienia, a same kontrole prowadzone są po wcześniejszym zawiadomieniu o zamiarze ich przeprowadzenia. Upoważnienia do kontroli wydawane są w oparciu o obowiązujące przepisy prawa i zawierają pouczenia o prawach i obowiązkach kontrolowanego przedsiębiorcy/ podmiotu.

Zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli wydawane są na podstawie art. 48 ustawy Prawo Przedsiębiorców (od września 2024 r.) oraz art. 37 ust. 1 i 2 ustawy o PIS. W przypadku kontroli jednostki penitencjarnej zastosowanie mają przepisy

rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2023 r. w sprawie trybu i sposobu wykonywania zadań przez państwowych inspektorów sanitarnych w odniesieniu do zakładów karnych, aresztów śledczych, okręgowych ośrodków wychowawczych, zakładów poprawczych oraz schronisk dla nieletnich, podległych Ministrowi Sprawiedliwości (Dz. U. z 2023 r. poz. 468).

Kontrolę wszczyna się nie wcześniej niż po upływie 7 dni i nie później niż przed upływem 30 dni od daty otrzymania przez podmiot zawiadomienia.

W protokołach kontroli w pkt. II.6. „Zakres przedmiotowy kontroli” wymienione są obszary objęte kontrolą. Zapisy są spójne z upoważnieniem do kontroli i zawiadomieniem o zamiarze przeprowadzenia kontroli. Kontrole podmiotów leczniczych przeprowadzone zostały wspólnie z pracownikami innych komórek organizacyjnych (w zależności od obiektu i zakresu kontroli), tj. pionu higieny pracy oraz epidemiologii. W przypadku jednostki penitencjarnej z pracownikiem pionu epidemiologii.

W protokołach zamieszczana jest klauzula RODO.

Po podpisaniu protokołu kontroli organ przez 7 dni od daty jego doręczenia wstrzymuje się od dalszych działań, zgodnie z zawartym pouczeniem, które stanowi, że w tym terminie strona może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego. Wyjątek w tym przypadku dotyczył kontroli w gabinecie kosmetycznym, gdzie w wyniku stwierdzonych nieprawidłowości PPIS wydał decyzję z rygorem natychmiastowej wykonalności przed upływem terminu do zgłoszenia zastrzeżeń do protokołu.

Zalecenia sprawdzane są podczas kolejnej planowanej kontroli podmiotu. Stwierdzone w czasie kontroli nieprawidłowości, prawidłowo i czytelnie odnotowane są w pkt III.3. z podaniem przepisów prawnych, które naruszono. Usunięcie nieprawidłowości weryfikuje się podczas kontroli sprawdzającej lub w czasie następnej planowanej kontroli obiektu.

Nadzór nad obiektami użyteczności publicznej prowadzony jest prawidłowo. Nieprawidłowość stwierdzono jedynie w odniesieniu do ustaleń z kontroli szpitala w latach 2023-2024.

e) Nadzór nad sposobem postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi.

W okresie objętym kontrolą do PSSE wpłynęło 111 wniosków o ekshumację zwłok/ szczątków ludzkich, 31 wniosków o opinię w sprawie sprowadzenia zwłok/ szczątków ludzkich z zagranicy oraz 4 wnioski o wydanie zgody na wywóz zwłok/ szczątków z Polski.

Analizie poddano 9 losowo wybranych spraw.

Ekshumacje

(sprawy znak: ON-HK.9022.8.2025, ON-HK.9022.14.2025, ON-HK.9022.15.2025)

Po złożeniu wniosków osób uprawnionych do ekshumacji zwłok lub szczątków ludzkich PPIS przeanalizował dokumentację (m.in. zgody osób uprawnionych do ekshumacji, zgody zarządcy cmentarza na ekshumację i przyjęcie szczątków), zawiadomił strony o wszczęciu postępowania oraz o prawie wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów.

Uwzględniając czas na możliwość czynnego udziału stron w postępowaniu (w dwóch przypadkach przedłużył czas załatwienia sprawy, ze względu na oczekiwanie na odbiór korespondencji przez strony) PPIS wydał decyzje, w których wyraził zgodę na ekshumację zwłok/ szczątków ludzkich w oparciu o właściwe przepisy prawa, tj. ustawę z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024 r. poz. 576 ze zm.), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich (Dz.U. z 2007 r. Nr 249 poz. 1866), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2011 r. w sprawie sposobu przechowywania zwłok i szczątków (Dz.U. z 2011 r. Nr 75 poz. 405) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. z 2011 r. poz. 1910).

W ocenianych decyzjach znajdują się warunki przeprowadzenia ekshumacji określone w przywołanej podstawie prawnej. PPIS odstąpił od uzasadnienia decyzji, zgodnie z art. 107 § 4 k.p.a. gdyż decyzje były zgodne w całości z żądaniem stron. PPIS w decyzji zastrzega, że w razie zajścia okoliczności uniemożliwiających zapewnienie należytych warunków sanitarnych w trakcie ekshumacji bądź przewozu szczątków, zezwolenie zostaje cofnięte, a ekshumacja przerwana bez prawa do odszkodowania. Decyzje posiadają pouczenie o możliwości odwołania do organu wyższego stopnia i są parafowane przez radcę prawnego. Analizowane dokumenty posiadają prawidłowo wypełnione metryki sprawy.

Po wydaniu decyzji PPIS poinformował na piśmie firmę pogrzebową wskazaną przez wnioskodawcę (która ma przeprowadzić ekshumację) o wydaniu decyzji zezwalającej na przeprowadzenie tej czynności oraz o terminie jej przeprowadzenia.

Sprowadzenie zwłok z zagranicy do Polski

(sprawy znak: ON-HK.9022.13.2025, ON-HK.9022.18.2025, ON-HK.9022.21.2025)

Starosta Gnieźnieński zwrócił się do PPIS z prośbą o zajęcie stanowiska w związku ze złożonym wnioskiem o wydanie pozwolenia na sprowadzenie urny z prochami/ trumny

ze zwłokami do Polski. PPIS dokonał oceny wniosków złożonych do Starostwa Powiatowego.

Opierając się na przepisach ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024 r. poz. 576 ze zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich (Dz.U. z 2007 r. Nr 249 poz. 1866). PPIS ocenił kompletność złożonej dokumentacji (m.in. wniosku, dokumentacji medycznej przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego, z której wynika, że zgon nie nastąpił z powodu choroby zakaźnej, ewentualnie świadectwa kremacji w przypadku spopielenia zwłok) oraz wydał postanowienie w tym zakresie w terminie przewidzianym przez przepisy prawa. Stanowisko PPIS zawierało uzasadnienie oraz pouczenie o prawie do wniesienia zażalenia.

Wywóz zwłok

(sprawy znak: ON-HK.9022.1.11.2023, ON-HK.9022.4.2.2024, ON-HK.9022.4.14.2024)

W ocenianych sprawach PPIS wydał zgodę na wywóz prochów z Polski na Ukrainę. Decyzje zostały wydane po przeanalizowaniu złożonej dokumentacji (wniosku, dokumentu władzy państwa docelowego o przyjęciu zwłok przetłumaczonego przez tłumacza przysięgłego, odpisu aktu zgonu, karty zgonu wykluczającej chorobę zakaźną jako przyczynę zgonu, świadectwa kremacji), w terminie przewidzianym prawem (do trzech dni). Decyzje posiadają właściwą podstawę prawną i pouczenie o prawie do wniesienia odwołania. Organ odstąpił od uzasadnienia decyzji, gdyż były one w całości zgodne z żądaniem strony. Decyzje były parafowane przez radcę prawnego. W przypadku wywozu prochów z kraju PPIS dokonuje opieczętowania urny, z czego sporządzana jest adnotacja służbowa. Sprawy posiadają właściwie wypełnione metryki sprawy.

Działania dotyczące postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi były prawidłowe.

5. Prowadzenie postępowań administracyjnych (dokumentacja, tryb przygotowania, terminowość, prawidłowość pod względem merytorycznym).

Przeanalizowano następującą dokumentację:

- (znak sprawy: ON-HK.9020.25.2025 oraz ON-HK.9020.2.227.2023),
- ON-HK.903.39.7.2024, ON-HK.903.31.1.2025, ON-HK.903.31.4.2025),

—
~ · (znak sprawy: ON-HK.9020.54.2025),
—

(znak sprawy: ON-HK.9020.74.2025).

Sprawy były uporządkowane i ułożone chronologicznie w sposób umożliwiający kontrolę ich przebiegu na każdym etapie postępowania. Do dokumentów prowadzonych postępowań administracyjnych załączone były metryki spraw. Tytuły w metrykach spraw ON-HK.9020.2.227.2023, ON-HK.9020.25.2025 nie odzwierciedlały przedmiotu sprawy, ponieważ wskazywały jedynie na nazwę kontrolowanego podmiotu.

Sprawy załatwione zostały w terminie określonym w art. 35 k.p.a.

W przeanalizowanych dokumentach przed wydaniem decyzji merytorycznej i opłatowej każdorazowo wydawano zawiadomienia o wszczęciu postępowania administracyjnego.

W zawiadomieniach wskazano, iż strona „może wyrażać swoje stanowisko na piśmie, zwracając się do organu o skan dokumentacji sprawy przed wydaniem decyzji w organie I instancji, a w postępowaniu odwoławczym w organie II instancji”. Powyższe pouczenie nie jest prawidłowe i może stronę wprowadzić w błąd co do zakresu przysługujących jej uprawnień. Podstawowym środkiem dostępu do akt jest prawo do wglądu w akta sprawy oraz prawo sporządzania z nich notatek, kopii lub odpisów w obecności pracownika organu (art. 73 § 1 oraz § 1a k.p.a.). Przepis art. 73 § 2 k.p.a. przewiduje dodatkowe uprawnienie, którego zasadniczym celem nie jest zapoznanie się przez stronę z treścią akt (wgląd do akt). Uwierzytelnienie stronie odpisów lub kopii lub wydanie uwierzytelnionych odpisów ma charakter wyjątkowy, przy czym realizacja tego uprawnienia uzależniona jest od legitymowania się przez stronę ważnym interesem. Przesłankę wystąpienia ważnego interesu ocenia organ prowadzący postępowanie w danej instancji, czyli na etapie postępowania odwoławczego WPWIS, a nie PPIS.

Stronom przed wydaniem decyzji zapewniano czynny udział w prowadzonym postępowaniu, zgodnie z art. 10 § 1 k.p.a.

Decyzje merytoryczne były wydawane w oparciu o zgromadzony materiał dowodowy. W decyzjach nakazy formułowano na podstawie obowiązujących przepisów prawa i zawierały one elementy wymienione w art. 107 § 1 k.p.a.

W metryce spraw znak: ON-HK.9020.54.2025 i ON-HK.9020.74.2025 ujęte są dwa postępowania, tj. w sprawie wydania decyzji merytorycznej i decyzji opłatowej. Powyższe stanowi uchybienie i narusza art. 66 a § 1 i 3 k.p.a., zgodnie z którymi w aktach sprawy zakłada się metrykę sprawy, a metryka sprawy wraz z dokumentami do których odsyła, stanowi obowiązkową część akt sprawy i jest na bieżąco aktualizowana. Dla zapewnienia przejrzystości postępowania zaleca się sporządzić odrębne metryki dla każdego postępowania, pomimo, że są one prowadzone pod jednym znakiem sprawy.

W wyniku stwierdzonych nieprawidłowości wydawane są decyzje opłatowe. W decyzji ON-HK.9020.2.227.2023 z 8.11.2023 r. w kalkulacji kosztów ujęto w kosztach bezpośrednich „inne czynności wykonywane w siedzibie PSSE w Gnieźnie” w wysokości 60 zł. W uzasadnieniu decyzji nie sprecyzowano, czego koszty te dotyczyły. Zgodnie z wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego z 20 kwietnia 2023 r. (sygn. akt II OSK 1360/20), opłacie takiej podlegać powinny tylko tego typu czynności, które wykraczają ponad standardowe koszty związane w wydaniem konkretnej decyzji. Muszą to być koszty, które powstały wyjątkowo, nie można natomiast żądać od strony zwrotu kosztów za samo wydanie decyzji. Opłaty nie mogą obejmować tak podstawowej czynności, jak czas poświęcony na samo przygotowanie, napisanie i wydanie decyzji. Uzasadnienie faktyczne ww. decyzji jest niepełne (AK-DN-HK-2).

W ocenianych decyzjach opłatowych (znak sprawy: ON-HK.903.39.7.2024 z 29.08.2024 r. (AK-DN-HK-03), ON-HK.903.31.4.2025 z 11.06.2025 r. (AK-DN-HK-04)) koszty badań laboratoryjnych przedstawiono bez podziału kosztów na bezpośrednie i pośrednie. Brak wspomnianego podziału przyczynia się do uniemożliwienia stronie zapoznania się z poszczególnymi składowymi naliczonej opłaty.

W ocenianych decyzjach opłatowych (znak sprawy: ON-HK.903.39.7.2024 z 29.08.2024 r. (AK-DN-HK-03), ON-HK.903.31.4.2025 z 11.06.2025 r. (AK-DN-HK-04), ON-HK.9020.54.2025 (AK-DN-HK-05) nie wskazano przepisów ustawy z 29 sierpnia 1997 r. Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2023 r. poz. 2383) – zwanej dalej: Ordynacją podatkową. Opłaty z art. 36 ust. 1 ustawy o PIS stanowią niepodatkowe należności budżetowe w rozumieniu art. 60 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1530 ze zm.) – zwanej dalej: ustawą o finansach publicznych. Zgodnie z art. 67 ww. ustawy do spraw dotyczących należności, o których mowa w art. 60, nieuregulowanych niniejszą ustawą stosuje się przepisy k.p.a. i odpowiednio przepisy działu III Ordynacji podatkowej. Przed wejściem w życie ww. ustawy, odesłanie do stosowania

działu III ordynacji podatkowej dla niepodatkowych należności budżetowych zawierał art. 2 § 2 Ordynacji podatkowej. Takie rozumienie charakteru opłat z art. 36 ust. 1 ustawy PIS potwierdza również orzecznictwo: Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Białymstoku z dnia 26 lipca 2007 r. II SA/Bk 287/07 „*Do opłaty, o której mowa w art. 36 ust. 1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zgodnie z art. 2 § 2 Ordynacji podatkowej należy stosować przepisy działu III tej ustawy.*”. W konsekwencji powyższego, dla opłat z art. 36 ust. 1 ustawy o PIS ma również zastosowanie art. 47 § 1 Ordynacji podatkowej, który wskazuje, iż termin płatności podatku wynosi 14 dni od dnia doręczenia decyzji ustalającej wysokość zobowiązania podatkowego, czyli decyzji organu I instancji. W podstawie prawnej decyzji nakładającej opłatę w ramach sprawowania bieżącego nadzoru sanitarnego należy przywołać art. 2 § 2 i art. 47 § 1 Ordynacji podatkowej oraz art. 60 pkt 7 i art. 67 ust. 1 ustawy o finansach publicznych.

Decyzje oraz pisma dostarczane były stronom za potwierdzeniem odbioru (PSSE korzysta z systemu e-nadawca oraz e-doręczeń).

6. Analiza skarg, interwencji, petycji oraz wniosków o dostęp do informacji publicznej.

Interwencje

W kontrolowanym okresie wpłynęło 16 interwencji. Analizie poddano 3 z nich.

W zakresie monitoringu wody ocenie poddano interwencję dotyczącą złej jakości wody

Do PSSE w Gnieźnie 27.11.2024 r. wpłynął mail z prośbą o dostarczenie informacji na temat jakości wody

W treści maila wskazano, że występują niepokojące objawy chorobowe mieszkańców, które związane mogą być z obecnością bakterii w wodzie przeznaczonej do spożycia. W związku z powyższym pracownicy PSSE w Gnieźnie dokonali poboru próbek wody do badań w zakresie mikrobiologicznym i fizykochemicznym z ww. wodociągu z czterech punktów. Tego samego dnia PPIS w Gnieźnie wystosował pismo do interweniującej z informacją, iż wcześniejsze pobory z 8.10.2024 (w ramach kontroli urzędowej) oraz 12.11.2024 r. (w ramach kontroli wewnętrznej) nie wykazały przekroczeń (w zakresie mikrobiologicznym i fizykochemicznym). Ponadto, w powyższym piśmie PSSE poinformowała, że pobrano próbki wody do badań, które zostały przekazane do Laboratorium Badania Wody i Pomiarów Fizycznych Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Poznaniu, a o wynikach informuje odrębnym pismem.

W dokumentacji widnieje sporządzona adnotacja z 29.11.2024 r. o przekroczeniu w jednym z punktów (bakterie grupy coli 8jtk/100 ml). PPIS w Gnieźnie poinformował telefonicznie

zarządzającego wodociągiem o ww. przekroczeniu oraz o konieczności niezwłocznego podjęcia działań naprawczych w celu uzyskania właściwych wartości przekroczonego parametru i powtórzenia badania z minimum czterech punktów. PSSE w Gnieźnie otrzymała sprawozdania z badań z 5.12.2024 r. – jakość wody nie wykazała przekroczeń. Tego samego dnia wystosowano pismo do zarządzającego obiektem oraz do osoby wnoszącej interwencję, iż jakość wody w wodociągu nie odbiega od wymagań rozporządzenia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

Postępowanie w przypadku załatwiania interwencji jest prawidłowe.

W zakresie innych obiektów użyteczności publicznej, analizie poddano 2 interwencje, które dotyczyły nieprzestrzegania standardów sanitarno-higienicznych w obiektach z tzw. branży beauty. Przeprowadzono analizę spraw ON-HK.9020.1.43.2024 i ON-HK.9020.53.2025

Interwencja dotycząca salonu kosmetycznego wpłynęła do organu 14.11.2024 r., kontrolę przeprowadzono 19.11.2024 r. Interwencja w sprawie salonu fryzjerskiego wpłynęła do organu 2.03.2025 r., a kontrolę przeprowadzono 7.03.2025 r. Zakres kontroli obejmował m.in. ocenę warunków sanitarno-higienicznych świadczonych usług, w tym wdrożenia i stosowania procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi.

Z protokołu kontroli : (ON-HK.9020.1.43.2024) wynika, że w gabinecie wykonuje się usługi, podczas których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanki (makijaż permanentny, zabiegi z zakresu medycyny estetycznej – wypełnianie ust kwasem hialuronowym). Stwierdzono, że podczas świadczenia usług używa się narzędzi kosmetycznych jednorazowego użytku (m.in. igły do wypełniania ust kwasem hialuronowym). Wytwarzane podczas świadczenia tego rodzaju usług odpady potencjalnie posiadają właściwości zakaźne. Sposób postępowania z tymi odpadami winien być elementem oceny wdrożenia i stosowania procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami oraz chorobami zakaźnymi.

W trakcie kontroli zakładu kosmetycznego wydano zalecenia. Nie było możliwości sprawdzenia ich realizacji, ponieważ obiekt został zamknięty.

W obu przypadkach, nie potwierdziły się informacje zawarte w interwencjach. O wynikach kontroli poinformowano ich nadawców.

Postępowanie PPIS było prawidłowe, jednak podczas prowadzonego nadzoru sanitarnego należy również uwzględniać powyższe uwagi.

Wnioski o informację publiczną

W analizowanym okresie do PSSE w Gnieźnie wpłynęło 8 wniosków o udostępnienie informacji publicznej.

Analizie poddano rozpatrzenie 4 wniosków, które dotyczyły:

- a) Liczby postępowań w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami w podmiotach leczniczych, rodzaju i wysokości kar nałożonych w związku z nimi oraz ich wyszczególnieniem.
- b) Jakości wody na terenie m.in. wyników badań z kontroli urzędowej jakości wody na terenie gminy, wywiązywania się dostawcy wody z realizacji harmonogramu badań wody i wydawanych przez PPIS okresowych ocen jakości wody.
- c) Liczby postępowań administracyjnych lub kontrolnych, jakie zostały przeprowadzone w związku z prowadzeniem usług stylizacji paznokci w lokalach mieszkalnych w ciągu ostatnich trzech lat.
- d) Obowiązku rejestracji w systemie BDO (Baza Danych o Produktach i Opakowaniach oraz o Gospodarce Odpadami) przez osoby prowadzące działalność stylizacji paznokci oraz sposobu gromadzenia odpadów niebezpiecznych.

PPIS w Gnieźnie udzielił odpowiedzi na zadane w analizowanych wnioskach pytania zgodnie z art. 13 ust. 1 ustawy o dostępie do informacji publicznej. Postępowanie PPIS w tym zakresie było właściwe.

W okresie objętym kontrolą w Sekcji Higieny Komunalnej nie rozpatrywano żadnych skarg ani petycji. W 2024 r. wpłynęła jednak skarga do PSSE na działalność PPIS w Gnieźnie, która prawidłowo została przekazana do rozpatrzenia WPWIS.

Na podstawie ustaleń z kontroli ocenia się działalność PSSE w Gnieźnie w kontrolowanym zakresie:**

1. Pozytywnie
2. Pozytywnie z uchybieniami
3. Pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości
4. Negatywnie

V.3.4.2. Stwierdzone nieprawidłowości:

1. Nierzetelne udokumentowanie kontroli w latach 2023-2024 r. w zakresie spełnienia wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny

odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402).

2. Niepełne uzasadnienie faktyczne decyzji opłatowych tj. brak wskazania, czego dotyczyły koszty wykazane w decyzji jako „inne czynności wykonywane w siedzibie PSSE w Gnieźnie” oraz brak podziału kosztów badań laboratoryjnych na bezpośrednie i pośrednie, co przyczynia się do uniemożliwienia stronie zapoznania się z poszczególnymi składowymi naliczonych opłat i stanowi naruszenie art. 107 § 3 k.p.a.
3. W decyzjach opłatowych nie wskazano przepisów art. 2 § 2 i art. 47 § 1 ustawy z 29 sierpnia 1997 r. Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2025 r. poz. 111 ze zm.) oraz art. 60 pkt 7 i art. 67 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1530 ze zm.).

V.3.4.3. Zalecenia dotyczące usunięcia nieprawidłowości lub wnioski dotyczące usprawnienia funkcjonowania PSSE:

Zalecenia

1. Zapisów w protokołach kontroli szpitala dokonywać z zachowaniem zasady rzetelności i należytej staranności, uwzględniając stan faktyczny. Dokonywać weryfikacji spełnienia wymagań prawnych na podstawie oględzin pomieszczeń.
2. W decyzjach opłatowych należy wyjaśniać rozumienie kosztów określonych jako: „inne czynności wykonywane w siedzibie PSSE” (w przypadku ich naliczenia) oraz uwzględniać podział kosztów badań laboratoryjnych na koszty bezpośrednie i pośrednie.
3. W decyzjach opłatowych wskazywać przepisy art. 2 § 2 i art. 47 § 1 ustawy z 29 sierpnia 1997 r. Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2025 r. poz. 111 ze zm.) oraz art. 60 pkt 7 i art. 67 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1530 ze zm.).

Termin realizacji zaleceń: od zaraz.

Wnioski dotyczące usprawnienia funkcjonowania PSSE

1. W przypadku zaleceń ujętych w protokołach kontroli należy zamieszczać je również w części III pkt. 4 protokołu „Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski” oraz określać terminy ich wykonania.

2. W protokołach kontroli w polu „czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli” wskazane jest uzyskanie podpisów wszystkich osób wskazanych w części I pkt. 6 „osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu”.
3. Tytuły w metrykach sprawy sporządzać w sposób, który odzwierciedla przedmiot sprawy a nie wskazuje jedynie na nazwę podmiotu.
4. W przypadku prowadzenia postępowania administracyjnego, w którym pod jednym znakiem sprawy wydaje się decyzję merytoryczną i opłatową, należy sporządzać odrębne metryki sprawy dla każdego z tych postępowań.
5. W zawiadomieniach o wszczęciu postępowania administracyjnego przed wydaniem decyzji przez organ I instancji, nie wskazywać na postępowanie odwoławcze i organ II instancji, ponieważ może to wprowadzić w błąd co do zakresu przysługujących stronie uprawnień.
6. Podczas kontroli obiektów, uwzględniać wszystkie istotne obszary. Jeśli w obiekcie świadczone są usługi kosmetyczne, podczas których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanki, ocenie poddać sposób postępowania z odpadami, które powstają w trakcie wykonywania tego rodzaju usług.

