

Analiza stanu bhp na podstawie kontroli stanowisk pracy:

stan na dzień 31.12.2016r.

Kontrolę przeprowadził:

główny specjalista ds. bhp
w obecności przedstawiciela DPS

- mgr Zbigniew Stromski
- Dorota Lachowicz

Nazwa pracodawcy:

Dom Pomocy Społecznej w Machowinie 53

Pracujących: 80 Mężczyzn: 18 Kobiet: 62 Młodocianych: 0

REGON: 14010293901

PKD: 8720Z

TAK NIE NIE DOTYCZY

Informacje ogólne:

- | | |
|---|-----|
| 1 Czy pracodawca zawiadomił na piśmie PIP o miejscu, rodzaju i zakresie prowadzonej działalności? | TAK |
| 2 Czy zostały wykonane wcześniej wydane decyzje PIP? | TAK |
| 3 Czy zostały wykonane wcześniej wydane decyzje PIS? | TAK |
| 4 Czy zostały wykonane wnioski z wystąpień IP? | TAK |

Stosunek pracy:

- | | |
|---|-------------|
| 1 Czy pracodawca ustalił regulamin pracy? | TAK |
| 2 Czy regulamin pracy został prawidłowo opracowany? | TAK |
| 3 Czy pracodawca udzielił pracownikowi pisemnej informacji o niektórych warunkach zatrudnienia, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia zawarcia umowy o pracę (art. 29 § 3 k. p.)? | TAK |
| 4 Czy pracodawca udostępnił pracownikom tekst przepisów dotyczących równego traktowania w zatrudnieniu? | TAK |
| 5 Czy pracodawca prowadzi akta osobowe pracowników? | TAK |
| 6 Czy akta osobowe pracowników prowadzone są prawidłowo? | TAK |
| 7 Czy pracownikom potwierdzono na piśmie, najpóźniej w dniu rozpoczęcia pracy, rodzaj umowy o pracę i jej warunki? | TAK |
| 8 Czy umowy o pracę sporządzane są prawidłowo (art. 29 Kp.)? | TAK |
| 9 Czy charakter świadczonej pracy jest zgodny z rodzajem umowy (umowa cywilnoprawna zamiast umowy o pracę)? | TAK |
| 10 Czy przestrzegano przepisów dotyczących rozwiązywania umów o pracę za wypowiedzeniem? | TAK |
| 11 Czy przestrzegano przepisów dotyczących rozwiązywania umów o pracę bez wypowiedzenia? | NIE DOTYCZY |
| 12 Czy wydano pracownikom świadectwa pracy? | TAK |
| 13 Czy treść świadectw pracy jest prawidłowa? | TAK |
| 14 Czy pracodawca zawiesił stosowanie postanowień regulaminu pracy zgodnie z przepisami Kodeksu pracy (art. 91 Kp.)? | NIE |
| 15 Czy pracodawca stosuje mniej korzystne warunki zatrudnienia niż wynikające z umów o pracę, zgodnie z przepisami Kodeksu pracy (art. 23 Kp.)? | NIE |

Szkolenia bhp:

- | | |
|--|-----------------|
| 1 Czy pracowników poddano szkoleniom wstępnym? | TAK - 13 |
| 2 Czy pracowników poddano szkoleniom okresowym? | TAK - 6 |
| 3 Czy pracodawca odbył szkolenie dla pracodawców? | TAK |
| 4 Czy pracodawca odbył szkolenie niezbędne do wykonywania zadań służby bezpieczeństwa i higieny pracy? | NIE |

Badania lekarskie:

- | | |
|--|-----------------|
| 1 Czy pracowników poddano wstępnym badaniom lekarskim? | TAK - 13 |
| 2 Czy pracowników poddano okresowym badaniom lekarskim? | TAK - 47 |
| 3 Czy pracowników poddano kontrolnym badaniom lekarskim? | TAK - 10 |

Dodatkowe kwalifikacje:

- | | |
|---|----------------|
| 1 Czy pracownicy posiadają wymagane dodatkowe uprawnienia kwalifikacyjne? | TAK - 8 |
|---|----------------|

Czas pracy:

- | | |
|---|------------|
| 1 Czy jest prowadzona ewidencja czasu pracy? | TAK |
| 2 Czy ewidencja czasu pracy jest prowadzona prawidłowo? | TAK |
| 3 Czy zatrudniano pracowników przeciętnie 5 dni w tygodniu w przyjętym okresie rozliczeniowym (art. 129 § 1 Kp.)? | TAK |
| 4 Czy pracownicy zatrudnieni są w czasie pracy nie przekraczającym dziennego wymiaru ustalonego dla systemu, w którym pracownik jest zatrudniony? | TAK |
| 5 Czy pracownicy zatrudnieni są w czasie pracy nie przekraczającym przeciętnego tygodniowego wymiaru ustalonego dla systemu, w którym pracownik jest zatrudniony? | TAK |
| 6 Czy praca w niedzielę lub w święto rekompensowana jest udzieleniem innego dnia wolnego ? | TAK |
| 7 Czy przestrzegany jest dopuszczalny przeciętny tygodniowy limit godzin nadliczbowych? | TAK |
| 8 Czy przestrzegane są dopuszczalne limity godzin nadliczbowych w roku kalendarzowym? | TAK |

Wynagrodzenia i inne świadczenia:

- | | |
|---|--------------------|
| 1 Czy pracodawca ustalił regulamin wynagradzania? | TAK |
| 2 Czy regulamin wynagradzania został prawidłowo opracowany? | TAK |
| 3 Czy są prowadzone imienne karty wypłacanego wynagrodzenia za pracę i innych świadczeń związanych z pracą? | TAK |
| 4 Czy wypłacono pracownikom wynagrodzenie za pracę? | TAK |
| 5 Czy wynagrodzenie za pracę wypłacano terminowo? | TAK |
| 6 Czy wynagrodzenie za pracę wypłacono w wysokości co najmniej równej minimalnemu wynagrodzeniu? | TAK |
| 7 Czy wypłacono w prawidłowej wysokości wynagrodzenie za pracę w godzinach nadliczbowych? | NIE DOTYCZY |
| 8 Czy wypłacono dodatek za pracę w porze nocnej? | TAK |
| 9 Czy wypłacono wynagrodzenie za urlop wypoczynkowy? | TAK |
| 10 Czy wypłacono wynagrodzenie za urlop wypoczynkowy w należnej wysokości? | TAK |

- | | |
|--|--------------------|
| 11 Czy wypłacono ekwiwalent pieniężny za niewykorzystany urlop wypoczynkowy? | TAK |
| 12 Czy wypłacono ekwiwalent pieniężny za niewykorzystany urlop wypoczynkowy w należnej wysokości? | TAK |
| 13 Czy wypłacono świadczenie urlopowe? | NIE DOTYCZY |
| 14 Czy pracodawca zawiesił stosowanie postanowień regulaminu wynagradzania zgodnie z przepisami Kodeksu pracy (art. 91 Kp.)? | NIE |

Urlopy pracownicze:

- | | |
|--|------------|
| 1 Czy opracowano plan urlopów? | TAK |
| 2 Czy prawidłowo ustalono prawo do urlopu wypoczynkowego w pierwszym roku pracy? | TAK |
| 3 Czy prawidłowo ustalono wymiar urlopu wypoczynkowego w pierwszym roku pracy? | TAK |
| 4 Czy prawidłowo ustalono prawo do kolejnego urlopu wypoczynkowego? | TAK |
| 5 Czy prawidłowo ustalono wymiar kolejnego urlopu wypoczynkowego? | TAK |
| 6 Czy udzielano urlopów w roku kalendarzowym, w którym pracownicy nabyli do nich prawo, nie później niż do końca III kwartału roku następującego po nim? | TAK |

Zakładowy fundusz świadczeń socjalnych:

- | | |
|---|------------|
| 1 Czy pracodawca utworzył zakładowy fundusz świadczeń socjalnych? | TAK |
| 2 Czy odpisy na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych są przekazywane terminowo? | |
| 3 Czy pracodawca ustalił regulamin zakładowego funduszu świadczeń socjalnych? | TAK |

Ocena ryzyka zawodowego:

- | | |
|---|------------|
| 1 Czy pracodawca dokonał udokumentowanej oceny ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy? | TAK |
| 2 Czy pracodawca poinformował pracowników o ryzyku zawodowym, które wiąże się z wykonywaną pracą? | TAK |
| 3 Czy w zakładzie prowadzony jest rejestr wypadków przy pracy? | TAK |

Czynniki szkodliwe, niebezpieczne i uciążliwe :

- | | |
|--|------------|
| 1 Czy pracodawca przeprowadził badania i pomiary czynników szkodliwych? | TAK |
| 2 Czy występujące narażenia mieszczą się w granicach dopuszczalnych norm? | TAK |
| 3 Czy pracodawca przydzielił pracownikom odpowiednie środki ochrony indywidualnej? | TAK |
| 4 Czy pracownicy stosują środki ochrony indywidualnej zgodnie z przeznaczeniem? | TAK |
| 5 Czy stosowane w zakładzie ochrony indywidualne posiadają znak CE i spełniają wymagania zasadnicze? | TAK |
| 6 Czy w zakładzie przestrzegane są przepisy dotyczące odzieży i obuwia roboczego? | TAK |

Obiekty i pomieszczenia pracy:

- 1 Czy obiekty i pomieszczenia pracy spełniają wymagania pod względem wysokości, powierzchni i kubatury w zależności od wykonywanej technologii, rodzaju prac, liczby pracowników i czasu ich przebywania? **TAK**
- 2 Czy użytkowane obiekty i pomieszczenia pracy są we właściwym stanie technicznym? **TAK**
- 3 Czy obiekty i pomieszczenia są przystosowane dla osób niepełnosprawnych? **TAK**

Zaplecze higieniczno sanitarne:

- 1 Czy pracodawca zapewnił pomieszczenia higieniczno – sanitarne zgodnie z przepisami bhp? **TAK**
- 2 Czy pomieszczenia higieniczno – sanitarne są właściwe i dostatecznie wyposażone? **TAK**

Wentylacja, ogrzewanie, oświetlenie:

- 1 Czy w pomieszczeniach zakładu jest zapewniona wymiana powietrza? **TAK**
- 2 Czy w pomieszczeniach pracy zapewniono temperaturę zgodnie z przepisami bhp? **TAK**
- 3 Czy w pomieszczeniach pracy zapewniono oświetlenie dzienne zgodnie z przepisami bhp? **TAK**
- 4 Czy w pomieszczeniach zakładu zapewniono oświetlenie elektryczne zgodnie z przepisami bhp? **TAK**

Stanowiska i procesy pracy:

- 1 Czy opracowano i udostępniono do stałego korzystania instrukcje bhp dotyczące prowadzonych procesów technologicznych? **TAK**
- 2 Czy opracowano w zakładzie wykaz prac szczególnie niebezpiecznych ? **TAK**
- 3 Czy określono podstawowe wymagania bhp przy wykonywaniu prac szczególnie niebezpiecznych ? **TAK**
- 4 Czy zapewniono zgodne z przepisami dojścia do stanowisk pracy? **TAK**
- 5 Czy pracownikowi zatrudnionemu na stanowisku zapewniono wolną powierzchnię i przestrzeń dostosowaną do rodzaju wykonywanych czynności ? **TAK**
- 6 Czy stanowiska pracy są wyposażone zgodnie z przepisami bhp z uwzględnieniem ich specyfiki technicznej i technologicznej? **TAK**
- 7 Czy organizacja i wyposażenie stanowisk pracy uwzględniają potrzeby osób niepełnosprawnych ? **TAK**
- 8 Czy stanowiska wyposażone w monitory ekranowe są zorganizowane i wyposażone zgodnie z wymaganiami przepisów bhp ? **TAK**