V.3.4.4. Ocena wskazująca na niezasadność zajmowania stanowiska lub pełnienia funkcji przez osobę odpowiedzialną za stwierdzone nieprawidłowości:

Brak wskazań.

V.4. Komórka organizacyjna WSSE w Poznaniu:

Oddział Nadzoru nad Chemikaliami i Środowiskiem Pracy

V.4.1. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/osób* kontrolujących:

- Asystent Oddziału Nadzoru nad Chemikaliami i Środowiskiem Pracy
- Starszy asystent Oddziału Nadzoru nad Chemikaliami i Środowiskiem Pracy
- Starszy asystent Oddziału Nadzoru nad Chemikaliami i Środowiskiem Pracy
- Młodszy asystent Oddziału Nadzoru nad Chemikaliami i Środowiskiem Pracy
- Asystent Oddziału Nadzoru nad Chemikaliami i Środowiskiem Pracy

V.4.2. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/osób* biorących udział w kontroli ze strony PSSE w Gnieźnie:

- Kierownik Sekcji Higieny Pracy
- Asystent Sekcji Higieny Pracy
- Młodszy asystent Sekcji Higieny Pracy
- Młodszy asystent Sekcji Higieny Pracy

V.4.3. Zakres kontroli:

Sprawdzenie pod względem prawnym i merytorycznym działalności Sekcji Higieny Pracy w zakresie nadzoru środowiska pracy oraz nadzoru nad chemikaliami.

V.4.4. Wyniki i ustalenia z kontroli:

V.4.4.1. Ocena skontrolowanej działalności ze wskazaniem ustaleń, na których została oparta:

1. Realizacja planu zasadniczych zadań oraz opracowanie i realizacja planu kontroli obiektów.

Kontrole obiektów nadzorowanych prowadzone są zgodnie z obowiązującym harmonogramem. Plan zasadniczych zadań realizowany jest na bieżąco. Jeżeli z jakichś powodów kontrola nie jest realizowana, zmiany odnotowywane są w zestawieniu działalności kontrolnej, które prowadzone jest w formie elektronicznej.

2. Przegląd prowadzonych rejestrów i ewidencji.

Pracownicy prowadzą wszystkie wymagane rejestry i ewidencje w formie elektronicznej. Są one prowadzone wspólnie dla podmiotów z nadzoru środowiska pracy i nadzoru nad chemikaliami.

Rejestry korespondencji wpływającej i wychodzącej prowadzone są w kancelarii PSSE w Gnieźnie.

Aktualizacja ewidencji obiektów prowadzona jest m.in. na podstawie wywiadu terenowego, danych pozyskiwanych z GUS, CEIDG, KRS, ze stron internetowych, a także w toku wymiany informacji z pracownikiem pionu zapobiegawczego nadzoru sanitarnego.

Dane liczbowe dotyczące obiektów w ewidencji (przeprowadzonych kontroli, zatrudnionych pracowników, zakładów z przekroczeniami NDS i NDN, pracowników pracujących w przekroczeniach NDS i NDN, osób w kontakcie bądź narażonych na czynniki rakotwórcze oraz wydanych decyzji i postanowień w zakresie środowiska pracy) zawarto w tabeli AK-DN-ŚP-1. Natomiast dane liczbowe dotyczące obiektów w ewidencji (przeprowadzonych kontroli oraz wydanych decyzji i postanowień) w zakresie chemikaliów w tabeli AK-DN-CH-1.

3. Ocena dokumentacji kontroli.

W okresie objętym kontrolą przedstawiciele PPIS w Gnieźnie przeprowadzili 450 kontroli (230 w 2023 r., 159 w 2024 r., 61 w 2025 r.). Dokonano weryfikacji dokumentacji sporządzonej w wyniku przeprowadzenia 28 kontroli w przedmiocie nadzoru nad chemikaliami oraz 5 kontroli w przedmiocie nadzoru środowiska pracy.

Spośród 28 kontroli przeprowadzonych w przedmiocie nadzoru nad chemikaliami, 4 zrealizowano z naruszeniem przepisów prawa. Ponadto, w toku analizy dokumentacji stwierdzono 2 uchybienia o znaczącym wpływie na prawidłowość realizowanych działań oraz 2 uchybienia o niższym stopniu ważności.

Na 5 skontrolowanych protokołów kontroli w przedmiocie nadzoru środowiska pracy nieprawidłowość dotyczy tylko jednego protokołu.

3a. w zakresie nadzoru nad chemikaliami:

W trakcie kontroli sprawdzono losowo wybrane akta z zakresu wprowadzania do obrotu substancji chemicznych i ich mieszanin, produktów biobójczych, produktów kosmetycznych, detergentów oraz środków zastępczych.

Oceniano dokumentację dotyczącą m.in.:

-
-
-
-
-
-
-

PPIS w Gnieźnie, zgodnie z przepisami ustawy Prawo przedsiębiorców, zawiadamia strony o zamiarze wszczęcia kontroli. Zawiadomienia wysyłane są drogą pocztową – listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru, a także za pośrednictwem usługi „goniec” oraz publicznej usługi hybrydowej.

Podczas kontroli pracownicy przedstawiają stosowne upoważnienie do kontroli wydane przez PPIS w Gnieźnie. Informację o doręczeniu przedsiębiorcy upoważnienia zamieszcza się w protokole kontroli. Zaleca się, by odbiór upoważnienia do kontroli był każdorazowo potwierdzany na upoważnieniu przez zakład kontrolowany. Upoważnienia do października 2024 r. nie zawierały informacji o stanowiskach służbowych osób kontrolujących. Po wskazanym terminie upoważnienia do kontroli uzupełnione zostały o brakującą informację dotyczącą stanowisk służbowych osób kontrolujących. Zgodnie z § 5 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia w sprawie zasad i trybu upoważniania pracowników SSE lub GIS, upoważnienia zawierają m.in. imię, nazwisko i stanowisko służbowe upoważnionego pracownika oraz numer jego legitymacji służbowej. PPIS w Gnieźnie został poinformowany o powyższym uchybieniu pismem znak: DN-CH.1611.11.2023 z 15.01.2024 r., przekazującym wystąpienie pokontrolne z kontroli problemowej działalności PSSE Gnieźnie przeprowadzonej 12.12.2023 r.

Podczas analizy dokumentacji stwierdzono, iż w przypadku trzech kontroli przeprowadzonych przez PPIS w Gnieźnie (protokoły kontroli: nr ON-HP.9020.41.2023 z 28.02.2023 r., nr ON-HP.9020.38.2024 z 20.03.2024 r., nr ON-HP.9020.135.2024 z 9.12.2024 r.), nie dopełniono obowiązku wynikającego z art. 49 ust. 1 ustawy Prawo przedsiębiorców, bowiem czynności kontrolne zrealizowano bez stosownego upoważnienia.

Przykładowo w protokole nr ON-HP.9020.38.2024 z 20.03.2024 r. wskazano numery upoważnień rocznych, które nie spełniają wymogów określonych w art. 49 ust. 7 ww. ustawy AK-DN-CH-2. Zgodnie z art. 49 ust. 8 ustawy Prawo przedsiębiorców dokument, który nie spełnia wymagań, o których mowa w ust. 7, nie stanowi podstawy do przeprowadzenia kontroli. Zgodnie z art. 49 ust. 1 ustawy Prawo przedsiębiorców „Czynności kontrolne mogą być wykonywane przez pracowników organu kontroli po okazaniu przedsiębiorcy albo osobie przez niego upoważnionej legitymacji służbowej upoważniającej do wykonywania takich czynności oraz po doręczeniu upoważnienia do przeprowadzenia kontroli, chyba że odrębne przepisy przewidują możliwość podjęcia kontroli po okazaniu legitymacji. W takim przypadku upoważnienie doręcza się przedsiębiorcy albo osobie przez niego upoważnionej w terminie określonym w tych przepisach, lecz nie później niż w terminie 3 dni roboczych od dnia wszczęcia kontroli”.

W protokole nr ON-HP.9020.12.2024 z 14.02.2024 r. wskazano dane osobowe dyrektora handlowego, upoważnionego do reprezentowania kontrolowanego podmiotu. W pełnomocnictwie z 19.12.2016 r. wskazano, iż „pełnomocnik upoważniony jest do reprezentowania interesów Spółki w kontaktach handlowych, w szczególności jest upoważniony do składania ofert, przyjmowania zleceń oraz zawierania umów na rzecz Spółki”. Rzeczone pełnomocnictwo nie obejmuje reprezentowania przed organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W toku kontroli przedstawiciele PPIS w Gnieźnie stwierdzili nieprawidłowości, wobec czego wszczęto postępowanie administracyjne w przedmiocie wydania decyzji. Powyższa okoliczność, w przypadku złożenia odwołania od decyzji, mogłaby stanowić podstawę do uchylenia i umorzenia postępowania przez organ II instancji, bowiem – zgodnie z przedłożoną dokumentacją – kontrola została przeprowadzona w obecności osoby nieupoważnionej.

W aktach podmiotu znajduje się zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli znak: ON-HP.9020.85.2023 z 7.07.2023 r. W treści wskazano zakres przedmiotowy kontroli: „kontrola sprawdzająca wykonanie pkt 1 i pkt 2 zarządzeń decyzji Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gnieźnie nr ON-HP.9020.85.2023 z dnia 21.06.2023 r.”. W związku z otrzymaniem zgłoszenia przekazanego przez WPWIS pismem znak: DN-CH.9011.173.2023 z 1.08.2023 r., wystosowano kolejne zawiadomienie znak: ON-HP.9020.141.2023 z 3.08.2023 r., poszerzające zakres planowanej kontroli o wprowadzanie do obrotu substancji chemicznych i ich mieszanin. Wobec odstąpienia

od kontroli w pierwotnym zakresie należało udokumentować w aktach sprawy przyczynę dwukrotnego wystosowania zawiadomienia o kontroli o rozbieżnych zakresach przedmiotowych oraz powód, dla którego kontrola, o której poinformowano zawiadomieniem znak: ON-HP.9020.85.2023 z 7.07.2023 r., nie została ostatecznie zrealizowana.

Ponadto w aktach ww. podmiotu figuruje upoważnienie nr 543/2024 z 26.04.2024 r., w treści którego wskazano zakres przedmiotowy kontroli w brzmieniu: „ocena realizacji wymogów w zakresie wprowadzania do obrotu produktu o działaniu biobójczym pn. CHLOR MULTI TABS 3w1”. Zaleca się, aby zakres kontroli nie obejmował nazw produktów, które planuje się poddać ocenie. Powyższe uniemożliwia skontrolowanie innych produktów, które w toku prowadzonych czynności kontrolnych mogłyby wzbudzić zastrzeżenia organu, bowiem stanowiłoby to wykroczenie poza zakres kontroli wskazany w upoważnieniu i byłoby niezgodne z art. 49 ust. 9 ustawy Prawo przedsiębiorców. Wobec powyższego zaleca się obejmowanie kontrolą szerszego zakresu w ramach prowadzonego nadzoru w celu zapewnienia możliwości podejmowania działań współmiernych do stanu faktycznego napotkanego w trakcie kontroli.

Przeprowadzoną kontrolę udokumentowano w protokole nr ON-HP.9020.59.2024 z 26.04.2024 r. W punkcie II.2. protokołu, tj.: „data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli” wskazano – „nie dotyczy”. Tę samą adnotację umieszczono w punkcie II.3., tj. „przyczyna odstąpienia od zawiadomienia”. Kolejno w punkcie III.2. protokołu zamieszczono informację, iż czynności kontrolne przeprowadzono bez uprzedniego zawiadomienia strony na podstawie art. 48 ust. 11 pkt 4 ustawy Prawo przedsiębiorców, a dalej: „[...] kontrolą objęto zgodnie z zakresem kontroli wskazanym w zawiadomieniu o kontroli oraz upoważnieniem wprowadzanie do obrotu produktów o działaniu biobójczym”. Wobec powyższego dane zawarte w protokole są niespójne i wzajemnie sprzeczne. Przestanką odstąpienia od zawiadomienia o kontroli na podstawie ww. przepisu jest bezpośrednie zagrożenie życia, zdrowia lub środowiska. Czynności kontrolne wszczęto w konsekwencji otrzymania zgłoszenia w przedmiocie nieprawidłowo sporządzonej karty charakterystyki, tj. braku informacji o rodzaju materiału, z jakiego powinny być wykonane rękawice ochronne, jego grubości i czasu wytrzymałości. Powyższe okoliczności nie stanowią podstawy do odstąpienia od zawiadomienia na podstawie art. 48 ust. 11 pkt 4 ustawy Prawo przedsiębiorców, bowiem podejrzenie naruszenia wymogów w tymże zakresie nie stanowi bezpośredniego zagrożenia życia bądź zdrowia.

W przypadku części zrealizowanych czynności kontrolnych, PPIS w Gnieźnie odstąpił od uprzedniego powiadomienia przedsiębiorcy o kontroli na podstawie art. 48 ust. 11 pkt 1 ustawy Prawo przedsiębiorców, zgodnie z którym zawiadomienia nie dokonuje się, w przypadku gdy kontrola ma zostać przeprowadzona na podstawie ratyfikowanej umowy międzynarodowej albo bezpośrednio stosowanych przepisów prawa Unii Europejskiej. W protokole nr ON-HP.9020.131.2024 z 17.09.2024 r. wskazano zakres przedmiotowy kontroli: „Ocena realizacji wymogów w zakresie wprowadzania do obrotu produktów kosmetycznych. Podstawa prawna: ustawa o produktach kosmetycznych z dnia 4 października 2018 r. [...] oraz rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1223/2009 z dnia 30 listopada 2009 r. dotyczące produktów kosmetycznych [...]”. Ponadto z treści ww. dokumentu wynika, iż w toku kontroli przedstawiciele PPIS w Gnieźnie dokonali weryfikacji spełnienia wymogu określonego w art. 6 ust. 2 ustawy o produktach kosmetycznych. Realizacja czynności kontrolnych, przy jednoczesnym odstąpieniu od zawiadomienia przedsiębiorcy o kontroli w trybie art. 48 ust. 11 ust. 1 ustawy Prawo przedsiębiorców, determinuje konieczność odstąpienia od oceny spełnienia wymogów określonych w krajowych aktach prawnych. Kontrolę w opisanym przypadku należało zrealizować wyłącznie na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1223/2009 z dnia 30 listopada 2009 r. dotyczącego produktów kosmetycznych (Dz. Urz. UE L nr 342, str. 59 ze zm. – dalej: rozporządzenie nr 1223/2009 dotyczące produktów kosmetycznych).

W protokole nr ON-HP.9020.18.2025 z 7.03.2025 r. wskazano zakres przedmiotowy kontroli: „Ocena stanu sanitarno-technicznego i higienicznego obiektu, ocena realizacji ogólnych wymogów w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym szkoleń pracowników z BHP, stanowiskowych instrukcji BHP, systemu udzielania pierwszej pomocy, oceny ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy, orzeczeń lekarskich pracowników, umowy z lekarzem uprawnionym do przeprowadzania badań profilaktycznych, pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia na stanowiskach pracy, ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania substancji chemicznych i ich mieszanin, ocena realizacji wymogów w zakresie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy. Kontrola przestrzegania ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych”. Z dokumentacji wynika, iż w toku kontroli ocenie poddano również produkt biobójczy, dla którego posiadaczem pozwolenia na obrót jest kontrolowany przedsiębiorca, niedopełniając

tym samym obowiązku wynikającego z art. 49 ust. 9 ustawy Prawo przedsiębiorców, bowiem faktyczny zakres kontroli wykroczył poza zakres wskazany w upoważnieniu AK-DN-CH-3; AK-DN-CH-4.

Pozostała dokumentacja sporządzona przez przedstawicieli PPIS w Gnieźnie, którą poddano analizie prowadzona jest prawidłowo, zgodnie z obowiązującymi procedurami i przepisami. Treść ocenionych protokołów kontroli stanowi wyczerpujący opis ustaleń i wyników czynności kontrolnych przeprowadzonych przez pracowników PSSE w Gnieźnie. Zamieszczana jest w nich informacja o spełnieniu obowiązku informacyjnego, wynikającego z art. 13 ust. 1 i 2 RODO. Do protokołów załączane są stosowne formularze kontroli sanitarnej. Zakresy kontroli wskazywane w zawiadomieniach, upoważnieniach i protokołach są tożsame.

3b. w zakresie nadzoru środowiska pracy:

W trakcie kontroli sprawdzono losowo wybrane akta z zakresu bieżącego nadzoru sanitarnego:

–
–
–
–

PPIS w Gnieźnie, zgodnie z przepisami ustawy Prawo przedsiębiorców, zawiadamia strony o zamiarze wszczęcia kontroli. Zawiadomienia wysyłane są drogą pocztową – listem poleconym ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru.

Podczas kontroli pracownicy przedstawiają stosowne upoważnienie do kontroli wydane przez PPIS w Gnieźnie. Informację o doręczeniu przedsiębiorcy upoważnienia zamieszcza się w protokole kontroli. Zaleca się, by odbiór upoważnienia do kontroli był każdorazowo potwierdzany na upoważnieniu przez zakład kontrolowany.

Z dokumentacji kontrolnej wynika, że upoważnienia do kontroli do października 2024 roku nie zawierały informacji o stanowiskach służbowych osób kontrolujących. Po wskazanym terminie upoważnienia do kontroli uzupełnione zostały przez PPIS w Gnieźnie o brakującą informację dotyczącą stanowisk służbowych osób kontrolujących.

W teczce znajdują się dwa zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli z: 20.04.2023 r. oraz z 22.05.2023 r. znak: ON-HP.9020.71.2023. Przy zawiadomieniu z 20.04.2023 r. brak jest potwierdzenia odbioru przez przedsiębiorcę oraz notatki służbowej organu informującej o przyczynie odstąpienia od kontroli w wyznaczonym terminie. Jeśli kontrola nie zostanie wszczęta w terminie 30 dni od dnia doręczenia zawiadomienia, przed wydaniem ponownego zawiadomienia zaleca się, aby sporządzać notatkę służbową, w której należy podać przyczynę odstąpienia od wcześniej zaplanowanej kontroli.

W dokumentacji kontrolnej obiektu

– AK-DN-ŚP-2, AK-DN-ŚP-3 data upoważnienia do kontroli nr 992/2024 z 11.07.2024 r. nie obejmuje daty sporządzenia protokołu kontroli nr ON-HP.9020.83.2024 z 22.07.2024 r., tj. protokół kontroli jest sporządzony poza wyznaczonym czasem trwania kontroli. Z ww. dokumentacji wynika, że PPIS w Gnieźnie przeprowadzał kontrolę obiektu bez stosownego upoważnienia, co stanowi naruszenie art. 49 ust. 1 ustawy Prawo przedsiębiorców, który wskazuje – „czynności kontrolne mogą być wykonywane przez pracowników organu kontroli po okazaniu przedsiębiorcy albo osobie przez niego upoważnionej legitymacji służbowej upoważniającej do wykonywania takich czynności oraz po doręczeniu upoważnienia do przeprowadzenia kontroli [...]”. Upoważnienie zgodnie z art. 49 ust. 7 Prawa przedsiębiorców zawiera m.in. wskazanie daty rozpoczęcia i przewidywanego terminu zakończenia kontroli. Kontrola kończy się sporządzeniem protokołu.

Analiza teczek obiektów podlegających kontroli wykazała, że pracownicy przeprowadzający czynności kontrolne wymieniają w protokołach kontroli z imienia i nazwiska osoby, u których sprawdzono orzeczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do pracy oraz zaświadczenia w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy. Zaleca się, by w części opisowej protokołu kontroli nie umieszczać imion i nazwisk pracowników kontrolowanych zakładów pracy.

Podczas czynności kontrolnych pracownicy PSSE w Gnieźnie prowadzą działania edukacyjno-informacyjne m.in. w temacie: radonu w miejscu pracy, ochrony pracowników przed narażeniem na szkodliwe czynniki biologiczne, zdrowia i bezpiecznego miejsca pracy – bezpiecznej i zdrowej pracy w erze cyfrowej 2023-2025, ochrony pracowników przed nadmiernym hałasem. Informacje te zamieszczają w protokołach kontroli. Należy wskazać, że

są one zbyt obszerne. Proponuje się ograniczyć informacje do krótkiej wzmianki w protokole o podjęciu takich działań.

Treść ocenianych protokołów kontroli stanowi wyczerpujący opis ustaleń i wyników czynności kontrolnych przeprowadzonych przez pracowników PSSE w Gnieźnie. W protokołach kontroli zamieszcza się informację o spełnieniu obowiązku informacyjnego, wynikającego z art. 13 ust. 1 i 2 RODO. Do protokołów kontroli załączane są stosowne formularze kontroli sanitarnej (wypełniane elektronicznie). Zakresy kontroli wskazywane w zawiadomieniach, upoważnieniach i protokołach są ze sobą spójne.

4. Prowadzenie postępowań administracyjnych (dokumentacja, tryb przygotowania, terminowość, prawidłowość pod względem merytorycznym).

4a. w zakresie nadzoru nad chemikaliami:

W okresie objętym kontrolą PPIS w Gnieźnie wydał 28 decyzji merytorycznych w przedmiocie nadzoru nad chemikaliami. W toku kontroli dokonano weryfikacji prawidłowości prowadzenia postępowań administracyjnych na podstawie oceny 4 decyzji merytorycznych, a także 6 decyzji dotyczących pobrania opłaty za czynności kontrolne przeprowadzone przez organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej, decyzji umarzającej wszczęte postępowanie administracyjne oraz decyzji zmieniającej termin wykonania nakazów określonych w decyzji. Spośród 12 ocenionych postępowań administracyjnych, w przypadku 2 z nich stwierdzono 5 uchybień, wpływających na prawidłowość realizowanych działań.

Do każdego postępowania administracyjnego dołączona jest metryka sprawy, zgodnie z art. 66a § 1 k.p.a. W toku prowadzonych postępowań PPIS w Gnieźnie każdorazowo zawiadamia stronę o wszczęciu i zakończeniu postępowania, a także informuje o możliwości zapoznania się ze zgromadzoną dokumentacją, wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań przed wydaniem decyzji administracyjnej. W przypadku spraw niecierpiących zwłoki ze względu na niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia ludzkiego albo ze względu na grożącą niepowetowaną szkodę materialną, PPIS w Gnieźnie zamieszcza w aktach sprawy, zgodnie z art. 10 § 3 k.p.a., adnotację dotyczącą powodu odstąpienia od zawiadomienia strony o prawie do czynnego udziału w trwającym postępowaniu.

W związku ze stwierdzeniem nieprawidłowości udokumentowanej w protokole nr ON-HP.9020.59.2024 z 26.04.2024 r., PPIS w Gnieźnie wszczął postępowanie administracyjne w przedmiocie wydania decyzji nakazującej jej usunięcie, informując jednocześnie o odstąpieniu od zapewnienia stronie czynnego udziału w trwającym

postępowaniu. Decyzją znak: ON-HP.9020.59.2024 z 2.05.2024 r. nakazano stronie aktualizację karty charakterystyki wprowadzanego do obrotu produktu biobójczego poprzez uwzględnienie w jej treści informacji dotyczącej rodzaju materiału, z którego powinny być wykonane rękawice ochronne, jego grubości oraz typowego bądź minimalnego czasu wytrzymałości. Nakazowi określönemu w ww. decyzji nadano rygor natychmiastowej wykonalności na podstawie art. 108 § 1 k.p.a. Przesłankami odstąpienia od zapewnienia stronie czynnego udziału w trwającym postępowaniu są przypadki, w których załatwienie sprawy jest niecierpiące zwłoki ze względu na niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia ludzkiego bądź ze względu na grożącą niepowetowaną szkodę materialną. Z kolei nadanie decyzji rygoru natychmiastowej wykonalności na podstawie art. 108 § 1 k.p.a. jest uzasadnione w sytuacji, gdy jest to niezbędne ze względu na ochronę zdrowia lub życia ludzkiego albo dla zabezpieczenia gospodarstwa narodowego przed ciężkimi stratami bądź też ze względu na inny interes społeczny lub wyjątkowo ważny interes strony. Wątpliwości budzi więc spełnienie ww. przesłanek w ocenionym postępowaniu, bowiem naruszenie, którego dotyczyła decyzja nie wpływa bezspornie i w znaczącym stopniu na zdrowie i życie ludzi. Decyzję o prowadzeniu postępowania administracyjnego w trybie art. 10 § 2 k.p.a. oraz art. 108 § 1 k.p.a. determinuje charakter stwierdzonych naruszeń, należy więc każdorazowo dokonywać weryfikacji spełnienia przesłanek określonych w ww. przepisach.

Decyzją znak: ON-HP.9020.135.2024 z 31.10.2024 r., PPIS w Gnieźnie nakazał nadzorowanemu podmiotowi m.in. aktualizację raportów z oceny bezpieczeństwa produktów kosmetycznych oraz ich właściwe oznakowanie. Zgodnie z treścią ww. decyzji „[...] kontrola wykazała nieaktualne raporty z oceny bezpieczeństwa produktów kosmetycznych w związku z wprowadzonymi przez podmiot kontrolowany zmianami w recepturach produkowanych wyrobów”. Stwierdzenie ww. naruszeń obliguje organ do podjęcia decyzji o wymierzeniu kary pieniężnej, zgodnie z rozdziałem 5 ustawy o produktach kosmetycznych bądź odstąpieniu od jej wymierzenia i poprzestaniu na pouczeniu, zgodnie z art. 189f k.p.a. W aktach brak dokumentacji świadczącej o wszczęciu postępowania administracyjnego w powyższym zakresie. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości, o których mowa w rozdziale 5 ustawy o produktach kosmetycznych, zaleca się wydanie decyzji nakładającej karę pieniężną, adekwatną do stwierdzonych okoliczności, bądź odstąpienie od jej nałożenia poprzez wydanie decyzji na podstawie art. 189f k.p.a.

Ponadto, zawiadomieniem znak: ON-HP.9020.135.2024 z 27.11.2024 r., PPIS w Gnieźnie wszczął postępowanie administracyjne w przedmiocie pobrania opłaty za

czynności kontrolne przeprowadzone przez organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zarówno w aktach sprawy, jak również w metryce nie stwierdzono wydania decyzji w powyższym zakresie.

Ponadto decyzją znak: ON-HP.9020.135.2024 z 31.10.2024 r. PPIS w Gnieźnie nakazał nadzorowanemu podmiotowi m.in. dokonanie aktualizacji danych dotyczących produktów kosmetycznych zarejestrowanych w bazie CPNP (Cosmetic Products Notification Portal). W uzasadnieniu decyzji wskazano, iż zgodnie z oświadczeniem przedsiębiorcy część produktów figurujących na portalu nie jest obecnie produkowana, wobec czego dane w nim zawarte są nieaktualne, co stanowi naruszenie art. 13 ust. 1, 3, 4 i 7 rozporządzenia nr 1223/2009 dotyczącego produktów kosmetycznych. Zgodnie z treścią art. 13 ust. 7 ww. rozporządzenia, w przypadku zmiany informacji określonych w ust. 1, 3 i 4 osoba odpowiedzialna lub dystrybutor niezwłocznie je aktualizuje. Katalog tychże informacji nie obejmuje okoliczności opisanej w treści decyzji, tj. zaprzestania produkcji produktu kosmetycznego. Wobec braku podstawy prawnej umożliwiającej wydanie rzeczzonego nakazu, należało odstąpić od stwierdzenia nieprawidłowości w tym zakresie, uwzględniając w protokole zalecenie w przedmiocie aktualizacji danych figurujących w bazie CPNP.

Ponadto ww. decyzją PPIS w Gnieźnie nakazał również wstrzymanie wprowadzania do obrotu oraz wycofanie z rynku kwestionowanych produktów kosmetycznych. Nakazowi nadano rygor natychmiastowej wykonalności w trybie art. 108 § 1 k.p.a. Zgodnie z art. 2 ust. 1 lit. q rozporządzenia nr 1223/2009 dotyczącego produktów kosmetycznych, wycofanie z rynku oznacza każde działanie, którego celem jest zapobieganie udostępnieniu na rynku produktu kosmetycznego w łańcuchu dostaw. Wobec powyższego organ powinien przewidzieć stosowne terminy wykonania nakazów, możliwe do spełnienia w określonym czasie. Przeprowadzenie procedury wycofania z rynku, na którą składa się poinformowanie odbiorców o naruszeniu, a w konsekwencji zwrot kwestionowanych kosmetyków, nie jest możliwe do wykonania w trybie natychmiastowym.

W pozostałym zakresie prowadzenie postępowań administracyjnych ocenia się pozytywnie.

4b. w zakresie nadzoru środowiska pracy:

W okresie objętym kontrolą PPIS w Gnieźnie wydał 107 decyzji (64 w 2023 r., 26 w 2024 r., 17 w 2025 r.). W toku kontroli ocenie poddano 6 postępowań administracyjnych (3 dotyczące decyzji merytorycznych oraz 3 dotyczące pobrania opłaty za stwierdzone nieprawidłowości podczas przeprowadzonych czynności kontrolnych). Skontrolowane decyzje nie wykazały nieprawidłowości.

Do każdego postępowania administracyjnego założona jest metryka sprawy, zgodnie z art. 66a § 1 k.p.a. . Metryki prowadzone są w sposób prawidłowy, założone są oddzielnie do postępowania administracyjnego w zakresie decyzji merytorycznej oraz decyzji opłatowej.

Z analizy ocenianej dokumentacji wynika, że PPIS w Gnieźnie prawidłowo sporządza decyzje pod względem formalnym i prawnym. Decyzje zatwierdzane są przez radcę prawnego, wydawane w terminie i wysyłane za dowodem doręczenia.

W toku prowadzonych postępowań PPIS w Gnieźnie każdorazowo zawiadamia stronę o wszczęciu postępowania, a także informuje o możliwości zapoznania się ze zgromadzoną dokumentacją, wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań przed wydaniem decyzji administracyjnej na mocy art. 10 § 1 k.p.a.

5. Analiza skarg, interwencji, petycji oraz wniosków o dostęp do informacji publicznej.

5a. w zakresie nadzoru nad chemikaliami:

W okresie objętym kontrolą do PSSE w Gnieźnie nie wpłynęły skargi, petycje bądź wnioski o dostęp do informacji publicznej w zakresie nadzoru nad chemikaliami. Wpłynęło natomiast 11 interwencji (7 w 2023 r., 3 w 2024 r., 1 w 2025 r.). Kontrole interwencyjne wszczynano w związku ze zgłoszeniami przekazywanymi m.in. przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz osoby prywatne.

W ramach oceny prawidłowości prowadzenia postępowań wyjaśniających o charakterze interwencyjnym, dokonano oceny dokumentacji z dwóch kontroli przeprowadzonych 15.02.2023 r. oraz 17.08.2023 r. w podmiocie .

Podczas weryfikacji akt spraw nie stwierdzono nieprawidłowości – dokumentacja sporządzona została prawidłowo, w toku kontroli pozyskano wszelkie niezbędne informacje dotyczące przedmiotu zgłoszeń. PPIS w Gnieźnie poinformował jednostki zgłaszające o wynikach przeprowadzonych postępowań wyjaśniających.

5b. w zakresie nadzoru środowiska pracy:

W okresie objętym kontrolą do PSSE w Gnieźnie nie wpłynęły skargi, petycje bądź wnioski o dostęp do informacji publicznej w zakresie nadzoru środowiska pracy. Otrzymano 4 interwencje (2023 – 1, 2024 – 3), które dotyczyły warunków pracy (3) oraz prowadzenia działalności gospodarczej bez pozwoleń (1). W trakcie 2 kontroli interwencyjnych stwierdzono nieprawidłowości dotyczące warunków pracy, które zostały usunięte po przeprowadzonej kontroli. Natomiast interwencja dotycząca prowadzenia działalności gospodarczej bez pozwoleń nie wykazała nieprawidłowości. W toku czynności

kontrolnych sprawdzono teczkę podmiotu

62-200 Gniezno) w przedmiocie zgłoszonej interwencji w zakresie środowiska pracy.

Pracownicy PSSE w Gnieźnie przeprowadzili kontrolę interwencyjną ww. podmiotu w zakresie oceny realizacji ogólnych wymogów bezpieczeństwa i higieny pracy. Interwencja wykazała nieprawidłowości w zakresie braku dokumentacji m.in. orzeczeń lekarskich stwierdzających brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, oceny ryzyka zawodowego i zapoznania się z nią pracowników, instrukcji stanowiskowych bhp, aktualnych zaświadczeń z przeprowadzonego okresowego szkolenia bhp oraz udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, co zostało odnotowane w protokole kontroli nr ON-HP.9020.158.2024 z 25.11.2024 r.

W ciągu 7 dni od daty odebrania protokołu z kontroli właściciel przedsiębiorstwa dostarczył wszystkie brakujące dokumenty, w związku z czym PPIS w Gnieźnie odstąpił od wydania decyzji merytorycznej oraz od decyzji o opłacie uznając formę uzupełnienia jako wniesione uwagi do protokołu.

W adnotacji służbowej z 25.11.2024 r., sporządzonej w dniu potwierdzenia odbioru przez pracodawcę ww. protokołu bezpodstawnie wskazano art. 10 § 2 k.p.a., na mocy którego PPIS w Gnieźnie odstąpił od zapewnienia stronom czynnego udziału w każdym stadium postępowania przed wydaniem decyzji. Odwołanie się do powyższego artykułu jest częścią postępowania administracyjnego i zgodnie z k.p.a. może skutkować koniecznością zawiadomienia stron o wszczęciu postępowania administracyjnego i wydania decyzji.

Z analizy ocenianej dokumentacji wynika, że pracownicy PSSE w Gnieźnie nie odnotowali faktu, że w dokumentacji przedmiotowego zakładu pracownice nie zostały poinformowane o przeciwwskazaniu, jakim jest praca w podwyższonym lub obniżonym ciśnieniu dla kobiet w ciąży i kobiet karmiących dziecko piersią wynikającym z wykazu prac uciążliwych, niebezpiecznych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet w ciąży i kobiet karmiących dziecko piersią. W dokumencie „Charakterystyka stanowiska pracy” ujęte zostały dwa czynniki uciążliwe: obciążenie układu szkieletowo-kostnego długotrwałą pracą przy monitorze ekranowym oraz kompresja/dekompresja ciśnienia w komorze tlenowej. Natomiast w tym samym dokumencie w wymaganiach zdrowotnych wskazano tylko „brak przeciwwskazań do pracy z monitorem ekranowym”. Nie wskazano przeciwwskazania dla kobiet w ciąży i kobiet karmiących dziecko piersią. Podobna sytuacja dotyczy „Instruktażu stanowiskowego”, w którym widnieje szczegółowy opis czynników zagrożenia

występujących przy określonych czynnościach na stanowisku pracy, w tym czynników uciążliwych, wśród których również nie uwzględniono podwyższonego ciśnienia.

Zagadnienia szczegółowe – Sekcja Nadzoru nad Chemikaliami:

1. Nadzór nad środkami zastępczymi.

W okresie objętym kontrolą na terenie podległym PPIS w Gnieźnie nie stwierdzono działalności podmiotów wprowadzających do obrotu lub wytwarzających środki zastępcze. Pracownicy PSSE w Gnieźnie na bieżąco reagują na wszelkie doniesienia dotyczące sprzedaży środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych.

Informacje na temat zatruć środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi przekazywane są na bieżąco za pomocą Systemu Monitorowania Informacji o Środkach Zastępczych i Nowych Substancjach Psychoaktywnych (SMIOD).

W ramach oceny prawidłowości realizacji nadzoru nad środkami zastępczymi dokonano weryfikacji dokumentacji z dwóch przeprowadzonych kontroli (protokoły nr ON-HP.9020.41.2023 z 28.02.2023 r. oraz nr ON-HP.9020.38.2024 z 20.03.2024 r.).

Kontrole przeprowadzono bez uprzedniego zawiadomienia przedsiębiorcy o zamiarze wszczęcia kontroli na podstawie art. 48 ust. 11 pkt 6 ustawy Prawo przedsiębiorców, przyjmując tym samym właściwy tok postępowania w ramach sprawowanego nadzoru nad środkami zastępczymi.

W toku kontroli udokumentowanej w protokole nr ON-HP.9020.41.2023 z 28.02.2023 r. przedstawiciele PPIS w Gnieźnie dokonali oceny pasty do zębów, spełniającej definicję kosmetyku, określoną w art. 2 ust. 1 lit. a rozporządzenia nr 1223/2009 dotyczącego produktów kosmetycznych. Udostępnianie na rynku kosmetyków regulowane jest na podstawie odrębnych przepisów, wobec czego należy odstąpić od ich oceny podczas kontroli w ww. zakresie przedmiotowym.

2. Wykaz wytwórców produktów kosmetycznych.

Zgodnie z oświadczeniem pracowników PSSE w Gnieźnie, w okresie objętym kontrolą na terenie podległym PPIS w Gnieźnie stwierdzono działalność trzech przedsiębiorców, spełniających definicję wytwórcy produktu kosmetycznego, określoną w art. 2 pkt 14 ustawy o produktach kosmetycznych. Wobec powyższego PPIS w Gnieźnie prowadzi wykaz zakładów wytwarzających produkty kosmetyczne, który znajduje się w Systemie Ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej (SEPIS), w module nadzoru nad chemikaliami. Informacje figurujące w SEPIS są zgodne z opisanym stanem faktycznym.

3. Legalny import/eksport chemikaliów.

Zgodnie z oświadczeniem pracowników PSSE w Gnieźnie, na terenie podległym PPIS w Gnieźnie nie stwierdzono działalności podmiotów importujących bądź eksportujących chemikalia, w tym prekursory narkotykowe.

4. Współpraca z innymi jednostkami.

Pracownicy PSSE w Gnieźnie współpracują m.in. z policją w zakresie nadzoru nad środkami zastępczymi oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą na terenie powiatu gnieźnieńskiego w przedmiocie przekazywania informacji o zatruciach środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi. W toku kontroli przedłożono stosowną dokumentację potwierdzającą realizację współpracy z ww. jednostkami.

Zagadnienia szczegółowe – Sekcja Nadzoru Środowiska Pracy:

1. Choroby zawodowe.

W kontrolowanym okresie PPIS w Gnieźnie w zakresie chorób zawodowych wydał 69 decyzji (22 o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej, 47 o stwierdzeniu choroby zawodowej). W 2023 r. wydano 26 decyzji, w 2024 r. – 29, a w 2025 r. do dnia kontroli – 14.

W toku czynności kontrolnych sprawdzono 4 teczki w przedmiocie choroby zawodowej: 2 decyzje o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej (poz. 15 wykazu chorób zawodowych) oraz 2 decyzje o stwierdzeniu choroby zawodowej (poz. 3 pkt 5 i poz. 17 pkt 1 wykazu chorób zawodowych). Na 4 sprawdzone teczki w przedmiocie choroby zawodowej stwierdzono 1 nieprawidłowość.

W postępowaniu w przedmiocie braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej znak: ON-HP.2332.17.2024 stwierdzono brak zawiadomienia jednej ze stron o wszczęciu postępowania. Stanowi to naruszenie art. 61 § 4 k.p.a., z którego wynika, że o wszczęciu postępowania z urzędu lub na żądanie jednej ze stron należy zawiadomić wszystkie osoby będące stronami w sprawie AK-DN-ŚP-4.

Z analizy powyższej sprawy wynika, że pismem znak: ON-HP.2332.17.2024 z 16.01.2024 r. PPIS w Gnieźnie zawiadomił strony o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań w terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia. Jedna ze stron postępowania odebrała ww. pismo 7.02.2025 r., a decyzja w przedmiocie braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej została wydana 13.02.2025 r., czyli przedwcześnie. Zaleca się, aby przed wydaniem decyzji uwzględnić czas

odbioru oraz obsługi korespondencji, tak aby umożliwić wszystkim stronom wypowiedzenie się co do zebranych dowodów i materiałów.

PPIS w Gnieźnie zamieszcza do akt sprawy metrykę oraz spis dokumentów. Dokumenty w kontrolowanych teczkach ułożone są chronologicznie. Przy pierwszym adresowanym piśmie znajduje się klauzula informacyjna RODO. Decyzje opatrzone są opinią radcy prawnego. Oceniane karty stwierdzenia choroby zawodowej zostały sporządzane na obowiązującym druku, wystawione zgodnie z 14-dniowym terminem od uprawomocnienia się decyzji. Zostały wypełnione w sposób prawidłowy oraz opatrzone datą jej wystawienia.

2. Współpraca z innymi jednostkami.

W zakresie nadzoru środowiska pracy, PPIS w Gnieźnie prowadzi współpracę z następującymi instytucjami:

- a) Państwową Inspekcją Pracy, Powiatowym Inspektorem Weterynarii - w zakresie bieżącego nadzoru sanitarnego;
- b) Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, Wielkopolskim Centrum Medycyny Pracy, Instytutem Medycyny Pracy w Łodzi - w zakresie chorób zawodowych.

Na podstawie ustaleń z kontroli ocenia się działalność PSSE w Gnieźnie w kontrolowanym zakresie:**

1. Pozytywnie
2. Pozytywnie z uchybieniami
3. Pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości
4. Negatywnie

V.4.4.2. Stwierdzone nieprawidłowości:

1. W części kontrolowanej dokumentacji czynności kontrolne zostały zrealizowane bez stosownego upoważnienia. Stanowi to naruszenie art. 49 ust. 1 ustawy Prawo przedsiębiorców.
2. W części kontrolowanej dokumentacji faktyczny zakres kontroli wykroczył poza zakres wskazany w upoważnieniu. Stanowi to naruszenie art. 49 ust. 9 ustawy Prawo przedsiębiorców.
3. W prowadzonym postępowaniu administracyjnym w przedmiocie choroby zawodowej brak zawiadomienia stron o wszczęciu postępowania. Stanowi to naruszenie art. 61 § 4 k.p.a.

V.4.4.3. Zalecenia dotyczące usunięcia nieprawidłowości lub wnioski dotyczące usprawnienia funkcjonowania PSSE:

Zalecenia

1. Kontrole należy realizować po doręczeniu przedsiębiorcy upoważnienia do przeprowadzenia kontroli, zgodnie z art. 49 ust. 1 ustawy Prawo przedsiębiorców.
2. Faktyczny zakres kontroli nie może wykraczać poza zakres wskazany w upoważnieniu, zgodnie z art. 49 ust. 9 ustawy Prawo przedsiębiorców.
3. W prowadzonych postępowaniach administracyjnych w przedmiocie choroby zawodowej stosować się do treści art. 61 § 4 k.p.a.

Termin realizacji zaleceń: od zaraz.

Wnioski dotyczące usprawnienia funkcjonowania PSSE

a) w zakresie nadzoru nad chemikaliami:

1. Odbiór upoważnienia do przeprowadzenia kontroli powinien być potwierdzany przez przedsiębiorcę na upoważnieniu (podpis, data odbioru).
2. W przypadku prowadzenia kontroli w obecności osoby upoważnionej do reprezentowania przedsiębiorcy, należy weryfikować treść udzielonego pełnomocnictwa, tj. czy obejmuje ono reprezentowanie przed organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej.
3. Zaleca się, aby zakres kontroli nie obejmował nazw produktów, które planuje się poddać ocenie. Powyższe postępowanie uniemożliwia skontrolowanie innych produktów, które w toku prowadzonych czynności kontrolnych mogłyby wzbudzić zastrzeżenia organu.
4. Należy każdorazowo weryfikować zasadność prowadzenia kontroli w trybie art. 48 ust. 11 pkt 4 ustawy Prawo przedsiębiorców, tj. czy zaistniała przesłanka dotycząca bezpośredniego zagrożenia życia bądź zdrowia.
5. Kontrole prowadzone w trybie art. 48 ust. 11 pkt 1 ustawy Prawo przedsiębiorców, należy realizować z wyłączeniem weryfikacji spełnienia wymogów określonych w krajowych aktach prawnych.
6. Decyzję o prowadzeniu postępowania administracyjnego w trybie art. 10 § 2 k.p.a. oraz art. 108 § 1 k.p.a. determinuje charakter stwierdzonych naruszeń, należy więc każdorazowo dokonywać weryfikacji spełnienia przesłanek określonych w ww. przepisach.

7. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości, o których mowa w rozdziale 5 ustawy o produktach kosmetycznych, zaleca się wydanie decyzji nakładającej karę pieniężną, adekwatną do stwierdzonych okoliczności, bądź odstąpienie od jej nałożenia poprzez wydanie decyzji na podstawie art. 189f k.p.a.
8. Stwierdzenie nieprawidłowości w protokole kontroli, skutkujące wszczęciem postępowania administracyjnego w przedmiocie wydania decyzji, wymaga stosownej podstawy prawnej. W przypadku jej braku zaleca się zamieszczanie w protokole zaleceń doraźnych.
9. Organ kontroli jest zobowiązany do planowania takich terminów wykonania nakazów określonych w decyzji, które są możliwe do spełnienia w określonym czasie.
10. Należy odstąpić od oceny produktów kosmetycznych podczas kontroli w zakresie nadzoru nad środkami zastępczymi.

b) w zakresie nadzoru środowiska pracy:

1. Odbiór upoważnienia do przeprowadzenia kontroli powinien być potwierdzany przez przedsiębiorcę na upoważnieniu (podpis, data odbioru).
2. Zaleca się, każdorazowo przed wydaniem ponownego zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli, sporządzić notatkę służbową (podając przyczynę odstąpienia), jeśli kontrola nie została wszczęta w terminie 30 dni od dnia doręczenia zakładowi pracy zawiadomienia.
3. W protokołach kontroli w części opisowej nie umieszczać imion i nazwisk pracowników kontrolowanego zakładu pracy, jeśli nie jest to konieczne.
4. Ograniczyć obszerność informacji zamieszczanych w protokołach kontroli dotyczących podjętych działań edukacyjno-informacyjnych.
5. Dokumentację z czynności kontrolnych wnikliwie analizować, a następnie fakt ten odnotowywać w protokole kontroli w części opisowej.
6. Zaleca się, aby przed wydaniem decyzji administracyjnych uwzględniać czas odbioru oraz obsługi korespondencji, tak aby umożliwić wszystkim stronom wypowiedzenie się co do zebranych w sprawie dowodów i materiałów.

V.4.4.4. Ocena wskazująca na niezasadność zajmowania stanowiska lub pełnienia funkcji przez osobę odpowiedzialną za stwierdzone nieprawidłowości:

Brak wskazań.

V.5a. Komórka organizacyjna WSSE w Poznaniu:

Oddział Higieny Dzieci, Młodzieży i Promocji Zdrowia

V.5a.1. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/osób* kontrolujących:

- Starszy asystent Oddziału Higieny Dzieci, Młodzieży i Promocji Zdrowia,
- Starszy asystent Oddziału Higieny Dzieci, Młodzieży i Promocji Zdrowia.

V.5a.2. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/osób* biorących udział w kontroli ze strony PSSE w Gnieźnie:

- Kierownik Sekcji Higieny Dzieci, Młodzieży i Promocji Zdrowia,
- Asystent Sekcji Higieny Dzieci, Młodzieży i Promocji Zdrowia,
- Młodszy asystent Sekcji Higieny Dzieci, Młodzieży i Promocji Zdrowia,
- Młodszy asystent Sekcji Higieny Dzieci, Młodzieży i Promocji Zdrowia.

V.5a.3. Zakres kontroli:

Sprawdzenie pod względem prawnym i merytorycznym działalności Sekcji Higieny Dzieci, Młodzieży i Promocji Zdrowia PSSE w Gnieźnie w zakresie higieny dzieci i młodzieży.

V.5a.4. Wyniki i ustalenia z kontroli:

V.5a.4.1. Ocena skontrolowanej działalności ze wskazaniem ustaleń, na których została oparta:

1. Realizacja planu zasadniczych zadań oraz opracowanie i realizacja planu kontroli obiektów.

Realizacja planu zasadniczych zadań

W kontrolowanym okresie wszystkie przedsięwzięcia zawarte w planie zasadniczych zadań w zakresie higieny dzieci i młodzieży zostały zrealizowane w terminie.

Realizacja harmonogramu nadzoru nad obiektami

W 2023 r. pod nadzorem PPIS w Gnieźnie w zakresie higieny dzieci i młodzieży znajdowało się 168 placówek stałych, natomiast w bazie MEiN zarejestrowanych było 150 turnusów letniego i zimowego wypoczynku dzieci i młodzieży. Do kontroli zaplanowano

166 placówek stałych, z czego 165 zostało skontrolowanych. Ponadto przeprowadzono 149 kontroli dodatkowych, w tym 76 kontroli wypoczynku.

W 2024 r. pod nadzorem PPIS w Gnieźnie znajdowały się 164 placówki stałe, natomiast w bazie MEN zarejestrowanych było 149 turnusów letniego i zimowego wypoczynku dzieci i młodzieży. Do kontroli zaplanowano 140 placówek stałych, z czego 139 zostało skontrolowanych. Ponadto przeprowadzono 171 kontroli dodatkowych, w tym 78 kontroli wypoczynku.

W 2025 r. pod nadzorem PPIS w Gnieźnie w zakresie higieny dzieci i młodzieży znajdują się 164 placówki stałe, natomiast w bazie MEN zarejestrowanych jest 27 turnusów zimowego wypoczynku dzieci i młodzieży. Do 23.06.2025 r. do kontroli zaplanowano 65 placówek stałych i wszystkie z nich skontrolowano. Ponadto przeprowadzono 53 kontrole dodatkowe, w tym 23 kontrole wypoczynku.

2. Przegląd prowadzonych rejestrów i ewidencji.

Pracownicy Sekcji Higieny Dzieci, Młodzieży i Promocji Zdrowia PSSE w Gnieźnie prowadzą elektroniczne rejestry: protokołów kontroli, decyzji administracyjnych, decyzji płatniczych, decyzji zmieniających i innych, mandatów, opinii sanitarnych, wystąpień oraz interwencji.

3. Ocena dokumentacji kontroli.

Sprawdzenia poprawności prowadzenia dokumentacji kontrolnej dokonano na podstawie protokołów kontroli:

Dokumentacja kontrolna sporządzona została na aktualnych drukach protokołów kontroli i formularzy. W protokołach kontroli właściwie wskazano podstawę prawną, na mocy, której przeprowadzono kontrolę. Ponadto zawarto informacje dotyczące:

- zakresu przedmiotowego kontroli;
- użytego wyposażenia;
- dokumentów, które zostały zweryfikowane podczas kontroli;
- wykorzystanych formularzy kontroli;
- przetwarzania danych osobowych.

Stan sanitarno-higieniczny kontrolowanych obiektów opisywany jest szczegółowo. Wszystkie punkty protokołów kontroli zostały wypełnione.

W protokole kontroli v punkcie III.2. zawarto informacje, iż w placówce funkcjonują oddziały przedszkolne, jednak nie wypełniono formularza F/HDM/02 „Ocena stanu sanitarnego przedszkola”. Ponadto, w punkcie II.13 i V. wpisano informację o wykorzystaniu formularza F/HDM/06 „Ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania niebezpiecznych substancji chemicznych i ich mieszanin w placówkach”, który nie został wypełniony podczas kontroli – w placówce brak pracowni chemicznej.

Wolne miejsca wypełnionych druków wykreślono w sposób uniemożliwiający wprowadzenie dodatkowych zapisów.

4. Prowadzenie postępowań administracyjnych (dokumentacja, tryb przygotowania, terminowość, prawidłowość pod względem merytorycznym).

W kontrolowanym okresie wydano:

- w 2023 r. – 44 decyzje merytoryczne oraz 33 decyzje płatnicze;
- w 2024 r. – 38 decyzji merytorycznych oraz 26 decyzji płatniczych;
- w 2025 r. (do dnia kontroli) – 5 decyzji merytorycznych oraz 6 decyzji płatniczych.

W okresie podlegającym kontroli nie prowadzono postępowań egzekucyjnych.

Oceny postępowania administracyjnego dokonano na podstawie dokumentacji

(AK-DN-HD-PZ-1a),

w Gnieźnie (ZSE w Gnieźnie) (AK-DN-HD-PZ-2a),

AK-DN-HD-PZ-3a) oraz Szkoły

(AK-DN-HD-PZ-4a).

Dokumentacja sprawy gromadzona jest w sposób umożliwiający kontrolę jej przebiegu oraz terminów załatwienia na każdym etapie postępowania. Podstawą wszczęcia postępowania administracyjnego były nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli, opisane w pkt III.3 protokołów kontroli wraz z przytoczeniem przepisów prawa, które naruszono.

W protokole kontroli dotyczącym (AK-DN-HD-PZ-4a) wątpliwość budzi fakt wpisania w pkt III.3. nieprzyjemnego i specyficznego zapachu w sali gimnastycznej – brak przepisu prawnego w powyższym zakresie, a przytoczony § 9 ust. 1 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie

bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (Dz. U. z 2020 r. poz. 1604) nie ma zastosowania do stwierdzonej nieprawidłowości.

W protokole kontroli (AK-DN-HD-PZ-2a), w odniesieniu do nieprawidłowości dotyczących ścian i sufitów zbędnie przywołano § 16 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. z 2003 r. Nr 169, poz. 1650 ze zm.), który nie ma zastosowania do stwierdzonej nieprawidłowości.

Protokoły kontroli odbierane są przez organy prowadzące bądź dyrektorów placówek zgodnie z uchwałą zarządu powiatu gnieźnieńskiego.

Postępowania merytoryczne

Postępowania administracyjne wszczęto z zachowaniem 7-dniowego terminu na złożenie zastrzeżeń do ustaleń stanu faktycznego wynikającego z protokołu kontroli, z wyjątkiem (decyzja wydana na podstawie art. 108 § 1 k.p.a.).

Przed wydaniem decyzji informowano stronę o przysługującym prawie do wypowiedzenia się co do zebranych w sprawie dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań zgodnie z art. 10 k.p.a. W uzasadnieniach opisano etapy toczącego się postępowania, uwzględniając zawiadomienie o wszczęciu postępowania oraz zawiadomienie wydane na podstawie art. 10 § 1 k.p.a. Uzasadnienia decyzji zawierają opis stanu faktycznego odwołujący się do nieprawidłowości stwierdzonych w trakcie kontroli, przepisy prawa materialnego, które zostały naruszone wraz z przytoczeniem ich treści i stanowiska zajętego przez PPIS w Gnieźnie.

W decyzji dotyczącej (AK-DN-HD-PZ-4a), pominięto nieprawidłowość stwierdzoną w pkt III.3 protokołu kontroli, dotyczącą nieprzyjemnego i specyficznego zapachu w sali gimnastycznej, mimo iż w dokumentacji placówki brak informacji o jej usunięciu. Powyższe narusza art. 27 ustawy o PIS, który stanowi, iż w razie stwierdzenia naruszenia wymagań higienicznych i zdrowotnych, państwowy inspektor sanitarny nakazuje, w drodze decyzji, usunięcie w ustalonym terminie stwierdzonych uchybień.

Dodatkowo w dokumentacji (AK-DN-HD-PZ-2a) zasadnym byłoby przyporządkować przepisy prawa do stwierdzonych podczas kontroli nieprawidłowości.

W nagłówkach dokumentacji dotyczącej postępowań administracyjnych prowadzonych w (AK-DN-HD-PZ-2a) i (AK-DN-HD-PZ-3a), umieszczono nazwy placówek, co może sugerować szkołę jako stronę postępowania.

Jednocześnie w rozdzielnikach (jak i wszystkich ocenianych decyzji) wskazano, iż decyzję otrzymują zarówno placówka i organ prowadzący, co budzi wątpliwość kto faktycznie jest stroną postępowania. Powyższe narusza art. 107 § 1 pkt 3 k.p.a., zgodnie z którym decyzja zawiera oznaczenie strony.

W protokole i decyzji dotyczących (AK-DN-HD-PZ-1a), błędnie przywołano art. 93 ust. 4 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 49). Jest placówką systemu oświaty. Powyższe narusza art. 107 § 1 pkt 4 k.p.a., zgodnie z którym decyzja zawiera m.in. powołanie podstawy prawnej.

W protokole i decyzji odnośnie (AK-DN-HD-PZ-3a), jako podstawę prawną do tej samej nieprawidłowości (nieprawidłowy stan techniczny witraży) przytoczono różne przepisy rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (Dz. U. z 2020 r., poz. 1604) (protokół kontroli – § 3 , decyzja – § 2), a także § 14 i 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. z 2003 r. Nr 169, poz. 1650 ze zm.). Niemniej żaden z nich nie jest adekwatny do stwierdzonej nieprawidłowości. Powyższe narusza art. 107 § 1 pkt 4 k.p.a., zgodnie z którym decyzja zawiera m.in. powołanie podstawy prawnej.

Postępowania opłatowe

Postępowania administracyjne dotyczące nałożenia opłaty za czynności kontrolne wszczęto po uprawomocnieniu się decyzji merytorycznych. Przed wydaniem decyzji poinformowano stronę o przysługującym prawie do wypowiedzenia się co do zebranych w sprawie dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań. W decyzjach powołano się na właściwe przepisy merytoryczne i kompetencyjne. Wskazano w nich wysokość kosztów pośrednich i bezpośrednich z wyszczególnieniem poszczególnych składowych.

Wątpliwość budzi, czy wyszczególniony w kosztach bezpośrednich czas czynności kontrolnych w wyniku których stwierdzono nieprawidłowości 5-10 min., będący konsekwencją zapisu w protokole kontroli w punkcie II.5 jest wystarczający. Decyzje zawierają wszystkie wymagane elementy określone w art. 107 § 1 k.p.a.

Postępowanie w przypadku wniosku o zmianę terminu wykonania zarządzenia decyzji

Oceniono na podstawie dokumentacji

Decyzje wydano na wniosek stron. Przed wydaniem decyzji poinformowano strony o przysługującym prawie do wypowiedzenia się co do zebranych w sprawie dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, zgodnie z art. 10 k.p.a. Po przeanalizowaniu dokumentacji PPIS w Gnieźnie przychylił się do przedstawionych we wniosku strony argumentów. Przed wydaniem decyzji zmieniającej termin wykonania zarządzeń, przeprowadzana jest kontrola sprawdzająca dotychczas usunięte nieprawidłowości. W osnovach decyzji powołano się na właściwe przepisy merytoryczne i kompetencyjne. Decyzje zawierają wszystkie wymagane elementy określone w art. 107 § 1 k.p.a.

We wszystkich decyzjach (merytorycznych, opłatowych, zmieniających termin) zawarto błędne pouczenie – jest: „strona może zrzec się prawa do wniesienia odwołania od decyzji w trakcie biegu terminu do wniesienia odwołania”, winno być: „przed upływem terminu do wniesienia odwołania strona może zrzec się prawa do wniesienia odwołania wobec organu administracji publicznej, który wydał decyzję”.

Metryki spraw

W aktach sprawy błędnie sporządzono metryki spraw – nie określono wszystkich czynności wykonywanych przez osoby, które uczestniczyły w podejmowanych czynnościach w prowadzonych postępowaniach administracyjnych. Powyższe narusza art. 66a § 2 k.p.a. W treści metryki sprawy m.in. określa się wszystkie podejmowane przez te osoby czynności wraz z odpowiednim odesłaniem do dokumentów określających te czynności.

Do prowadzonych postępowań administracyjnych sporządzano odrębnie dla poszczególnych spraw metryki (postępowania merytoryczne, płatnicze i zmieniające termin wykonania decyzji).

Dokumenty związane z postępowaniem administracyjnym są przekazywane na adres do doręczeń elektronicznych bądź odbierane osobiście. Terminowość prowadzonych postępowań jest zachowana.

5. Analiza skarg, interwencji, petycji oraz wniosków o dostęp do informacji publicznej

Oceny sposobu rozpatrywania interwencji dokonano na podstawie zgłoszeń dotyczących:

- niewłaściwych warunków sanitarno-higienicznych pomieszczeń oraz wyposażenia
- warunków do utrzymania higieny osobistej w

Po otrzymaniu zgłoszeń przeprowadzono kontrole sanitarne. Nieprawidłowości

zostały potwierdzone. W związku z powyższym podjęto stosowne działania celem ich usunięcia. Osobom zgłaszającym udzielono odpowiedzi pisemnej bądź telefonicznej. W przypadku odpowiedzi pisemnej brak klauzuli RODO

Podczas kontroli w przedstawił do wglądu fakturę z 15.09.2023 r. na zakup 20 opakowań ręczników papierowych i 30 rolek papieru toaletowego.

Mając na względzie, iż kontrola odbyła się 3 miesiące później wątpliwość budzi fakt czy liczba zakupionych ręczników papierowych i papieru toaletowego jest wystarczająca do utrzymania higieny osobistej uczniów.

W kontrolowanym okresie, w zakresie higieny dzieci i młodzieży do PPIS w Gnieźnie nie wpłynęła żadna petycja, skarga ani wnioski o dostęp do informacji publicznej.

6. Sprawdzenie poprawności wydawania opinii

Poprawność wydawania opinii o warunkach higieniczno-sanitarnych oceniono na podstawie dokumentacji

(AK-DN-HD-PZ- 5a),

(AK-DN-HD-PZ- 6a)

W przedmiotowych sprawach postępowanie administracyjne zostało wszczęte na żądanie strony. Opinie zostały wydane w formie decyzji, zgodnie z art. 25 ust. 2a pkt 1 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. z 2024 r. poz. 338 ze zm.). W osnovach decyzji przywołano przepisy merytoryczne i kompetencyjne, na podstawie których PPIS w Gnieźnie potwierdził spełnienie wymagań sanitarno-lokalowych w żłobkach (wskazany w osnovach art. 4 ust 1 pkt 6 ustawy o PIS nie ma zastosowania w żłobkach). Uzasadnienia decyzji zawierają opis stanu faktycznego odnoszący się do wyników kontroli, w tym informacje dotyczące liczby dzieci oraz czasu ich pobytu w placówce.

Błędnie obliczono maksymalną liczbę miejsc

Powyższe stanowi naruszenie

§ 2 pkt 1 oraz pkt 9 lit. a rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 lipca

2014 r. w sprawie wymagań lokalowych i sanitarnych jakie musi spełniać lokal, w którym ma być prowadzony żłobek lub klub dziecięcy (Dz. U. z 2019 r. poz. 72), które określają powierzchnię każdego pomieszczenia przeznaczonego na zbiorowy pobyt dzieci oraz standardy dostępności do urządzeń sanitarnych.

W decyzjach zawarto błędne pouczenie – jest: „strona może zrzec się prawa do wniesienia odwołania od decyzji w trakcie biegu terminu do wniesienia odwołania”, winno być: „przed upływem terminu do wniesienia odwołania strona może zrzec się prawa do wniesienia odwołania wobec organu administracji publicznej, który wydał decyzję”.

Na podstawie ustaleń z kontroli ocenia się działalność PSSE w Gnieźnie w kontrolowanym zakresie:**

1. Pozytywnie
2. Pozytywnie z uchybieniami
3. Pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości
4. Negatywnie

V.5a.4.2. Stwierdzone nieprawidłowości:

1. W decyzji dotyczącej (AK-DN-HD-PZ-4a) pominięto nieprawidłowość stwierdzoną w pkt III.3 protokołu kontroli, dotyczącą nieprzyjemnego i specyficznego zapachu w sali gimnastycznej, mimo iż w dokumentacji placówki brak informacji o jej usunięciu.
2. W prowadzonych postępowaniach administracyjnych w sposób niejednoznaczny określona jest strona postępowania administracyjnego.
3. W prowadzonych postępowaniach administracyjnych przywoływano akty prawne niemające odniesienia do stwierdzonych nieprawidłowości.
4. Błędnie sporządzono metryki spraw – nie określono wszystkich czynności wykonywanych przez osoby, które uczestniczyły w podejmowanych czynnościach w prowadzonych postępowaniach administracyjnych.
5. W decyzjach potwierdzających spełnienie wymagań sanitarno-lokalowych (AK-DN-HD-PZ- 6a) oraz HD-PZ- 5a) nieprawidłowo wskazano maksymalną liczbę miejsc.

V.5a.4.3. Zalecenia dotyczące usunięcia nieprawidłowości lub wnioski dotyczące usprawnienia funkcjonowania PSSE:

Zalecenia

1. W decyzjach administracyjnych merytorycznych należy zawierać wszystkie nieprawidłowości stwierdzone w trakcie kontroli sanitarnej, jeśli organ nie otrzymał informacji o ich usunięciu do czasu wszczęcia postępowania administracyjnego.
2. W prowadzonych postępowaniach administracyjnych placówek systemu oświaty należy właściwie i jednoznacznie wskazywać stronę postępowania.
3. W prowadzonych postępowaniach administracyjnych należy wskazywać właściwe akty prawne.
4. W prowadzonych postępowaniach administracyjnych należy prawidłowo sporządzać metryki spraw.
5. W decyzjach potwierdzających spełnienie wymagań sanitarno-lokalowych w żłobkach należy właściwie obliczać liczbę miejsc dla dzieci.

Termin realizacji zaleceń: od zaraz.

Wniosek dotyczący usprawnienia funkcjonowania PSSE

1. Do dokumentowania kontroli należy posługiwać się odpowiednim do danego typu placówki lub zakresu kontroli formularzem, zgodnie z pkt 4 „Instrukcji w obszarze higieny dzieci i młodzieży”.

V.5a.4.4. Ocena wskazująca na niezasadność zajmowania stanowiska lub pełnienia funkcji przez osobę odpowiedzialną za stwierdzone nieprawidłowości:

Brak wskazań.

V.5b. Komórka organizacyjna WSSE w Poznaniu:

Oddział Higieny Dzieci, Młodzieży i Promocji Zdrowia

V.5b.1. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/osób* kontrolującej:

- Starszy asystent Oddziału Higieny Dzieci, Młodzieży i Promocji Zdrowia

V.5b.2. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/osób* biorących udział w kontroli ze strony PSSE w Gnieźnie:

- Kierownik Sekcji Higieny Dzieci, Młodzieży i Promocji Zdrowia
- Asystent Sekcji Higieny Dzieci, Młodzieży i Promocji Zdrowia
- Młodszy asystent Sekcji Higieny Dzieci, Młodzieży i Promocji Zdrowia

V.5b.3. Zakres kontroli:

Sprawdzenie pod względem prawnym i merytorycznym działalności Sekcji Higieny Dzieci, Młodzieży i Promocji Zdrowia PSSE w Gnieźnie w zakresie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia.

V.5b.4. Wyniki i ustalenia z kontroli:**V.5b.4.1. Ocena skontrolowanej działalności ze wskazaniem ustaleń, na których została oparta:****1. Realizacja planu zasadniczych zadań oraz opracowanie i realizacja planu kontroli obiektów.**

W kontrolowanym okresie przedsięwzięcia zawarte w planie zasadniczych zadań PSSE w Gnieźnie w zakresie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia (oz i pz) zostały zrealizowane w terminie.

Ocena realizacji poszczególnych działań w placówkach przeprowadzana jest podczas wizytacji zaplanowanych na poszczególne lata w „Harmonogramie nadzoru nad placówkami”. W 2023 r. zaplanowano 50 wizytacji, przeprowadzono 48. W 2024 r. zaplanowano 60 wizytacji, przeprowadzono 52. Do 23.06.2025 r. przeprowadzono 48 wizytacji z 58 zaplanowanych na bieżący rok.

2. Analiza skarg, interwencji, petycji oraz wniosków o dostęp do informacji publicznej.

W kontrolowanym okresie nie rozpatrywano w zakresie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia żadnych skarg, interwencji, petycji ani wniosków o udostępnienie informacji publicznej.

3. Realizacja działań prozdrowotnych o zasięgu krajowym, wojewódzkim i lokalnym.

W kontrolowanym okresie na terenie powiatu gnieźnieńskiego realizowane były interwencje programowe i nieprogramowe o zasięgu krajowym, wojewódzkim i lokalnym:

- Ogólnopolski Program Edukacyjny „Trzymaj Formę!”,
- Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, w tym: Projekt „Młodzieżowi Liderzy Zdrowia – kontra HIV”, Akcja „Bezpieczne Walentynki”, Wojewódzki konkurs „Nie daj szansy AIDS”, Światowy Dzień AIDS,
- Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych „ARS, czyli jak dbać o miłość”,
- Program antytytoniowej edukacji zdrowotnej „Bieg po zdrowie”,
- Wojewódzki program edukacyjny „Mamo, Tato – co Wy na to?”,
- Wojewódzki program przedszkolnej edukacji antytytoniowej „Czyste powietrze wokół nas”,
- Program profilaktyki raka szyjki macicy „Wybierz Życie – Pierwszy Krok”,
- Program profilaktyki czerniaka „Znamię! Znam je?”,
- Wojewódzki projekt edukacyjny „Mały kleszcz – duży problem?”,
- Wojewódzki projekt edukacyjny dot. profilaktyki raka piersi „Co kryją Twoje piersi?”,
- Wojewódzki projekt edukacyjny „Mam zdrowe zęby!”,
- Wojewódzki projekt edukacyjny „Talerz zdrowego żywienia”,
- Światowy Dzień Zdrowia,
- Światowy Dzień bez Tytoniu,
- Światowy Dzień Rzucania Palenia,
- Szkolenia Młodzieżowych Liderów Zdrowia – kontra tytoń,
- Kampania informacyjna EFSA „Wybieraj bezpieczną żywność”,
- Europejski Tydzień Walki z Rakiem Szyjki Macicy,
- Europejski Tydzień Szczepień,
- Promocja szczepień przeciw krztuścowi dla kobiet w ciąży,
- Promocja szczepień przeciwko HPV,
- Europejski Dzień i Światowy Tydzień Wiedzy o Antybiotykach.

Pracownik realizujący zagadnienia z zakresu oz i pz inicjował, organizował i prowadził działania wynikające z potrzeb środowiska lokalnego, np.: profilaktykę grypy,

zatruc grzybami, wszawicy oraz bezpieczeństwo dzieci podczas wypoczynku letniego i zimowego.

Uczestniczył również w działaniach organizowanych we współpracy z innymi instytucjami, które były skierowane głównie do dzieci przedszkolnych, uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych oraz ich rodziców i opiekunów. Informacje na temat realizowanych programów, projektów i różnorodnych działań zamieszczane są na stronie internetowej i w mediach społecznościowych PSSE w Gnieźnie.

4. Ocena zgodności dokumentacji z obowiązującymi procedurami GIS w pionie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia.

Podczas kontroli dokonano analizy wybranych działań zrealizowanych w ramach:

- Wojewódzkiego projektu edukacyjnego "Talerz zdrowego żywienia".

W 2024 r. edycja pilotażowa tego projektu zakładała przeprowadzenie przez pracowników PSSE 4 pogadań (2 dla dzieci przedszkolnych i 2 dla uczniów klas I-III szkoły podstawowej). Pracownik oz i pz PSSE w Gnieźnie zrealizował 9 pogadań (5 ponad zakładany plan), co z jednej strony świadczy o zaangażowaniu, ale z drugiej spowodowało, że nie wszyscy uczestnicy projektu otrzymali materiały dydaktyczne w postaci magnesów i ulotki. Łącznie działaniami objęto 163 dzieci. W roku 2025 do dnia kontroli zrealizowano 7 z 10 zaplanowanych pogadań. Prawidłowo przeprowadzono konkurs „Super Śniadanie!” w ramach realizacji ww. projektu. Dokumentacja projektu zawiera informacje z realizacji zadań na druku F/PT/PZ/01/04, rozdzielniki z dystrybucji materiałów na druku F/PT/PZ/01/01 zgodne z Procedurą Techniczną GIS PT/PZ/01 z 29.01.2013 r.

- Programu profilaktyki raka szyjki macicy „Wybierz życie – pierwszy krok”.

W roku szkolnym 2022/23 program „Wybierz życie – pierwszy krok” realizowany był w 6 szkołach ponadpodstawowych z udziałem 822 uczniów. Ocena realizacji programu w placówkach dokonana została podczas 4 wizytacji. W roku szkolnym 2023/24 program realizowano w 5 szkołach ponadpodstawowych, a działaniami objęto 500 uczniów. Odbyły się również 4 wizytacje. W roku szkolnym 2024/25 program jest kontynuowany. Do dnia kontroli zwizytowano 5 placówek realizujących ww. program.

Koordynator powiatowy co roku informował odbiorców o kolejnej edycji programu pismem. Cyklicznie zapraszano również szkolnych koordynatorów do udziału w szkoleniach on-line prowadzonych przez Fundację „Gwiazda nadziei”.

Dokumentacja programu zawiera sprawozdania sporządzone przez powiatowego koordynatora, rozdzielniki z dystrybucji materiałów na formularzu F/PT/PZ/01/01 oraz protokoły z wizytacji na druku F/IT/PT/PZ/01/03/01 wraz z załącznikiem F/IT/PT/PZ/01/03/02 „Ocena realizacji interwencji programowej” zgodne z Procedurą Techniczną GIS PT/PZ/01 z 29.01.2013 r.

– Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS.

Dokonano analizy przeprowadzenia projektu edukacyjnego „Młodzieżowi Liderzy Zdrowia- kontra HIV” realizowanego w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS. W 2023 r. szkolenie przeprowadzono w – z udziałem 42 uczniów (w dwóch grupach). W 2024 r. odbyło się szkolenie dla 29 uczniów – ponownie w tej samej placówce.

Organizowanie szkoleń w tej samej placówce przez dwa kolejne lata jest niezgodnie z założeniami projektu – należy tak dobierać placówki, aby objąć projektem jak najszerszą grupę odbiorców z różnych środowisk. Podczas szkoleń przeprowadzono ankietę wstępną i końcową, przedstawiono prezentację multimedialną oraz zajęcia warsztatowe. W drugim półroczu 2025 r. odbędą się kolejne szkolenia.

Dokumentacja szkoleń zawiera korespondencję z placówką zaproszoną do udziału w projekcie, informacje z realizacji zadań na druku F/PT/PZ/01/04, listę obecności na druku F/PT/PZ/01/02 ze szkolenia w roku 2024 zgodne z Procedurą Techniczną GIS PT/PZ/01 z 29.01.2013 r. Załączone są również zgody na wykorzystanie danych osobowych uczestników szkoleń. Niedopełnieniem Procedury Technicznej PT/PZ/01 jest brak programu szkolenia i rozdzielnika materiałów edukacyjno-informacyjnych oraz brak listy obecności ze szkolenia zgodnie z formularzem F/PT/PZ/01/02 w roku 2023 r.

Na uwagę zasługuje współpraca nawiązana z w ramach której pracownik oz i pz organizuje zajęcia edukacyjne dla osób odbywających karę pozbawienia wolności. Celem jest podniesienie świadomości osadzonych na temat profilaktyki zakażeń HIV oraz kształtowanie postaw prozdrowotnych. W 2023 r. w zajęciach wzięły udział 24 osoby, w 2024 r. – 23. W harmonogramie działań zaplanowanych na rok 2025 w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS w powiecie gnieźnieńskim również planowane jest spotkanie z osobami osadzonymi. W trakcie spotkań przekazano materiały informacyjno-edukacyjne.

Na terenie powiatu gnieźnieńskiego kontrolowane działania realizowane są terminowo, zgodnie z planami zasadniczych zadań i wytycznymi wojewódzkich koordynatorów.

5. Współpraca z partnerami na terenie powiatu.

W kontrolowanym okresie działania z zakresu oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia realizowane były we współpracy m.in. ze:

- Starostwem Powiatowym w Gnieźnie,
- urzędami miast i gmin w powiecie gnieźnieńskim,
- Komendą Powiatową Policji w Gnieźnie,
- Zakładem Karnym w Gębarzewie,
- Fundacją „Z Sercem dla Pacjenta”,
- Stowarzyszeniem Młodych Wielkopolan,
- Radą Osiedla Kłęcko,
- Biurem Rachunkowym „Profit” w Gnieźnie,
- kołami gospodyń wiejskich,
- szkołami rodzenia,
- placówkami ochrony zdrowia,
- dyrektorami i kadrami pedagogiczną placówek systemu oświaty,
- redakcjami lokalnych mediów.

Na podstawie ustaleń z kontroli ocenia się działalność PSSE w Gnieźnie w kontrolowanym zakresie:**

1. Pozytywnie
2. Pozytywnie z uchybieniami
3. Pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości
4. Negatywnie

V.5b.4.2. Stwierdzone nieprawidłowości:

1. W dokumentacji projektu edukacyjnego „Młodzieżowi Liderzy Zdrowia-kontra HIV” brak programu szkolenia i rozdzielnika materiałów edukacyjno-informacyjnych w roku 2023 i 2024 oraz brak listy obecności ze szkolenia w roku 2023 r. co jest niezgodne z Procedurą Techniczną GIS PT/PZ/01.

V.5b.4.3. Zalecenia dotyczące usunięcia nieprawidłowości lub wnioski dotyczące usprawnienia funkcjonowania PSSE:

1. Dokumentując szkolenia należy postępować zgodnie z Procedurą Techniczną GIS PT/PZ/01.

Termin realizacji zalecenia: od zaraz.

V.5b.4.4. Ocena wskazująca na niezasadność zajmowania stanowiska lub pełnienia funkcji przez osobę odpowiedzialną za stwierdzone nieprawidłowości:

Brak wskazań.

V.6. Komórka organizacyjna WSSE w Poznaniu:

Oddział Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego

V.6.1. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/osób* kontrolującej:

- Starszy asystent Oddziału Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego

V.6.2. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/osób* biorącej udział w kontroli ze strony PSSE w Gnieźnie:

- Asystent – Stanowisko Pracy do Spraw Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego

V.6.3. Zakres kontroli:

Sprawdzenie pod względem prawnym i merytorycznym działalności Stanowiska Pracy do Spraw Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego PSSE w Gnieźnie.

V.6.4. Wyniki i ustalenia z kontroli:

V.6.4.1. Ocena skontrolowanej działalności ze wskazaniem ustaleń, na których została oparta:

1. Realizacja planu zasadniczych zadań oraz opracowanie i realizacja planu kontroli obiektów:

Podczas kontroli sprawdzono, czy są realizowane zadania wskazane w planach zasadniczych zadań na lata 2023-2025. W planie na 2023 rok zostały wskazane zadania dotyczące wdrożenia opracowanych procedur w ramach:

- Strategicznej oceny oddziaływania na środowisko,
- Dopuszczenia do użytkowania obiektów.

Podczas kontroli uzyskano informację, że procedury dot. strategicznej oceny oddziaływania na środowisko przekazane podczas narady szkoleniowej zapobiegawczego nadzoru sanitarnego 30.09.2022 r. są realizowane. Natomiast w zakresie dopuszczenia do użytkowania obiektów stwierdzono, że w PSSE w Gnieźnie są stosowane wzory formularzy przekazane pismem WPWIS znak DN-NS.9011.69.2023 z 1.02.2023 r. Na stronie internetowej PSSE Gnieźnie został umieszczony wzór „Zawiadomienia Państwowej Inspekcji Sanitarnej o zakończeniu budowy obiektu budowlanego i zamiarze przystąpienia do jego użytkowania”. Na podstawie skontrolowanych opinii sanitarnych dot. odbiorów budowlanych znak ON-NS.7840.80.2024 z 2.12.2024 r., ON-NS.7810.10.2024 z 19.02.2024 r. stwierdzono, że stosowane są wzory opinii sanitarnych.

W planowanych zadaniach wskazane są również sprawozdania dotyczące sposobu uzgadniania dokumentacji projektowej przez rzeczoznawców do spraw sanitarno-higienicznych, które zgodnie z planem na 2023 i 2024 rok zostały przekazane do WSSE w Poznaniu. Ponadto, w planie na 2024 i 2025 rok wskazano zadania:

- Działania edukacyjno-informacyjne każdorazowo w ramach prowadzonych kontroli wraz ze sprawozdawczością w tym zakresie,
- Działania kontrolne w zakresie profilaktyki Legionelli w obiektach wysokiego ryzyka, obiektach wytwarzających aerozol wodno-powietrzny oraz instalacjach wentylacyjno-klimatyzacyjnych wraz ze sprawozdawczością w tym zakresie.

Na podstawie otrzymanych sprawozdań za rok 2024 i pierwszy kwartał 2025 r. stwierdzono, że są one realizowane przez PSSE w Gnieźnie.

2. Przegląd prowadzonych rejestrów i ewidencji.

Podczas kontroli dokonano przeglądu rejestrów prowadzonych spraw pod symbolami klasyfikacyjnymi: 9022.5, 9022.1, 7840. Stwierdzono, że rejestry są prowadzone prawidłowo.

3. Ocena dokumentacji kontroli.

Skontrolowano akta spraw znak: ON-NS.7840.10.2024, ON-NS.7840.80.2024, ON-NS.7820.20.2025, które zostały wybrane losowo z przedłożonego rejestru. Z przeprowadzonych czynności kontrolnych zostały sporządzone protokoły kontroli nr: ON-NS.7840.10.2024, ON-NS.7840.80.2024. Na ich podstawie stwierdzono, że dokumentacja kontroli prowadzona jest zgodnie z procedurą techniczną PT-01, wydaną zarządzeniem Głównego Inspektora Sanitarnego nr 45/16 z dnia 14 marca 2016 r. W protokołach kontroli zawarto informacje dotyczące: pracowników przeprowadzających kontrole, kontrolowanego podmiotu, kontrolowanego obiektu, kontroli, wyników kontroli, uwag i zastrzeżeń osób uczestniczących w kontroli, potwierdzenia odbioru protokołu oraz pouczenia. Kontrole zostały przeprowadzone przez pracowników PSSE w Gnieźnie na podstawie upoważnień udzielonych przez PPIS w Gnieźnie.

W protokołach uwzględniono informacje nt. dokumentacji przedłożonej w trakcie kontroli obiektu, jak protokół z pomiarów instalacji wentylacji, protokół oględzin przewodów kominowych, protokół z płukania i próby ciśnienia instalacji wodnej. Protokoły zawierają informacje dotyczące stanu formalno-prawnego obiektu oraz kwestii istotnych dla ustaleń kontroli dotyczących stanu technicznego i sanitarno-higienicznego obiektu.

4. Prowadzenie postępowań administracyjnych (dokumentacja, tryb przygotowania, terminowość, prawidłowość pod względem merytorycznym).

4.1. Odbiory budowlane – weryfikacja protokołów kontroli oraz ocena dokumentacji.

Skontrolowano akta spraw znak: ON-NS.7840.10.2024, ON-NS.7840.80.2024, ON-NS.7820.20.2025 dotyczące budynku szkoły wyższej, budynku handlowo-usługowego oraz pawilonu usługowego – kontenera na usługi krawieckie. Sprawy zostały wybrane losowo spośród 200 spraw z przedłożonego rejestru.

Sprawy dotyczące budynku szkoły wyższej oraz budynku handlowo-usługowego zostały zakończone wydaniem opinii sanitarnych Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gnieźnie (zwanego dalej: PPIS w Gnieźnie). Natomiast w sprawie dotyczącej pawilonu usługowego – kontenera na usługi krawieckie PPIS w Gnieźnie odstąpił od przeprowadzenia kontroli i nie zajął stanowiska w terminie 14 dni, o którym mowa w art. 56 ust. 2 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. z 2025 r., poz. 418), zwanej dalej: ustawą Prawo budowlane. Z adnotacji służbowej pracownika PSSE w Gnieźnie wynika, że odstąpiono od wizytacji obiektu ze względu na fakt, że w obiekcie ma być prowadzona jednoosobowa działalność usług krawieckich, bez zatrudniania pracowników.

Postępowania zostały przeprowadzone na podstawie zawiadomień o zakończeniu budowy obiektu budowlanego i zamiarze przystąpienia do użytkowania. Z przeprowadzonych czynności kontrolnych zostały sporządzone protokoły kontroli nr: ON-NS.7840.10.2024 i ON-NS.7840.80.2024. Wynika z nich, że podczas kontroli obiektu dokonano analizy stanu formalno-prawnego obiektu oraz stanu technicznego i sanitarno-higienicznego obiektu. Strony po zapoznaniu się z protokołami złożyły oświadczenia o niewnoszeniu zastrzeżeń. Protokoły zostały odebrane w dniu przeprowadzenia kontroli. Opinie wydano w oparciu o przepisy z art. 3 pkt. 3, art. 12 ust. 1 ustawy o PIS, dotyczące uczestniczenia w dopuszczeniu do użytkowania obiektów budowlanych oraz zakresu zadań i kompetencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej, a także przepis z art. 56 ust. 1 pkt. 2 ustawy Prawo budowlane, dotyczący zawiadomienia o zakończeniu budowy obiektu budowlanego i zamiarze przystąpienia do jego użytkowania oraz zajęcia stanowiska przez organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej w sprawie zgodności wykonania obiektu budowlanego z projektem budowlanym.

Na podstawie przeanalizowanych akt spraw stwierdzono, że stanowiska PPIS w Gnieźnie zostały wydane w oparciu o komplet dokumentów, tj. zawiadomień o zakończeniu budowy obiektu budowlanego i zamiarze przystąpienia do użytkowania oraz

projektów budowlanych zaopiniowanych przez rzeczoznawców do spraw sanitarno-higienicznych (zgodnie z uprawnieniami).

Opinie sanitarne zostały wydane z zachowaniem ustawowego terminu 14 dni, wskazanego w art. 56 ust. 2 ustawy Prawo budowlane i skutecznie doręczone (odbior osobisty). Przed wydaniem decyzji płatniczych, organ wszczął postępowania administracyjne zawiadamiając strony na podstawie art. 61 § 1 i 4 k.p.a. oraz zakończył postępowanie w sprawie pobrania opłaty. Wydane zawiadomienia zostały skutecznie doręczone stronom w terminie (za zwrotnym potwierdzeniem odbioru). Następnie PPIS w Gnieźnie wydał decyzje płatnicze z zachowaniem prawa do wypowiedzenia się stron co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań w sprawie. Strony nie wniosły od nich odwołania. Wydane opinie i decyzje zostały wcześniej zaakceptowane przez radcę prawnego. Opinie, zawiadomienia oraz decyzje zostały wysłane poprzez ePUAP lub za zwrotnym potwierdzeniem odbioru (2024 r.).

4.2. Opiniowanie w zakresie oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko – weryfikacja i ocena dokumentacji.

a) Opinie co do potrzeby przeprowadzenia oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko, a w przypadku stwierdzenia takiej potrzeby – co do zakresu raportu o oddziaływaniu przedsięwzięcia na środowisko

Skontrolowano akta spraw znak ON-NS.9022.5.13.2024, ON-NS.9022.5.64.2024, ON-NS.9022.5.13.2025, dotyczące budowy budynku inwentarskiego przeznaczonego do hodowli bydła mięsnego, budowy sieci kanalizacji sanitarnej wraz z przepompowniami ścieków oraz rozbudowy gospodarstwa rolnego. Sprawy zostały wybrane losowo spośród 178 spraw z przedłożonego rejestru.

Przedmiotowe sprawy prowadzone były na wnioski organów prowadzących postępowanie w sprawie wydania decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach i zostały zakończone wydaniem opinii sanitarnych PPIS w Gnieźnie. Stwierdzono, że PPIS w Gnieźnie wydał stanowiska w oparciu o komplet dokumentacji. W podstawie prawnej kontrolowanych opinii powołano art. 3 pkt 2 lit a ustawy o PIS, art. 64 ust. 1 pkt 2 oraz art. 78 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko (Dz. U. z 2024 r. poz. 1112 ze zm.), zwanej dalej: ustawą o udostępnianiu informacji o środowisku. Przepis art. 3 pkt 2 lit a ustawy o PIS, który odnosi się do uzgadniania dokumentacji projektowej pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych

dotyczących budowy oraz zmiany sposobu użytkowania obiektów budowlanych, statków morskich, żeglugi śródlądowej i powietrznych, nie ma zastosowania w przedmiotowych sprawach.

Stanowiska wydano w oparciu o komplet dokumentacji, bowiem organ zasięgający opinii przedłożył dokumenty, o których mowa w art. 64 ust. 2 ustawy o udostępnianiu informacji o środowisku, tj. wniosek o wydanie decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach, kartę informacyjną przedsięwzięcia oraz informację o braku miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego.

W opiniach zawarto uzasadnienie prawne i merytoryczne. Stanowiska zostały wydane z zachowaniem terminu 14 dni, o którym mowa w art. 64 ust. 4 ustawy o udostępnianiu informacji o środowisku. Wydane opinie zostały zaakceptowane przez radcę prawnego i wysłane do organu prowadzącego postępowanie przez ePUAP (w 2024 r.) oraz e-doręczaniem (w 2025 r.).

b) Opinie w sprawie uzgodnienia warunków realizacji przedsięwzięcia przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach.

Skontrolowano akta spraw znak: ON-NS.9022.1.4.2024, ON-NS.9022.1.6.2024, ON-NS.9022.5.64.2024 dotyczące rozbudowy gospodarstwa rolno-hodowlanego (chów krów mlecznych), rozbudowy gospodarstwa poprzez budowę obory wolnostanowiskowej wraz z infrastrukturą techniczną, budowy budynku inwentarskiego dla krów mlecznych. Sprawy zostały wybrane losowo spośród 16 spraw z przedłożonego rejestru.

Przedmiotowe sprawy prowadzone były na wnioski organów prowadzących postępowanie w sprawie wydania decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach i zostały zakończone wydaniem opinii sanitarnych PPIS w Gnieźnie. Stwierdzono, że PPIS w Gnieźnie wydał stanowiska w oparciu o komplet dokumentacji. W podstawie prawnej kontrolowanych opinii powołano art. 3 pkt 2 lit a ustawy o PIS, art. 64 ust. 1 pkt 2 oraz art. 78 ust. 1 pkt 2 ustawy o udostępnianiu informacji o środowisku.

W przedmiotowych sprawach błędnie zastosowano art. 64 ust. 1 pkt 2 ustawy o udostępnianiu informacji o środowisku, w kontrolowanych opiniach należało zastosować art. 77 ust. 1 pkt 2 tejże ustawy.

Przepis art. 3 pkt 2 lit a ustawy o PIS, który odnosi się do uzgadniania dokumentacji projektowej pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych dotyczących budowy oraz zmiany sposobu użytkowania obiektów budowlanych, statków morskich, żeglugi śródlądowej i powietrznych nie ma zastosowania w przedmiotowych sprawach.

Stanowiska wydano w oparciu o komplet dokumentacji, bowiem organ zasięgający opinii przedłożył dokumenty, o których mowa w art. 77 ust. 2 ustawy o udostępnianiu informacji o środowisku tj. wniosek o wydanie decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach, raport o oddziaływaniu przedsięwzięcia na środowisko oraz informację o braku miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego.

W opiniach zawarto uzasadnienie prawne i merytoryczne. Stanowiska zostały wydane z zachowaniem terminu 30 dni, o którym mowa w art. 77 ust. 6 ustawy o udostępnianiu informacji o środowisku. Wydane opinie zostały zaakceptowane przez radcę prawnego i wysłane do organu prowadzącego postępowanie poprzez ePUAP (w 2024 r.) oraz e-doręczaniem (w 2025 r.).

W przedmiotowych sprawach na wnioski organów prowadzących postępowania dotyczące wydania decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach, PPIS w Gnieźnie podtrzymał opinie w formie postanowienia na podstawie art. 106 § 1, w związku z art. 106 § 3 i § 5 k.p.a. Ponadto, w postanowieniach wskazany został tryb zaskarżenia poprzez możliwość złożenia zażalenia, w przypadku kiedy na wydaną w sprawie opinię sanitarną taki środek nie przysługuje. Nie jest ona wydawana w formie postanowienia na podstawie przepisów k.p.a. Wynika to wprost z art. 77 ust. 7 ustawy o udostępnianiu informacji o środowisku, który brzmi: Do uzgodnień i opinii, o których mowa w ust. 1, nie stosuje się przepisów art. 106 § 3, 5 i 6 Kodeksu postępowania administracyjnego.

Stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- W opiniach sanitarnych znak: ON-NS.9022.1.4.2024, ON-NS.9022.1.6.2024, ON-NS.9022.5.64.2024 błędnie zastosowano przepis z art. 64 ust. 1 pkt 2 ustawy o udostępnianiu informacji o środowisku, który określa wymogi w zakresie konieczności uzyskiwania stanowisk innych organów administracji publicznej przez organ prowadzący postępowanie w sprawie decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach co do zasadności nałożenia obowiązku przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko. W kontrolowanych opiniach sanitarnych znak: ON-NS.9022.1.4.2024, ON-NS.9022.1.6.2024, ON-NS.9022.5.64.2024 należało zastosować art. 77 ust. 1 pkt 2 ustawy o udostępnianiu informacji o środowisku, który wskazuje, że: *„(...) jeżeli jest przeprowadzana ocena oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko, przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach organ właściwy do wydania tej decyzji: zasięga opinii organu, o którym mowa w art. 78, w przypadku przedsięwzięć wymagających*

decyzji, o których mowa w art. 72 ust. 1 pkt 1-3a, 10-19 i 21-29, oraz uchwały, o której mowa w art. 72 ust. 1b, chyba że - w przypadku przedsięwzięcia mogącego potencjalnie znacząco oddziaływać na środowisko - organ ten wyraził wcześniej opinię, że nie zachodzi potrzeba przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko, lub nie wydał opinii, o której mowa w art. 64 ust. 1 pkt 2;” Przepis z art. 77 niniejszej ustawy reguluje kwestie współdziałania z innymi organami w toku postępowania w sprawie decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach i znajduje zastosowanie tylko w przypadku, gdy prowadzona jest ocena oddziaływania na środowisko, a więc w stosunku do przedsięwzięć mogących zawsze znacząco oddziaływać na środowisko oraz w odniesieniu do tych przedsięwzięć mogących potencjalnie znacząco oddziaływać na środowisko, co do których stwierdzono obowiązek przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko.

- Organ błędnie zajął stanowiska w formie postanowień znak:

ON-NS.9022.1.4.2024, ON-NS.9022.1.6.2024, ON-NS.9022.5.64.2024 w sprawie podtrzymania opinii sanitarnych znak: ON-NS.9022.1.4.2024, ON-NS.9022.1.6.2024, ON-NS.9022.5.64.2024. Postanowienia wydano na podstawie art. 106 § 1, w związku z art. 106 § 3 i § 5 k.p.a. PPIS w Gnieźnie niewłaściwie zastosował przepisy k.p.a. i wydał postanowienia. Wydane uprzednio w przedmiotowych sprawach stanowiska prawidłowo zostały zajęte w formie opinii sanitarnych.

Ponadto, w powyższych postanowieniach wskazany został tryb jego zaskarżenia poprzez możliwość złożenia zażalenia. Natomiast na wydaną w sprawie opinię sanitarną stronie nie przysługuje złożenie zażalenia, a stanowisko nie jest wydawane w formie postanowienia na podstawie przepisów k.p.a. co wynika wprost z art. 77 ust. 7 ustawy o udostępnianiu informacji o środowisku: *„Do uzgodnień i opinii, o których mowa w ust. 1, nie stosuje się przepisów art. 106 § 3, 5 i 6 Kodeksu postępowania administracyjnego.”*

5. Analiza skarg, interwencji, petycji oraz wniosków o dostęp do informacji publicznej.

W okresie objętym kontrolą do PSSE w Gnieźnie nie wpłynęły sprawy dotyczące skarg, interwencji, petycji oraz wniosków o dostęp do informacji publicznej w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego.

Na podstawie ustaleń z kontroli ocenia się działalność PSSE w Gnieźnie w kontrolowanym zakresie:**

1. **Pozytywnie**
2. **Pozytywnie z uchybieniami**
3. **Pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości**
4. **Negatywnie**

V.6.4.2. Stwierdzone nieprawidłowości:

1. Błędne zastosowanie przepisu z art. 64 ust. 1 pkt 2 ustawy o udostępnianiu informacji o środowisku w opiniach sanitarnych znak: ON-NS.9022.1.4.2024, ON-NS.9022.1.6.2024, ON-NS.9022.5.64.2024.
2. Niewłaściwa forma zajęcia stanowiska – postanowienia znak: ON-NS.9022.1.4.2024, ON-NS.9022.1.6.2024, ON-NS.9022.5.64.2024. Ponadto, w przedmiotowych postanowieniach niewłaściwie wskazano tryb zaskarżenia poprzez możliwość złożenia zażalenia, w przypadku kiedy na wydawane w sprawie opinie taki środek nie przysługuje, co wynika wprost z art. 77 ust. 7 ustawy o udostępnianiu informacji o środowisku, który brzmi: Do uzgodnień i opinii, o których mowa w ust. 1, nie stosuje się przepisów art. 106 § 3, 5 i 6 Kodeksu postępowania administracyjnego.

V.6.4.3. Zalecenia dotyczące usunięcia nieprawidłowości lub wnioski dotyczące usprawnienia funkcjonowania PSSE:

Zalecenia

1. Podczas wydawania opinii w ramach oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko, prawidłowo stosować przepisy ustawy z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko (Dz. U. z 2024 r. poz. 1112 ze zm.) dotyczące etapu postępowania, którego dotyczy wnioszek organu prowadzącego postępowanie. Nieprawidłowo zastosowany przepis prawa w wydanych opiniach sanitarnych ma wpływ na prawidłowość i przyszłą treść decyzji wydawanej przez organ prowadzący postępowanie.
2. Opinie w ramach oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko na podstawie art. 77 ust. 1 pkt 2 ustawy o udostępnianiu informacji o środowisku wydawać zgodnie z obowiązującymi przepisami. Nie należy zajmować stanowisk w formie postanowień, na które służy stronie zażalenie.

Termin realizacji zaleceń: od zaraz.

Wniosek dotyczący usprawnienia funkcjonowania PSSE

1. W opiniach sanitarnych dot. współdziałania z innymi organami w toku postępowania w sprawie decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach proponuje się nie stosować art. 3 pkt. 2 lit. a ustawy z 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 416), który nie ma zastosowania w przedmiotowych sprawach.

V.6.4.4. Ocena wskazująca na niezasadność zajmowania stanowiska lub pełnienia funkcji przez osobę odpowiedzialną za stwierdzone nieprawidłowości:

Brak wskazań.

V.7. Komórka organizacyjna WSSE w Poznaniu:

Oddział do Spraw Systemu Jakości

V.7.1. Imię nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/osób* kontrolującej:

- Starszy asystent Oddziału do Spraw Systemu Jakości

V.7.2. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/osób* biorącej udział w kontroli ze strony PSSE w Gnieźnie:

- Główny Specjalista do Spraw Systemu Jakości

V.7.3. Zakres kontroli:

Sprawdzenie pod względem merytorycznym i prawnym działalności PSSE w Gnieźnie, w szczególności Głównego Specjalisty do Spraw Systemu Jakości. Realizacja zaleceń pokontrolnych w zakresie działalności PSSE wydanych przez Wielkopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego podczas ostatniej kontroli.

V.7.4. Wyniki i ustalenia z kontroli:

V.7.4.1. Ocena skontrolowanej działalności ze wskazaniem ustaleń, na których została oparta:

1. Realizacja zaleceń pokontrolnych z ostatniej kontroli kompleksowej.

Po ostatniej kontroli kompleksowej przeprowadzonej 22-23.06.2021 r. wydano następujące zalecenia:

1. Na drugim egzemplarzu projektu pisma, prowadzący sprawę powinien umieścić informację na temat sposobu wysyłki zgodnie z § 60.1.3 Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych – **wykonano.**
2. Upoważnienia do kontroli należy każdorazowo rejestrować pod właściwym znakiem sprawy zgodnie z § 5.1. Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych – **wykonano.**

2. Ocena wdrożenia i funkcjonowania Systemu Zarządzania (SZ) PSSE w Gnieźnie.

Na podstawie Porozumienia KS.1023.9.2017 z 28.04.2021 r. zmieniono warunki pracy Pani : powierzając jej obowiązki Głównego Specjalisty ds. Systemu Jakości (GSJ). Aktualny zakres obowiązków został określony w karcie stanowiska pracy.

3. Aktualność dokumentacji SZ oraz sposób nadzoru nad SZ prowadzony przez Głównego Specjalistę do Spraw Systemu Jakości PSSE w Gnieźnie.

Aktualnie obowiązujące Procedury Systemu Zarządzania wprowadzono zarządzeniami nr 4/2016 Dyrektora PSSE w Gnieźnie z dnia 27.12.2016 r. oraz 2/2017 z dnia 30.01.2017 r. Procedury zostały przekazane pracownikom w formie kopii nienadzorowanej drogą elektroniczną. Na wewnętrznym serwerze umieszczone zostały aktualne wydania procedur/instrukcji. Dostęp do serwera mają wszyscy pracownicy PSSE. Księga Jakości została wprowadzona zarządzeniem nr 9/2017 Dyrektora PSSE w Gnieźnie z dnia 20.10.2017 r. Polityka Jakości została wprowadzona zarządzeniem nr 8/2017 Dyrektora PSSE w Gnieźnie z dnia 20.10.2017 r.

Na podstawie wdrożonych procedur funkcjonuje System Zarządzania, który oceniany jest podczas auditów wewnętrznych. Przegląd zarządzania odbył się 18.11.2024 r. oraz 20.11.2024 r. Dokumentacja z przeglądu zarządzania jest kompletna i prowadzona prawidłowo.

4. Ocena koordynacji działań w ramach kontroli zarządczej.

Regulamin kontroli zarządczej wprowadzono zarządzeniem nr 6/2021 Dyrektora PSSE w Gnieźnie z dnia 25.06.2021 r. Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej zostało sporządzone 9.01.2025 r. Zespół ds. Zarządzania Ryzykiem został powołany zarządzeniem nr 9/2024 Dyrektora PSSE w Gnieźnie z dnia 4.10.2024 r. *W oparciu o analizę dokumentów dotyczących kontroli zarządczej stwierdzono, że nie jest prowadzony plan działalności ani jego bieżąca realizacja, a w konsekwencji nie przeprowadza się analizy ryzyka dla tego planu.*

W PSSE w Gnieźnie przeprowadzona została ocena i analiza ryzyka, jednak nie objęła ona komórek organizacyjnych Oddziału Ekonomicznego i Administracyjnego. Podczas kontroli stwierdzono również, że prowadzony rejestr ryzyk nie zawiera tych, które wykazały poszczególne komórki organizacyjne, ogranicza się on jedynie do opisu sposobu zarządzania ryzykiem w poszczególnych obszarach działalności.

W każdej komórce organizacyjnej kwestionariusz samooceny kontroli zarządczej przeprowadzany jest na platformie internetowej, co gwarantuje jego uczestnikom całkowitą anonimowość. *Samoocena kontroli zarządczej dotycząca roku 2024 została przeprowadzona w okresie od maja do czerwca 2025 roku. W konsekwencji, jej wyniki nie mogły zostać zawarte w Oświadczeniu o stanie kontroli zarządczej za rok 2024, które zostało sporządzone w styczniu 2025 roku.*

5. Ocena stosowania ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1045 ze zm.).

Zgodnie z ustawą o doręczeniach elektronicznych, podmioty publiczne, w tym PSSE w Gnieźnie, były zobowiązane do wdrożenia e-Doręczeń od 1.01.2025 r. PSSE w Gnieźnie posiada swój adres do doręczeń elektronicznych wpisany do BAE (Baza Adresów Elektronicznych) oraz wysyła korespondencję zarówno za pośrednictwem Publicznej Usługi Hybrydowej (PUH), jak i Publicznej Usługi Rejestrowanego Doręczenia Elektronicznego (PURDE).

6. Nadzór nad stosowaniem rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. Nr 14, poz. 67 ze zm.).

W PSSE w Gnieźnie wdrożono zapisy rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. Nr 14, poz. 67 ze zm.). Zarządzeniem nr 2/2022 Dyrektora PSSE w Gnieźnie z dnia 13.03.2020 r. wprowadzono wzory formularzy obowiązujących w PSSE w Gnieźnie. Korespondencja przychodząca oraz wychodząca spełnia wymogi zawarte w ww. rozporządzeniu tj.:

- na drugim egzemplarzu projektu pisma prowadzący sprawę umieszcza swój odrębny podpis (skrót podpisu) i datę jego złożenia,
- na egzemplarzu pisma przeznaczonym do włączenia do akt sprawy zamieszczana jest informacja o sposobie wysyłki (np. list polecony, priorytetowy, doręczenie elektroniczne) oraz potwierdzenie dokonania wysłania przesyłki lub jej osobistego doręczenia,
- na korespondencji przychodzącej umieszczana jest dekretacja wraz z datą i podpisem dekretującego,
- na korespondencji przychodzącej umieszczany jest znak sprawy.

7. Obieg dokumentów w PSSE w Gnieźnie.

System EZD RP został wdrożony jako system wspomagający. Dokumentacja Systemu Zarządzania obowiązująca w PSSE w Gnieźnie, a także obieg pism prowadzone są w systemie tradycyjnym/papierowym. Zarządzeniem nr 3/2020 Dyrektora PSSE w Gnieźnie

z dnia 13.03.2020 r. określono listę przesyłek, które nie są otwierane przez kancelarię/sekretariat. Zasady te są stosowane w PSSE.

8. Organizacja pracy w PSSE w Gnieźnie.

Budynek PSSE jest oznakowany w sposób właściwy i widoczny dla wszystkich zainteresowanych. Dostęp do pomieszczeń nie jest utrudniony.

9. Wdrożenie zapisów ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024 r. poz. 1411).

Zarządzeniem nr 5/2020 Dyrektora PSSE w Gnieźnie z dnia 1.07.2020 r. powołano Koordynatora do spraw dostępności. Na potrzeby osób słabosłyszących zakupiono pętlę indukcyjną. Miejski Konserwator Zabytków wydał negatywną opinię na temat możliwości dobudowania windy zewnętrznej do budynku, w którym mieści się siedziba PSSE. Dodatkowo, PSSE nie dysponuje oddzielnym pomieszczeniem przeznaczonym do obsługi osób ze szczególnymi potrzebami. Aby ułatwić kontakt, przed wejściem do budynku zainstalowano dzwonek, który umożliwia przywołanie Koordynatora do spraw dostępności. Na stronie internetowej PSSE w Gnieźnie udostępniono również film w języku migowym, zawierający podstawowe informacje o PSSE.

Na podstawie ustaleń z kontroli ocenia się działalność PSSE w Gnieźnie w kontrolowanym zakresie:**

1. Pozytywnie
2. Pozytywnie z uchybieniami
3. Pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości
4. Negatywnie

V.7.4.2. Stwierdzone nieprawidłowości:

Nie stwierdzono nieprawidłowości.

V.7.4.3. Zalecenia dotyczące usunięcia nieprawidłowości lub wnioski dotyczące usprawnienia funkcjonowania PSSE:

Nie dotyczy.

V.7.4.4. Ocena wskazująca na niezasadność zajmowania stanowiska lub pełnienia funkcji przez osobę odpowiedzialną za stwierdzone nieprawidłowości:

Nie dotyczy.

Informacje w ww. zakresie zostaną przesłane do PPIS w Gnieźnie oddzielnym pismem. Ma to związek z treścią informacji mogących wpływać na obronę cywilną i sprawy obronne jednostki.

V.9. Komórka organizacyjna WSSE w Poznaniu:

Oddział Ekonomiczny

V.9.1. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/osób* kontrolującej:

- Starszy Specjalista ds. Płac i Ubezpieczeń Społecznych Oddziału Ekonomicznego

V.9.2. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/osób* biorącej udział w kontroli ze strony PSSE w Gnieźnie:

- Stanowisko Pracy Głównego Księgowego.

V.9.3. Zakres kontroli:

Sprawdzenie pod względem prawnym i merytorycznym działalności Stanowiska Pracy Głównego Księgowego PSSE w Gnieźnie.

V.9.4. Wyniki i ustalenia z kontroli:

V.9.4.1. Ocena skontrolowanej działalności ze wskazaniem ustaleń, na których została oparta:

1. Decyzje o zmniejszeniu i zwiększeniu planu wydatków na 2024 r.

W kontrolowanym okresie PSSE w Gnieźnie wystawiła 11 decyzji dokonujących zmiany planu wydatków. PSSE w Gnieźnie jest jednostką budżetową trzeciego stopnia i jak każda jednostka budżetowa pracuje w Informatycznym Systemie Obsługi Budżetu Państwa (TREZOR). Każda zmiana harmonogramu wydatków oraz bieżących potrzeb na środki finansowe jest przekazywana do dysponenta nadrzędnego tj. Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu. Zmiany w obrębie miesiąca, muszą być zgłaszane przez jednostkę w systemie TREZOR odrębnym wnioskiem na 2 dni robocze przed dokonaniem tejże zmiany. PSSE wywiązywała się z tego obowiązku.

Decyzje nr 1-11/2024 zostały wprowadzone do systemu TREZOR w terminie, tj. do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego. W tym zakresie nie stwierdzono uchybień.

2. Badania dokumentacji źródłowych, operacji gospodarczych wykonanych w 2024 r.

Skontrolowano dowody księgowe dotyczące dochodów budżetowych zarejestrowane w księdze głównej w czerwcu i w grudniu 2024 r., jak również wydruki z programu Probit wersja 18.61.77452.

Wykonanie dochodów budżetowych na 30.06.2024 r. i 31.12.2024 r. jest zgodne ze stanami wykazywanymi w sprawozdaniach RB-27 za ten okres i wynosi 117,66% planu. Dochody wyegzekwowane w kontrolowanych miesiącach 2024 r. zostały przekazane na

konto Ministerstwa Finansów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 15 stycznia 2014 r. w sprawie szczegółowego sposobu wykonywania budżetu państwa (Dz. U. z 2021 r. poz. 259 ze zm.). Odprowadzono je w terminie.

W zakresie dochodów budżetowych sprawdzono wyciągi bankowe oraz wystawione upomnienia i tytuły wykonawcze. W 2024 r. wystawiono 61 upomnień na kwotę 3 590,67 zł oraz 2 tytuły wykonawcze na kwotę 206,89 zł. Dokumenty windykacyjne zostały wystawione w terminie. W kontrolowanej dokumentacji za czerwiec i grudzień 2024 r. dotyczącej dochodów budżetowych nie stwierdzono uchybień.

Wykonanie wydatków budżetowych na 31.12.2024 r. wynosiło 10 691 247,00 zł i jest zgodne z danymi ujętymi w sprawozdaniu RB-28 na 31.12.2024 r. oraz z zestawieniem obrotów i sald.

3. Sprawdzenie ksiąg rachunkowych.

Dokumenty księgowe w PSSE w Gnieźnie zaewidencjonowane są w systemie Finansowo Księgowym Probit wersja 18.61.77452.

Udostępniono do wglądu faktury zakupu w PSSE w Gnieźnie oraz wyciągi bankowe dokumentujące wydatki z czerwca i grudnia 2024 r. Dokumenty zostały sprawdzone pod względem merytorycznym i formalnym (zweryfikowano terminy zapłat faktur zakupowych). Sprawdzone prawidłowość przypisanych dekretów ww. dokumentów oraz klasyfikację kosztów wynikających z przepisów rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 17 stycznia 2022 r. w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 513 ze zm.).

W kontrolowanej dokumentacji za czerwiec i grudzień 2024 r. dotyczącej wydatków budżetowych tj. w wyciągach bankowych, fakturach, księgowaniach i dekretacjach stwierdzono nieprawidłową klasyfikację budżetową dotyczącą zakupu klimatyzatorów i ich montażu. Fakturę nr 572/2024/2024 z 23.12.2024 r. na kwotę 9 960,00 zł sklasyfikowano tylko w § 4210 – zakup materiałów i wyposażenia. Wydatki związane z ww. zakupem winny być sklasyfikowane również w § 4300 – zakup usług pozostałych (usługa montażu) (AK-EA-E-1). Fakturę nr R24/047655 z 19.06.2024 r. na kwotę 341,59 zł sklasyfikowano tylko w § 4260, a winna być sklasyfikowana w §4260 – zakup energii w wysokości – 122,40 zł. i w § 4300 – zakup usług pozostałych w wysokości – 219,19 zł.

4. Badanie sprawozdawczości budżetowej.

Zweryfikowano sprawozdania miesięczne, kwartalne i roczne sporządzone w 2024 r. Sprawozdania budżetowe przekazywane są terminowo. Nie stwierdzono uchybień w tym zakresie.

Dyrektor PSSE w Gnieźnie nie zmienił Zarządzeń nr 8/2022 i nr 9/2022 z 25.05.2022 r. w sprawie zasad ustalania wysokości opłat za badania i pomiary oraz inne czynności wykonywane w ramach działalności podstawowej Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej. Zarządzenia zostały zaktualizowane w związku z ustawową podwyżką wynagrodzeń zarządzeniem nr 6/2025 i zarządzeniem nr 7/2025 z dnia 3 czerwca 2025 r.

5. Terminowość wpłat na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych. Zestawienie Deklaracji ZUS DRA z przelewami w 2024 r.

Kontrola dotycząca terminowości wpłat na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych w PSSE w Gnieźnie objęła wszystkie miesiące 2024 r. PSSE w Gnieźnie rozlicza składki na ubezpieczenie społeczne za więcej niż 5 osób, w związku z tym jest zobowiązana przekazywać dokumenty ubezpieczeniowe tylko elektronicznie w programie „Płatnik”.

PSSE w Gnieźnie przesyła zbiorczą deklarację rozliczeniową ZUS DRA oraz imienne raporty miesięczne: ZUS RCA, ZUS RSA, ZUS RPA oraz opłaca składki za dany miesiąc do 5 dnia następnego miesiąca (termin dotyczy jednostek budżetowych i samorządowych zakładów budżetowych). Na podstawie przedstawionej dokumentacji stwierdzono, iż PSSE w Gnieźnie przekazuje terminowo zobowiązania do ZUS.

Zgodnie z art. 61 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2025 r. poz. 501 ze zm.), jednostka jest podmiotem uprawnionym do wypłaty zasiłków i świadczeń (ponieważ zatrudnia powyżej 53 pracowników). Na podstawie art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 350) PSSE ma prawo do wynagrodzenia za wykonywanie zadań związanych z ustalaniem prawa do świadczeń i ich wysokości oraz wypłatą świadczeń z ubezpieczenia chorobowego.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 14 grudnia 1998 r. w sprawie wysokości i trybu wypłaty wynagrodzenia płatnikom składek z tytułu wykonywania zadań z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. Nr 153, poz. 1005) przysługujące wynagrodzenie wynosi 0,1% kwoty prawidłowo wypłaconych świadczeń. Ustalona w ten sposób kwota wynagrodzenia podlega potrąceniu z należnych do zapłaty składek na ubezpieczenia społeczne. PSSE w Gnieźnie jako płatnik

składek w 2024 r. dokonała poboru 0,1% kwoty wypłaconych świadczeń oraz przekazała te dochody w wysokości 240,02 zł na rachunek dochodów budżetu państwa.

Na podstawie ustaleń z kontroli ocenia się działalność PSSE w Gnieźnie w kontrolowanym zakresie:**

1. Pozytywnie
2. Pozytywnie z uchybieniami
3. Pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości
4. Negatywnie

V.9.4.2. Stwierdzone nieprawidłowości:

1. Błędna klasyfikacja faktur nr 572/2024 z 23.12.2024 r. (AK-EA-E-1) oraz R24/047655 z 19.06 2024 r. (AK-EA-E-2).

V.9.4.3. Zalecenia dotyczące usunięcia nieprawidłowości lub wnioski dotyczące usprawnienia funkcjonowania PSSE:

1. Przestrzegać klasyfikacji budżetowej w sposób, który umożliwia uporządkowanie wszystkich operacji finansowych jednostek sektora finansów publicznych.

Termin realizacji zalecenia: od zaraz.

V.9.4.4. Ocena wskazująca na niezasadność zajmowania stanowiska lub pełnienia funkcji przez osobę odpowiedzialną za stwierdzone nieprawidłowości:

Brak wskazań.

V.10. Komórka organizacyjna WSSE w Poznaniu:

Oddział Kadr

V.10.1. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/osób* kontrolujących:

- Kierownik Oddziału Kadr
- szary inspektor ds. pracowniczych Oddziału Kadr

V.10.2. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/osób* biorącej udział w kontroli ze strony PSSE w Gnieźnie:

- Starszy specjalista do Spraw Kadr i Szkoleń – Stanowisko Pracy do Spraw Kadr i Szkoleń

V.10.3. Zakres kontroli:

Sprawdzenie pod względem prawnym i merytorycznym działalności Stanowiska Pracy do Spraw Kadr i Szkoleń PSSE w Gnieźnie.

V.10.4. Wyniki i ustalenia z kontroli:

V.10.4.1. Ocena skontrolowanej działalności ze wskazaniem ustaleń, na których została oparta:

1. Wewnętrzne akty prawne:

- **Regulamin pracy** – zarządzenie nr 5/2014 Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej PSSE w Gnieźnie z dnia 25 marca 2014 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Pracy oraz zarządzenie nr 9/2015 Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej PSSE w Gnieźnie z dnia 29 grudnia 2015 r. i zarządzenie nr 1/2019 Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej PSSE w Gnieźnie z dnia 16.01.2019 r. w sprawie wprowadzenia zmian w Regulaminie Pracy:
 - nie wprowadzono zmiany zapisu w § 11, odnoszącej się do tego, że wypłacenie pracownikowi wynagrodzenia za pracę na konto bankowe nie wymaga jego zgody,
 - brak informacji o czasie pracy osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności,
 - brak ogólnej informacji, że czas pracy osób niepełnosprawnych nie może przekraczać 7 godzin 35 minut dziennie i 37 godzin 55 minut tygodniowo,
 - brak informacji o zakazie zatrudniania osób niepełnosprawnych w godzinach nadliczbowych i w porze nocnej,
 - brak informacji o zakazie zatrudniania kobiet w ciąży w godzinach nadliczbowych, w porze nocnej oraz delegowania bez ich zgody, poza stałe miejsce pracy,

- brak informacji o zakazie zatrudniania w godzinach nadliczbowych, w porze nocnej lub delegowania poza stałe miejsce pracy bez zgody osób wychowujących dzieci do lat 8;
- **Kodeks etyki** – zarządzenie nr 4/2017 Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gnieźnie z dnia 14.02.2017 r. w sprawie wprowadzenia Zawodowych wartości etycznych – Kodeksu etyki w PSSE w Gnieźnie – bez uwag;
- zarządzenie nr 20/2022 Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 29.12.2022 r. w sprawie Kodeksu Etyki Pracownika Państwowej Inspekcji Sanitarnej – pracownicy PSSE w Gnieźnie zostali zapoznani z treścią zarządzenia – bez uwag;
- **Regulamin premiowania** – zarządzenie nr 10/2022 Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gnieźnie z dnia 23.09.2022 r. w sprawie ustalenia i wprowadzenia Regulaminu premiowania Pracowników Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gnieźnie – bez uwag;
- **Regulamin ZFŚS** – zarządzenie nr 2/2013 Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gnieźnie z dnia 01 lutego 2013 r. w sprawie ustalenia i wprowadzenia Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gnieźnie wraz z zarządzeniem nr 17/2022 Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gnieźnie z dnia 28.12.2022 r. w sprawie wprowadzenia zmian w Regulaminie Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gnieźnie – bez uwag;
- **Przeciwdziałanie mobbingowi** – zarządzenie nr 6/2018 Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gnieźnie z dnia 20 kwietnia 2018 r. w sprawie wewnętrznej polityki antymobbingowej – bez uwag;
- **Przeciwdziałanie korupcji** – zarządzenie nr 14/2019 Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gnieźnie z dnia 09.10.2019 r. w sprawie wdrożenia Procedury Antykorupcyjnej w PSSE w Gnieźnie – bez uwag.

2. Dokumentacja pracownicza:

- **akta osobowe pracowników** – kontroli poddano prawidłowość prowadzenia akt osobowych pracownika nowozatrudnionego, pracownika zatrudnionego w niepełnym wymiarze etatu oraz pracownika, z którym został rozwiązany stosunek pracy – dokumentacja prowadzona jest zgodnie z rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy

i Polityki Społecznej z dnia 10 grudnia 2018 r. w sprawie dokumentacji pracowniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 535 ze zm.) – bez uwag;

- **ewidencja czasu pracy** – ewidencja czasu pracy prowadzona jest papierowo i w programie kadrowo-płacowym PROBIT – bez uwag;
- **praca zdalna** – w PSSE w Gnieźnie obowiązuje „Porozumienie pracodawcy i zakładowej organizacji związkowej o zasadach wykonywania pracy zdalnej” zawarte w dniu 7.06.2023 r. – bez uwag;
- **nadgodziny, praca w święta i niedziele** – praca w godzinach nadliczbowych wykonywana jest na podstawie polecenia pracy w nadgodzinach, rekompensowanie tej pracy odbywa się zgodnie z art. 151, 151¹⁻³ Kodeksu pracy – bez uwag;
- **urlopy** – przeprowadzono kontrolę wykorzystania zaległych urlopów – bez uwag;
- **wynagrodzenie za pracę, premie i dodatki do wynagrodzenia** – kontroli poddano porozumienie w sprawie sposobu i zasad podwyższania wynagrodzenia zasadniczego pracownikom PSSE w Gnieźnie wykonującym zawód medyczny oraz innym pracownikom, których praca pozostaje w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych – porozumienie przygotowano i wprowadzono prawidłowo;
- **kierowanie pracowników na badania profilaktyczne** – przeprowadzono kontrolę prawidłowości i terminowości kierowania pracowników na badania profilaktyczne wstępne, okresowe i kontrolne. Kierowanie pracowników na badania profilaktyczne odbywa się terminowo – bez uwag;
- **zgody na dodatkową działalność zarobkową** – bez uwag;
- **umowy cywilno-prawne** – bez uwag.

Na podstawie ustaleń z kontroli ocenia się działalność PSSE w Gnieźnie w kontrolowanym zakresie**:

1. Pozytywnie
2. Pozytywnie z uchybieniami
3. Pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości
4. Negatywnie

V.10.4.2. Zakres, przyczyny i skutki stwierdzonych nieprawidłowości:

1. W Regulaminie pracy Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gnieźnie stwierdzono nieprawidłowości:

- w § 11 Regulaminu Pracy Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gnieźnie widnieje zapis niezgodny z art. 86 § 3 Kodeksu pracy, według którego „wypłata wynagrodzenia jest dokonywana na wskazany przez pracownika rachunek płatniczy, chyba że pracownik złożył w postaci papierowej lub elektronicznej wniosek o wypłatę wynagrodzenia do rąk własnych”,
- nie podano ogólnej informacji, że czas pracy osób niepełnosprawnych nie może przekraczać 7 godzin 35 minut dziennie i 37 godzin 55 minut tygodniowo,
- nie podano informacji o normie dobowej i tygodniowej czasu pracy osoby posiadającej znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności,
- nie uwzględniono zapisu o zakazie zatrudniania osób niepełnosprawnych w godzinach nadliczbowych i w porze nocnej,
- nie uwzględniono zapisu o zakazie zatrudniania kobiet w ciąży w godzinach nadliczbowych, w porze nocnej oraz delegowania, bez ich zgody, poza stałe miejsce pracy,
- nie uwzględniono zapisu o zakazie zatrudniania w godzinach nadliczbowych, w porze nocnej lub delegowania poza stałe miejsce pracy bez zgody, osób wychowujących dzieci do lat 8.

V.10.4.3. Zalecenia dotyczące usunięcia nieprawidłowości lub wnioski dotyczące usprawnienia funkcjonowania PSSE:

1. W Regulaminie pracy Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gnieźnie należy:
 - w § 11 wprowadzić zapis zgodny z art. 86 § 3 Kodeksu pracy, zgodnie z którym wypłata wynagrodzenia jest dokonywana na wskazany przez pracownika rachunek płatniczy, chyba że pracownik złożył w postaci papierowej lub elektronicznej wniosek o wypłatę wynagrodzenia do rąk własnych,
 - uwzględnić informację, że czas pracy osób niepełnosprawnych nie może przekraczać 7 godzin 35 minut dziennie i 37 godzin 55 minut tygodniowo,
 - wprowadzić zapis o normie dobowej i tygodniowej czasu pracy osoby posiadającej znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności,
 - dodać zapis o zakazie zatrudniania osób niepełnosprawnych w godzinach nadliczbowych i w porze nocnej,

- uwzględnić zapis o zakazie zatrudniania kobiet w ciąży w godzinach nadliczbowych, w porze nocnej oraz delegowania, bez ich zgody, poza stałe miejsce pracy,
- dodać zapis o zakazie zatrudniania w godzinach nadliczbowych, w porze nocnej lub delegowania poza stałe miejsce pracy bez zgody, osób wychowujących dzieci do lat 8.

Termin realizacji zalecenia: od zaraz.

V.10.4.4. Ocena wskazująca na niezasadność zajmowania stanowiska lub pełnienia funkcji przez osobę odpowiedzialną za stwierdzone nieprawidłowości:

Brak wskazań.

V.11. Komórka organizacyjna WSSE w Poznaniu:

Stanowisko Pracy Inspektora Ochrony Danych

V.11.1. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/osób* kontrolującej:

- Stanowisko Pracy Inspektora Ochrony Danych

V.11.2. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/osób* biorącej udział w kontroli ze strony PSSE w Gnieźnie:

- Stanowisko Pracy Inspektora Ochrony Danych

V.11.3. Zakres kontroli:

Sprawdzenie pod względem merytorycznym i prawnym działalności Stanowiska Pracy Inspektora Ochrony Danych (dalej: IOD lub Inspektor Ochrony Danych) PSSE w Gnieźnie.

V.11.4. Wyniki i ustalenia z kontroli:

V.11.4.1. Ocena skontrolowanej działalności ze wskazaniem ustaleń, na których została oparta:

1. Ocena wdrożenia i funkcjonowania procedur dotyczących przetwarzania danych osobowych.

W PSSE w Gnieźnie wdrożono procedury przetwarzania danych osobowych zgodnie z RODO. Inspektor Ochrony Danych prowadzi:

- ewidencję naruszeń ochrony danych osobowych (zatytułowaną „Rejestr naruszeń ochrony danych osobowych oraz incydentów bezpieczeństwa danych”) – w okresie objętym kontrolą w rejestrze nie dokonano żadnych wpisów (co oznacza, że Inspektor Ochrony Danych nie stwierdził żadnych naruszeń),
- ewidencję upoważnień do przetwarzania danych osobowych w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej (rejestr upoważnień),
- rejestr czynności przetwarzania.

W odniesieniu do rejestru osób przeszkolonych z ochrony danych osobowych zweryfikowano pod względem formalnym listy obecności na szkoleniach przeprowadzonych przez Inspektora Ochrony Danych – są one wypełniane prawidłowo

Pracownicy PSSE w Gnieźnie mający dostęp do danych osobowych i je przetwarzający posiadają stosowne upoważnienie. Z adnotacji służbowej wynika, że przed przystąpieniem do przetwarzania danych osobowych, każdy pracownik zostaje przeszkolony z ich przetwarzania. Ze wskazanego przez IOD schematu wynika, że na szkoleniu przekazywane są pracownikowi wszystkie niezbędne informacje. Jednocześnie przynajmniej

raz do roku przeprowadzone zostaje szkolenie dla wszystkich pracowników celem przypomnienia zasad dotyczących przetwarzania danych osobowych.

W postępowaniach prowadzonych przez PSSE podmioty, których dane osobowe są przetwarzane są o tym informowane podczas pierwszej czynności. W analizowanych sprawach klauzule informacyjne zostały przekazane w odpowiednim terminie. W protokołach z kontroli znajdowały się informacje, że przekazano informacje odpowiadające informacji o przetwarzaniu danych osobowych zgodnie z RODO.

2. Analiza wzorów formularzy RODO.

W PSSE stosowane są wzory klauzul informacyjnych – wszystkie zostały przeanalizowane. Zawierają informacje wskazane w art. 13 ust. 1 i 2. Nie sporządzono wzorów klauzul przesyłanych na podstawie art. 14 RODO. W klauzulach niejednolicie określano administratora danych osobowych – w części wskazując, iż jest nim Dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej, w części wskazano Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną. Oznaczenie administratora jest sprawą sporną, wobec czego nie należy traktować tego jako nieprawidłowości – jednostka powinna jednak wprowadzić ujednolicenie w tym zakresie.

Należy rozróżnić sytuację, w której osoba kierująca Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną występuje jako organ (Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny), co ma miejsce co do zasady w ramach postępowań administracyjnych, od sytuacji gdy występuje jako Dyrektor jednostki – w ramach stosunków łączących PSSE z innymi podmiotami (np. w zakresie stosunku zatrudnienia z pracownikami jednostki).

W przypadku klauzul przekazywanych w ramach postępowania rekrutacyjnego prawidłowo przekazywano, że administratorem danych jest Dyrektor PSSE. Nieprawidłowym jednak działaniem było wskazanie jako administratora danych „Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej” również w części klauzul przekazywanych w ramach postępowań administracyjnych. Uchybienie takie ma miejsce chociażby w klauzulach przekazywanych w ramach postępowania o wyrażenie zgody na ekshumację zwłok, w których jako administratora danych należało wskazać organ (z uwagi na niejedolitą praktykę, oznaczenie PSSE jako administratora nie zostanie zakwalifikowane jako uchybienie).

Precyzyjnie określono podstawę prawną przetwarzania danych osobowych w klauzulach przekazywanych podczas kontroli. Wyodrębniono wyraźnie część określającą

podstawę prawną przetwarzania oraz odniesiono podstawę do zapisów RODO, jednak nie wskazano numeru publikatora.

3. Nadzór nad stosowaniem RODO.

W PSSE w Gnieźnie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych. Przedstawiono wydruk zawierający zawiadomienie Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych o wyznaczeniu nowego inspektora ochrony.

W ramach nadzoru nad stosowaniem przepisów RODO, Inspektor Ochrony Danych prowadzi odpowiednie rejestry (co zostało omówione w pkt 1).

4. Nadzór nad przestrzeganiem ochrony danych osobowych i stosowaniem zasad k.p.a. w przypadkach skarg.

Nie stwierdzono naruszenia przepisów RODO ani zasad k.p.a.

5. Weryfikacja regulaminu pracy zdalnej w kontekście RODO.

Regulamin pracy zdalnej zawiera zobowiązanie do przestrzegania przez pracownika obowiązujących procedur związanych z ochroną danych osobowych. Do regulaminu przygotowano załącznik zawierający oświadczenie, że pracownik zapoznał się z regulaminem ochrony danych osobowych. Zgodnie z oświadczeniem IOD nikt w kontrolowanej jednostce nie świadczy pracy zdalnej.

Na podstawie ustaleń z kontroli ocenia się działalność PSSE w Gnieźnie w kontrolowanym zakresie:**

1. Pozytywnie
2. Pozytywnie z uchybieniami
3. Pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości
4. Negatywnie

V.11.4.2. Stwierdzone nieprawidłowości:

Nie stwierdzono nieprawidłowości.

V.11.4.3. Zalecenia dotyczące usunięcia nieprawidłowości lub wnioski dotyczące usprawnienia funkcjonowania PSSE:

Nie dotyczy.

V.11.4.4. Ocena wskazująca na niezasadność zajmowania stanowiska lub pełnienia funkcji przez osobę odpowiedzialną za stwierdzone nieprawidłowości:

Nie dotyczy.

V.12. Komórka organizacyjna WSSE w Poznaniu:

Oddział Organizacji

V.12.1. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/osób* kontrolującej:

- Młodszy asystent Oddziału Organizacji

V.12.2. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/osób* biorących udział w kontroli ze strony PSSE w Gnieźnie:

- Główny Specjalista do Spraw Systemu Jakości/ Stanowisko Pracy do Spraw Organizacji i Statystyki
- Starszy specjalista do Spraw Kadr i Szkoleń – Stanowisko Pracy do Spraw Kadr i Szkoleń

V.12.3. Zakres kontroli:

Sprawdzenie pod względem merytorycznym i prawnym działalności PSSE w Gnieźnie w zakresie zagadnień organizacyjnych.

V.12.4. Wyniki i ustalenia z kontroli:**V.12.4.1. Ocena skontrolowanej działalności ze wskazaniem ustaleń, na których została oparta:****1. Regulamin PSSE/ statut/ księga rejestrowa.**

Zatwierdzony przez Wojewodę Wielkopolskiego Regulamin organizacyjny PSSE w Gnieźnie został wprowadzony zarządzeniem nr 8/23 Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gnieźnie z dnia 28 czerwca 2023 r.

Statut Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gnieźnie nadany został zarządzeniem nr 255/20 Wojewody Wielkopolskiego z dnia 18 czerwca 2020 r. w sprawie nadania statutu Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gnieźnie, a następnie zmieniony zarządzeniem nr 334/23 Wojewody Wielkopolskiego z dnia 12 lipca 2023 r.

Regulamin oraz statut umieszczone są na stronie internetowej PSSE. Jednostka jest wpisana do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, a dane w nim zawarte są aktualne.

2. Realizacja Planu zasadniczych zadań.

Realizacja Planu zasadniczych zadań prowadzona jest dwutorowo – papierowo w komórkach organizacyjnych oraz elektronicznie przez pracownika na Stanowisku Pracy do Spraw Organizacji i Statystyki (SO), w zakresie całej PSSE. Kierownicy komórek organizacyjnych przekazują do SO informacje o realizacji kontroli obiektów raz na miesiąc,

a w odniesieniu do pozostałych zadań raz na kwartał. Zadania priorytetowe są oddzielone od statutowych.

3. Prowadzenie „Jednolitego wykazu nadzorowanych jednostek organizacyjnych w powiecie”.

Jednolity wykaz nadzorowanych jednostek organizacyjnych, podobnie jak realizacja Planu zasadniczych zadań prowadzony jest dwutorowo. Do zadań SO należy prowadzenie centralnego wykazu i jego aktualizowanie raz na kwartał (wykaz ten obejmuje wszystkie nadzorowane przez PSSE jednostki). W komórkach Oddziału Nadzoru prowadzone są natomiast wykazy wewnętrzne. Pracownicy na bieżąco aktualizują w nich informacje na temat nadzorowanych przez daną komórkę obiektów, jak również raz na kwartał przekazują zmiany do uwzględnienia w centralnym wykazie SO. Zarówno SO jak i komórki Oddziału Nadzoru prowadzą wykazy elektronicznie.

Informacje o nowych zakładach lub tych, które podlegają wykreśleniu pozyskiwane są bezpośrednio z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG), Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), Internetu, wizji lokalnych oraz ze zgłoszeń przekazywanych przez przedsiębiorców.

Dwa razy w roku (w systemie półrocznym) PSSE przekazuje do WSSE w Poznaniu zestawienie zbiorcze dotyczące jednostek organizacyjnych będących pod nadzorem Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gnieźnie sporządzone na podstawie „Jednolitego wykazu nadzorowanych jednostek organizacyjnych w powiecie gnieźnieńskim”.

4. Prowadzenie Centralnego rejestru skarg i wniosków.

PSSE w Gnieźnie prowadzi Centralny rejestr skarg i wniosków na każdy rok. W okresie objętym kontrolą do jednostki nie wpłynęła żadna skarga, podlegająca rozpatrzeniu przez Dyrektora PSSE.

Skargi skierowane na działalność PPIS w Gnieźnie, które wpłynęły do PSSE – były prawidłowo rejestrowane w Centralnym rejestrze skarg i wniosków z numerem JRWA 1411 „Skargi i wnioski przekazane do załatwienia według właściwości” oraz przekazywane do rozpatrzenia właściwemu podmiotowi. W okresie objętym kontrolą na działalność PPIS w Gnieźnie wpłynęło 6 skarg (w 2023 r. – 1, w 2024 r. – 4, a w 2025 r. do dnia kontroli – 1).

Informacje o terminach przyjmowania skarg i wniosków podane w BIP oraz na tablicy informacyjnej w budynku PSSE (miejsce spełniające wymogi z art. 253 § 4 k.p.a., który

stanowi, że informacja o dniach i godzinach przyjęć powinna być wywieszona w widocznym miejscu w siedzibie danej jednostki organizacyjnej) są zgodne z informacjami zawartymi w Regulaminie organizacyjnym.

Zaleca się umieszczenie informacji o terminach przyjmowania skarg i wniosków w siedzibie PSSE także na stronie internetowej PSSE.

5. Postępowanie z petycjami.

W okresie objętym kontrolą do PSSE w Gnieźnie nie wpłynęła żadna petycja.

6. Szkolenia pracowników PSSE.

Komórki organizacyjne PSSE w Gnieźnie prowadzą odrębnie rejestry obejmujące: szkolenia i narady zewnętrzne oraz szkolenia i narady wewnętrzne. Oceny dokonano na podstawie rejestrów czynności doszkalcących wybranych komórek: Sekcji Higieny Żywności i Żywienia (za 2023 r.), Sekcji Higieny Komunalnej (za 2024 r.) oraz Sekcji Epidemiologii (za 2025 r.).

Zgodnie z procedurą PSZ-08 Szkolenia i narady, pracownicy PSSE składają wniosek o udział w szkoleniu zewnętrznym (załącznik nr 4 do procedury PSZ-08 Szkolenia i narady). Jeżeli wymaga ono zabezpieczenia środków finansowych, wniosek przed zatwierdzeniem przez Dyrektora PSSE opiniuje Główny Księgowy. W przypadku szkoleń zewnętrznych, ich uczestnicy przeprowadzają po skończonym kursie szkolenia kaskadowe wśród pracowników zajmujących się daną tematyką oraz sporządzają z nich sprawozdania (załącznik nr 5 do procedury PSZ-08 Szkolenia i narady). Prowadzą także w sposób ciągły swoje karty osobowe, samodzielnie odnotowując informacje o odbytych szkoleniach i naradach.

Koordinacja szkoleń odbywanych przez pracowników PSSE należy do zadań pracownika na Stanowisku Pracy do Spraw Kadr i Szkoleń. W latach 2023-2024 nie sporządzano zbiorczych sprawozdań kwartalnych z odbytych przez personel PSSE szkoleń. Od 2025 r. są one jednak wykonywane. Komórki organizacyjne PSSE raz na kwartał przekazują pracownikowi na Stanowisku Pracy do Spraw Kadr i Szkoleń sprawozdanie z odbytych narad i szkoleń. Sporządza on na ich podstawie zbiorcze sprawozdanie kwartalne (załącznik nr 11 do procedury PSZ-08 Szkolenia i narady). Jest ono następnie zatwierdzane przez Dyrektora PSSE.

7. Organizacja praktyk dla studentów.

W okresie objętym kontrolą w PSSE w Gnieźnie nie były realizowane praktyki studenckie.

8. Kontrole zewnętrzne w PSSE.

PSSE w Gnieźnie prowadzi książkę kontroli zewnętrznych, a zanonimizowane dokumenty pokontrolne z kontroli zewnętrznych umieszcza w Biuletynie Informacji Publicznej (BIP). W okresie objętym kontrolą w PSSE odbyło się 7 kontroli zewnętrznych:

- Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Poznaniu – 5,
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych – 1,
- Archiwum Państwowe w Poznaniu – 1.

Podczas analizy dokumentów pokontrolnych w BIP oraz wpisów w książce kontroli dostrzeżono uchybienia. W trakcie kontroli PSSE, w BIP nie było zamieszczone wystąpienie pokontrolne z kontroli przeprowadzonej 14.11.2024 r. przez Archiwum Państwowe w Poznaniu. Do czasu opracowania niniejszego dokumentu PSSE dokonała jednak niezbędnej publikacji. Opisana sytuacja stanowi pojedynczy przypadek. Zaleca się regularne monitorowanie informacji publikowanych przez PSSE w BIP.

W książce kontroli brakuje informacji o kontroli doraźnej przeprowadzonej przez WSSE w Poznaniu w lipcu 2024 r. (AK-OAZ-1). Zaleca się zwrócić uwagę na powyższą kwestię podczas przeprowadzanych w PSSE kontroli zewnętrznych.

Zgodnie z art. 55 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz. U. z 2025 r. poz. 428), PSSE zawiadamia Wojewodę Wielkopolskiego o wynikach kontroli zewnętrznych. Oceny dokonano na podstawie pisma Dyrektora PSSE w Gnieźnie (znak: SO.1611.1.2025 z 26.02.2025 r.) do Wojewody Wielkopolskiego. Potwierdza ono wypełnienie obowiązku ustawowego w odniesieniu do kontroli przeprowadzonej 14.11.2024 r. przez Archiwum Państwowe w Poznaniu.

9. Kontakt obywatela z PSSE.

Na stronie internetowej PSSE w Gnieźnie umieszczone są aktualne dane teleadresowe. Podany jest również numer telefonu alarmowego do kontaktu w sytuacjach zagrażających zdrowiu lub życiu, wywołanych złym stanem sanitarnym lub epidemiologicznym. W okresie objętym kontrolą PSSE w Gnieźnie utrzymywała łączność alarmową. Nie stwierdzono nieprawidłowości w tym zakresie.

Na podstawie ustaleń z kontroli ocenia się działalność PSSE w Gnieźnie w kontrolowanym zakresie:**

1. **Pozytywnie**
2. **Pozytywnie z uchybieniami**

3. **Pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości**

4. **Negatywnie**

V.12.4.2. Stwierdzone nieprawidłowości:

Nie stwierdzono nieprawidłowości.

V.12.4.3. Zalecenia dotyczące usunięcia nieprawidłowości lub wnioski dotyczące usprawnienia funkcjonowania PSSE:

Nie dotyczy.

V.12.4.4. Ocena wskazująca na niezasadność zajmowania stanowiska lub pełnienia funkcji przez osobę odpowiedzialną za stwierdzone nieprawidłowości:

Nie dotyczy.

V.13. Komórka organizacyjna WSSE w Poznaniu:

Laboratorium Mikrobiologii i Parazytologii

V.13.1. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/osób* kontrolujących:

- Kierownik Laboratorium Mikrobiologii i Parazytologii
- Kierownik Pracowni Mikrobiologii Laboratorium Mikrobiologii i Parazytologii
- Starszy asystent Pracowni Mikrobiologii Laboratorium Mikrobiologii i Parazytologii

V.13.2. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/osób biorącej udział w kontroli ze strony PSSE w Gnieźnie

- Kierownik Laboratorium Bakteriologicznego

V.13.3. Zakres kontroli:

Sprawdzenie pod względem prawnym i merytorycznym działalności Laboratorium Bakteriologicznego PSSE w Gnieźnie.

V.13.4. Wyniki i ustalenia z kontroli:

V.13.4.1. Ocena skontrolowanej działalności, ze wskazaniem ustaleń, na których została oparta:

1. Zagadnienia ogólnoorganizacyjne (skład osobowy, upoważnienia personelu do wykonywania badań i autoryzacji wyników).

Zgodnie z dokumentem „Wykaz i kompetencje personelu” z 3.02.2025 r. w Laboratorium Bakteriologicznym zatrudnionych jest 5 osób:

- na stanowisku Kierownika Laboratorium pani diagnosta laboratoryjny, specjalista mikrobiologii medycznej,
- 3 diagnostów laboratoryjnych z wieloletnim doświadczeniem w pracy laboratoryjnej,
- 1 rejestratorka medyczna.

Wszyscy zatrudnieni pracownicy posiadają odpowiednie kompetencje i kwalifikacje, zgodnie z ustawą z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 2125 ze zm.) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2024 r. w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne oraz kwalifikacje personelu (Dz. U. z 2024 r. poz. 1188). Realizują program szkoleń zarówno w zakresie systemu zarządzania jak i działalności laboratoryjnej oraz wypełniają obowiązek ciągłego szkolenia diagnostów laboratoryjnych zgodnie z wymaganiami rozporządzenia Ministra

Zdrowia z dnia 7 grudnia 2023 r. w sprawie ustawicznego rozwoju zawodowego diagnosty laboratoryjnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 2684).

Kompetencje personelu są monitorowane, a umiejętności okresowo sprawdzane teoretycznie i praktycznie co potwierdzają zapisy na ZAŁ.-17.02.04 Sprawdzenie umiejętności i monitorowanie kompetencji pracownika wyd. 2 z 10.12.2021. Ostatnie zapisy z czerwca 2025 r.

Diagności laboratoryjni posiadają upoważnienia, m.in. do obsługi wyposażenia, organizmów testowych, weryfikacji i walidacji metod oraz do wykonywania badań akredytowanych i autoryzacji wyników, podpisane przez Kierownika Laboratorium, a w przypadku upoważnienia Kierownika Laboratorium przez Dyrektora PSSE.

W upoważnieniach do wykonywania badań nie są ujęte procedury nieakredytowane. Zaleca się, mimo braku wymagań w stosunku do metod nieobjętych systemem zarządzania nadać upoważnienia do wszystkich metod stosowanych w laboratorium, aby zapewnić spójność w realizacji działalności laboratoryjnej oraz odpowiednią jakość wykonywanych badań. W Karcie stanowiska pracy wyraźnie jest zaznaczone, że pracownik wykonuje badania bakteriologiczne zgodnie z upoważnieniem.

2. Zakres badań.

W Laboratorium Bakteriologicznym funkcjonuje formularz „Wykaz badań wykonywanych w Laboratorium Bakteriologicznym PSSE w Gnieźnie”, który stanowi zadeklarowany zakres działalności laboratoryjnej zgodnie z punktem 5.3 normy PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02. Badania zostały sklasyfikowane według ich statusu w systemie zarządzania:

- 1) Badania objęte zakresem akredytacji Polskiego Centrum Akredytacji (certyfikat akredytacji nr AB 1222) i realizowane zgodnie z wymaganiami normy PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02:
 - Badanie osób zdrowych w kierunku Salmonella/Shigella PB-19.01 (obecność i identyfikacja pałeczek Salmonella i Shigella).
 - Badanie osób chorych w kierunku Salmonella/Shigella PB-19.02 (obecność i identyfikacja pałeczek Salmonella i Shigella).
 - Postępowanie z testami do biologicznej kontroli procesów sterylizacji PB-19.03 (obecność drobnoustroju wskaźnikowego Geobacillus stearothermophilus).

Wszystkie powyższe badania są prowadzone zgodnie z udokumentowanymi procedurami badawczymi, objęte systemem zarządzania oraz podlegają nadzorowi i audytowi w ramach akredytacji PCA.

2) Badania nieobjęte systemem zarządzania zgodnym z PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02, wykonywane w laboratorium poza zakresem akredytacji:

- Posiew moczu (obecność, identyfikacja i ocena lekowrażliwości drobnoustrojów powodujących infekcje układu moczowego).
- Wymaz z górnych dróg oddechowych/ plwocina (obecność, identyfikacja i ocena lekowrażliwości drobnoustrojów powodujących infekcje układu oddechowego).
- Wymaz z ucha (obecność, identyfikacja i ocena lekowrażliwości drobnoustrojów powodujących infekcje ucha).
- Wymaz z oka (obecność, identyfikacja i ocena lekowrażliwości drobnoustrojów powodujących infekcje oka).
- Wymaz ze skóry/ wymaz z rany/ ropa (obecność, identyfikacja i ocena lekowrażliwości drobnoustrojów tlenowych i beztlenowych powodujących zakażenia skóry i rany).
- Wymaz z dróg moczowo-płciowych (obecność, identyfikacja i ocena lekowrażliwości drobnoustrojów powodujących zakażenia dróg moczowo-płciowych).
- Posiew kału (obecność i identyfikacja drobnoustrojów powodujących zakażenie przewodu pokarmowego).
- Kał (obecność antygeny GDH i toksyn A, B Clostridioides difficile).
- Wymaz z odbytu (obecność, identyfikacja i ocena mechanizmów oporności drobnoustrojów produkujących karbapenemazy typu MBL, KPC i OXA-48).
- Wymaz czystościowy (obecność, identyfikacja i ocena mechanizmów oporności drobnoustrojów z powierzchni i sprzętów).

Dla badań nieakredytowanych opracowano standardowe procedury operacyjne (tzw. SOP-y), jednakże nie są one formalnie objęte systemem zarządzania zgodnym z wymaganiami normy PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02.

Zaleca się w przypadku badań nieakredytowanych, przeanalizowanie zakresu działalności pod kątem utrzymania metod z małą liczbą zleceń oraz uporządkowanie i ujednolicenie

zapisów, w tym zmiany standardowych procedur operacyjnych na procedury badawcze, tak by zapewnić spójność zapisów całej działalności laboratoryjnej.

3. Wyposażenie laboratorium i zachowanie spójności pomiarowej

Laboratorium Bakteriologiczne PSSE w Gnieźnie prowadzi „Wykaz wyposażenia WPiB”, w którym ujęte są przyrządy pomiarowe, materiały odniesienia, wzorce odniesienia, sprzęt pomocniczy, naczynia pomiarowe oraz sprzęt komputerowy.

W trakcie kontroli przeanalizowano dokumentację następującego wyposażenia:

- ciepłarki – numer WPiB LB-SP.02.10,
- autoklawu – numer WPiB LB-SP.03.03,
- termometru roboczego – numer WPiB LB-PP.05.36,
- termometru wzorcowego – numer WPiB LB-WZ.01.01.

Wyposażenie podlega okresowemu sprawdzaniu i wzorcowaniu, zgodnie z „Harmonogramem sprawdzania i wzorcowania na rok 2025” zatwierdzonym 9 stycznia 2025 r. przez Kierownika Laboratorium Bakteriologicznego.

Cieplarka LB-SP.02.10 produkcji POL-EKO została przyjęta na stan 13.09.2019 r. – stan techniczny w chwili przyjęcia został oceniony jako prawidłowy. W dniu instalacji przeprowadzono wzorcowanie, potwierdzone wydanym przez producenta świadectwem wzorcowania – zgodność metrologiczna została potwierdzona. Urządzenie posiada założoną „Kartę instalacji wyposażenia” oraz podlega cyklicznemu badaniu rozkładu temperatur wykonywanemu co 2 lata. Ostatnie badanie rozkładu temperatur przeprowadzono 6.03.2024 r. Świadectwo wzorcowania nr: TR/2454703.1/24 z 18.03.2024 r. wydało akredytowane laboratorium wzorcujące. Ciepłarka pracuje w zakresie $30^{\circ}\text{C} \pm 2^{\circ}\text{C}$. Temperatura jest codziennie monitorowana przy pomocy termometru roboczego LB-PP.05.36 umieszczonego wewnątrz urządzenia. Odczyty temperatury są zapisywane na „Karcie monitoringu temperatury”. Ostatni odczyt z 20.06.2025 r. wskazuje temperaturę $30,2^{\circ}\text{C}$ (min. $29,7^{\circ}\text{C}$, max. $30,5^{\circ}\text{C}$), co mieści się w zadeklarowanym zakresie pracy urządzenia.

Autoklaw LB-SP.03.03 firmy Amadar Sp. z o.o. posiada „Kartę instalacji wyposażenia” oraz jest objęty bieżącym nadzorem w ramach „Harmonogramu wzorcowania i sprawdzania wyposażenia”. Ostatnia rewizja zewnętrzna urządzenia została przeprowadzona przez Urząd Dozoru Technicznego 6.12.2024 r., natomiast przegląd techniczny wykonano 4.03.2025 r. Wszystkie czynności serwisowe i nadzorcze są odnotowywane w dokumentacji urządzenia prowadzonej w formie „Karty konserwacji” autoklawu.

Termometr roboczy LB-PP.05.36 posiada założoną „Kartę instalacji wyposażenia”. Został zakupiony i wywzorcowany 17.04.2024 r. przez akredytowane laboratorium wzorcujące, co potwierdza świadectwo wzorcowania nr: T/2493304.4/24. Zgodnie z „Programem sprawdzania wyposażenia” termometr roboczy podlega corocznemu sprawdzaniu wewnętrznemu względem termometru wzorcowego LB-WZ.01.01 (ostatnie sprawdzenie wewnętrzne wykonano 9.09.2024 r.). Potwierdzono jego zgodność z przyjętymi kryteriami. Kolejne sprawdzenie zaplanowano na wrzesień 2025 r. Termometr wzorcowy LB-WZ.01.01 posiada aktualne świadectwo wzorcowania i jest wzorcowany co 5 lat przez zewnętrzne laboratorium wzorcujące, zgodnie z zapisami harmonogramu. Termometr LB-PP.05.36 jest codziennie wykorzystywany do monitorowania temperatury w cieplarni LB-SP.02.10, a odczyty są systematycznie zapisywane w „Karcie monitoringu temperatury”.

W ramach nadzoru nad wyposażeniem pomiarowym, laboratorium prowadzi analizę świadectw wzorcowania, uwzględniając tzw. analizę trendów. Ma ona na celu ocenę stabilności metrologicznej przyrządów w czasie oraz identyfikację potencjalnych odchyłek. Ponadto, zgodnie z zaleceniami dokumentu ILAC G24:2022, laboratorium wyznacza odstępstwa między wzorcowaniami w oparciu o ocenę ryzyka oraz wpływ różnych czynników. Na tej podstawie określana jest częstotliwość wzorcowania dla poszczególnych urządzeń. Sprzęt będący na stanie Laboratorium Bakteriologiczne jest odpowiedni i wystarczający do prowadzonej działalności laboratoryjnej.

4. Prowadzenie dokumentacji systemu zarządzania i działalności laboratoryjnej.

W Laboratorium przyjmowane są próbki dostarczone przez jednostkę zlecającą lub przyniesione przez indywidualnego klienta. Tok postępowania z obiektami do badań diagnostycznych, które stanowią próbki materiału biologicznego: kał, wymaz z odbytu oraz biologiczne wskaźniki kontroli skuteczności procesów sterylizacji (spore), opisuje Procedura systemu zarządzania PO-23.01 „Postępowanie z obiektami do badań” wyd. 4 z 14.10.2019 r.

Laboratorium informuje klienta o sposobie pobrania oraz przechowywania materiału do badań. Instrukcja Użytkowa – IU-23.01.01 „Pobieranie próbek kału do badania bakteriologicznego” oraz Instrukcja Użytkowa – IU-23.01.02 „Instrukcja użycia i transportu testów do kontroli sterylizacji 3M ATTEST”, dostępne są na stronie internetowej PSSE w Gnieźnie oraz umieszczone na tablicy ogłoszeń w poczekalni dla klientów.

W Punkcie Przyjmowania Prób do badań dokonuje się wstępnej oceny przydatności próbki do badania. Po jej pozytywnej ocenie klient wypełnia „Zlecenie na badanie”, które

następnie rejestrowane jest w laboratoryjnym systemie informatycznym Nautilus LAB firmy iDS Integrated Data Solutions Sp. z o. o. Badana próbka poddawana jest analizie bezpośrednio po jej dostarczeniu do pracowni. Dokumentacja laboratoryjna z badań prowadzona jest w Dziennikach analiz oraz na odpowiednich kartach. Dla badań testów biologicznej kontroli procesów sterylizacji wyniki posiewów zapisywane są w Zeszycie stanowiskowym I. Po zakończeniu diagnostyki zostaje wydany wynik, w postaci sprawozdania z badania, które autoryzowane jest przez osoby upoważnione (diagnostów laboratoryjnych). Kopie sprawozdań z badań przechowywane są w wersji elektronicznej w systemie laboratoryjnym Nautilus LAB oraz w systemie elektronicznego zarządzania dokumentacją EZD RP.

Odbiór sprawozdań z badań dla klientów możliwy jest poprzez stronę internetową PSSE w Gnieźnie. Zgodnie z art. 56b ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302 ze zm.) wyniki badań dostępne są także w Systemie P1 – Elektronicznej Platformie Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, a ich odbiór umożliwia internetowe konto pacjenta – IKP.

Wyniki dodatnie badań wykonanych w Laboratorium Bakteriologicznym PSSE w Gnieźnie podlegające obowiązkowemu zgłoszeniu na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2020 r. w sprawie zgłaszania wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1118), przekazywane są na druku ZLB-1 państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu ze względu na miejsce wykonania badania. Zgłoszenia przekazywane są do Sekcji Epidemiologii PSSE w Gnieźnie w formie papierowej w kopercie opatrzonej adresem zwrotnym nadawcy i oznaczeniem „ZLB” oraz poprzez system elektronicznego zarządzania dokumentacją EZD RP.

Utylizacja odpadów medycznych w Laboratorium Bakteriologicznym odbywa się zgodnie z Instrukcją Roboczą IN-20.02.02 „Postępowanie z odpadami” wyd. 2 z 1.03.2010 r.

Odpady wytwarzane przez Laboratorium Bakteriologiczne dzielą się na odpady medyczne i odpady komunalne. Podział odpadów medycznych jest następujący:

- odpady medyczne o kodzie 18 01 03, zwane odpadami zakaźnymi,
- odpady medyczne o kodzie 18 01 06, zwane odpadami specjalnymi,

- odpady medyczne o kodach 18 01 04 i 18 01 07, zwane odpadami pozostałymi, nieposiadające właściwości niebezpiecznych.

Odpady o kodzie 18 01 03 zbierane są do czerwonych worków jednorazowego użycia i umieszczane w wiadrze z napisem „Materiał biologiczny (zakaźny)”. Pojemnik lub worek z odpadami medycznymi w miejscu ich powstawania posiada widoczne oznakowanie, które zawiera: kod odpadów medycznych w nim przechowywanych, nazwę i numer REGON wytwórcy odpadów medycznych, organ rejestrowy, numer księgi rejestrowej wytwórcy odpadów medycznych w Rejestrze Podmiotów Prowadzących Działalność Leczniczą, a także datę, godzinę otwarcia i zamknięcia pojemnika. Wypełnione i zamknięte worki, wynoszone są przez personel laboratorium do wydzielonego pomieszczenia (Pomieszczenie do sterylizacji brudnej oraz na odpady) i umieszczane w chłodziarce w monitorowanych warunkach. Odpady odbierane są co 2 tygodnie przez specjalistyczną firmę zewnętrzną na podstawie „Karty przekazania odpadów”. Szkło laboratoryjne z hodowlami bakteryjnymi po badaniach gromadzone jest w zamykanym pojemniku z napisem „Do autoklawu”. Następnie zostaje ono poddane dekontaminacji w Pomieszczeniu do sterylizacji brudnej oraz na odpady, w przeznaczonym tylko do tego celu autoklawie brudnym. Pozostałości pożywek po sterylizacji traktowane są jako odpady biologiczne zakaźne.

Ponadto PSSE w Gnieźnie przekazuje co roku do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego „Sprawozdanie o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami”. Takie sprawozdanie za 2024 r. zostało złożone poprzez system BDO (Baza Danych o Produktach i Opakowaniach oraz o Gospodarce Odpadami) 4.03.2025 r., z wyszczególnieniem m.in. kodu i rodzaju odpadów oraz ich masy.

Utylizacja odpadów medycznych w Laboratorium Bakteriologicznym odbywa się prawidłowo.

5. Monitorowanie ważności wyników badań.

Laboratorium Bakteriologiczne prowadzi monitorowanie ważności wyników badań zgodnie z przyjętym „Harmonogramem monitorowania ważności wyników” zatwierdzonym przez Kierownika Laboratorium Bakteriologicznego 8.04.2025 r. W harmonogramie określono badany parametr, liczbę powtórzeń, rodzaj i częstotliwość sprawdzania oraz odniesienie (np. materiał odniesienia, firma zewnętrzna).

Sprawdzono zapisy z monitorowania ważności wyników przeprowadzonego w lutym 2025 r. udokumentowane w kartach:

- „Badania próbek podkładanych”, „Badania równoległe”, „Badania powtórne” sporządzonych 20.02.2025 r.,
- „Karta jakościowej kontroli pożywki agarowej” dla podłoża Wilson-Blaira kontrolowanego 2.04.2025 r.,
- „Karta jakościowej kontroli pożywki agarowej” dla podłoży SS i MacConkeya sprawdzanych 16.04.2025 r.,
- „Karta jakościowej kontroli selektywnego podłoża płynnego” (Sodium Selenite Broth) kontrolowanego 20.02.2025 r. i 8.04.2025 r.,
- „Kontrola cech biochemicznych pożywek” sprawdzanych 2.04.2025 r., 15.04.2025 r. i 16.04.2025 r.

Zgodnie z „Harmonogramem monitorowania ważności wyników” laboratorium kontroluje aparat Vitek 2 compact poprzez sprawdzanie prawidłowości identyfikacji drobnoustrojów z częstotliwością nie rzadziej niż raz na 2500 prób badanych lub raz na 4 miesiące. Sprawdzono:

- „Kartę kontroli systemu Vitek 2 Compact” oraz „Laboratoryjny raport kontroli jakości”. Aparat skontrolowano w lutym i marcu 2025 r. organizmami testowymi: *Klebsiella oxytoca*, *Escherichia coli* (luty) oraz *Stenotrophomonas maltophilia* i *Streptococcus pneumoniae* (marzec).

Laboratorium prowadzi również kontrolę czystości mikrobiologicznej powierzchni roboczej oraz powietrza. Wyniki dokumentowane są w odpowiednich kartach. Ponadto w „Ocenie ryzyka dotyczącego częstości kontroli czystości mikrobiologicznej powietrza/ powierzchni roboczej” sporządzonej przez Kierownika Laboratorium Bakteriologicznego 15.04.2025 r., przeanalizowano szereg czynników mogących mieć wpływ na poziom ryzyka. Dla każdego rozpatrywanego czynnika uwzględniono poziom ryzyka mały (1 punkt), średni (2 punkty) lub duży (3 punkty). Suma punktów uzyskana na podstawie analizy wszystkich czynników, pozwoliła przyjąć częstość kontroli mikrobiologicznej raz na kwartał (ocena ryzyka: średnie). Zapisy sporządzane są na bieżąco, czytelnie i nie budzą zastrzeżeń.

Laboratorium Bakteriologiczne bierze udział w sprawdzianach oceniających wiarygodność przeprowadzonych badań na podstawie przyjętego i zatwierdzonego przez Kierownika Laboratorium Bakteriologicznego 11.03.2025 r. „Planu uczestnictwa w badaniach biegłości lub porównaniach międzylaboratoryjnych innych niż badania biegłości” na cykl akredytacji: 5.09.2022 r. – 6.09.2026 r.

Na podstawie „Oceny ryzyka dotyczącego częstości uczestnictwa laboratorium w badaniach biegłości” z 11.03.2025 r., sporządzonego w zakresie wykrywania obecności i identyfikacji pałeczek Salmonella i Shigella oraz obecności drobnoustroju wskaźnikowego Geobacillus stearothermophilus ustalono częstość uczestnictwa w badaniach biegłości minimum raz w cyklu akredytacyjnym. Dla badań w kierunku pałeczek Salmonella, Shigella, według zatwierdzonego 10.03.2025 r. „Planu uczestnictwa w badaniach biegłości lub porównaniach międzylaboratoryjnych innych niż badania biegłości na rok 2025”, zaplanowano uczestnictwo w sprawdzianach organizowanych przez Labquality i Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej (POLMICRO/SSE).

W „Rejestrze udziałów w badaniach międzylaboratoryjnych”, a także dokumencie „Sprawozdanie laboratorium badawczego z uczestnictwa w PT/ILC” FAB-28 z 10.03.2025 r., w okresie objętym kontrolą wykazano udział w sprawdzianie POLMICRO/SSE w kwietniu 2023 i 2024 r., a także w Labquality we wrześniu 2023 i 2024 r. W zakresie obecności drobnoustroju wskaźnikowego Geobacillus stearothermophilus Laboratorium uczestniczyło w badaniach biegłości SILESIALAB organizowanych przez Eurofins Ośrodek Badań i Kontroli Środowiska Sp. z o.o. w maju 2024 r. We wszystkich ww. sprawdzianach uzyskano pozytywne wyniki, potwierdzone odpowiednimi raportami lub sprawozdaniami.

W 2025 r., według prowadzonego „Rejestru udziałów w badaniach biegłości lub porównaniach międzylaboratoryjnych innych niż badania biegłości” laboratorium nie wzięło jeszcze udziału w zaplanowanych na ten rok badaniach.

6. Identyfikacja i monitorowanie ryzyka.

Laboratorium identyfikuje, opisuje i systematycznie monitoruje ryzyko w różnych obszarach działalności laboratoryjnej, m.in.: bezstronności, walidacji metod, postępowania z obiektami do badań, potwierdzania ważności wyników, nadzorowania badań, zachowania spójności pomiarowej, udziału w badaniach biegłości, nieuprawnionego dostępu do dokumentacji medycznej itd. Za proces identyfikacji ryzyka odpowiada kierownik laboratorium, który dokonuje analizy dla poszczególnych procesów i jeśli to konieczne wprowadza działania by wyeliminować lub maksymalnie zminimalizować wystąpienie zdarzeń niepożądanych. Analiza ryzyka odbywa się również w związku z pojawiającymi się spostrzeżeniami z audytów. Ostatnie spostrzeżenie zapisane przez PCA dotyczyło nieprecyzyjnego informowania klienta o zachowaniu poufności informacji wytworzonej w czasie realizowania działalności laboratoryjnej. Laboratorium po przeprowadzonej analizie zaplanowało i zrealizowało działania mające na celu poinformowanie klienta w sposób

wyczerpujący o konieczności przetwarzania danych wrażliwych i zapewnieniu ich poufności.

Na karcie oceny ryzyka potwierdza się podjęcie działań i ocenia ich skuteczność.

Na podstawie ustaleń z kontroli ocenia się działalność PSSE w Gnieźnie w kontrolowanym zakresie:**

1. Pozytywnie
2. Pozytywnie z uchybieniami
3. Pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości
4. Negatywnie

V.13.4.2. Stwierdzone nieprawidłowości:

Nie stwierdzono nieprawidłowości.

V.13.4.3. Zalecenia dotyczące usunięcia nieprawidłowości lub wnioski dotyczące usprawnienia funkcjonowania PSSE:

Nie dotyczy.

V.13.4.4. Ocena wskazująca na niezasadność zajmowania stanowiska lub pełnienia funkcji przez osobę odpowiedzialną za stwierdzone nieprawidłowości:

Nie dotyczy.

Informację o wykonaniu zaleceń lub wykorzystaniu wniosków, a także o podjętych działaniach lub przyczynach ich niepodjęcia proszę przekazać w terminie*** do dwóch tygodni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Zastępca Wielkopolskiego Państwowego

Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego

2.10.2025 r.

/dokument podpisany elektronicznie/

data, podpis WPWIS

* niewłaściwe skreślić

** właściwe podkreślić i uzasadnić

*** termin ustala WPWIS