Maszyny i urządzenia techniczne:

- 1 Czy użytkowane maszyny i urządzenia mają odpowiednie urządzenia ochronne ? **TAK**
- 2 Czy użytkowane maszyny i urządzenia mają odpowiednie urządzenia sterownicze ? **TAK**
- 3 Czy użytkowane maszyny i urządzenia są w odpowiednim stanie

technicznym ? **TAK**

4 Czy maszyny i urządzenia techniczne posiadają znak CE i spełniają wymagania zasadnicze ? **TAK**

5 Czy elementy bezpieczeństwa w maszynach spełniają wymagania zasadnicze? **TAK**

6 Czy użytkowane maszyny i urządzenia posiadają opracowaną w języku polskim dokumentację techniczno – eksploatacyjną (DTR)? **TAK**

Urządzenia i instalacje energetyczne:

1 Czy instalacje i urządzenia elektryczne mają zapewnioną ochronę przed porażeniem - przed dotykiem bezpośrednim? **TAK**

2 Czy skuteczność ochrony przeciwporażeniowej przed dotykiem bezpośrednim została potwierdzona pomiarami? **TAK**

3 Czy instalacje i urządzenia elektryczne mają zapewnioną ochronę przed porażeniem - przed dotykiem pośrednim? **TAK**

4 Czy skuteczność ochrony przeciwporażeniowej przed dotykiem pośrednim została potwierdzona pomiarami? **TAK**

5 Czy urządzenia i instalacje energetyczne są właściwie eksploatowane? **TAK**

6 Czy sprzęt elektryczny posiada znak CE i spełnia wymagania zasadnicze? **TAK**

7 Czy urządzenia spalające paliwa gazowe posiadają znak CE i spełniają wymagania zasadnicze? **TAK**

Transport:

1 Czy przy ręcznych pracach transportowych przestrzegane są normy przemieszczania ciężarów? **TAK**

2 Czy drogi komunikacyjne są dostosowane do środków transportu wewnętrznego oraz przewożonego ładunku? **TAK**

3 Czy drogi, przejścia komunikacyjne i rampy utrzymywane są we właściwym stanie technicznym? **TAK**

4 Czy środki transportu zakładowego są w odpowiednim stanie technicznym ? **TAK**

Magazynowanie i składowanie:

1 Czy stosowane w zakładzie substancje i preparaty chemiczne są oznakowane w sposób umożliwiający identyfikację i określenie ich właściwości ? **TAK**

2 Czy magazyny i składy są przystosowane do rodzaju składowanych materiałów? **TAK**

3 Czy materiały są właściwie składowane lub / i magazynowane? **TAK**

Nadzór i kontrola stanu bhp:

1 Czy pracodawca zatrudniający powyżej 100 pracowników utworzył służbę bhp? **NIE DOTYCZY**

2 Czy pracodawca zatrudniający do 100 pracowników zapewnił wykonywanie zadań służby bhp zgodnie z przepisami? **TAK**

3 Czy pracodawca konsultuje z pracownikami lub ich przedstawicielami wszystkie działania związane z bezpieczeństwem i higieną pracy? **TAK**

Informacja o wypadkach przy pracy

Wypadkowość w kontrolowanym zakładzie:

Wypadki w pracy w 2016 r. - 1

Wypadki w drodze do/z pracy w 2016 r. - 1

Ponadto w toku kontroli sprawdzono następujące zagadnienia:

1. Podręczny sprzęt gaśniczy - część administracyjna i pomieszczenia mieszkalne zostały wyposażone w odpowiedni pod względem ilości i jakości sprzęt zgodny z PN – sprzęt badany i sprawny – 03.2016r
2. Sieć hydrantowa wewnętrzna – sprzęt badany i sprawny - 12.2016r.
3. Wykonano impregnację konstrukcji dachu Budynku Administracyjnego i Pałacu – 12.2016r
4. Apteczki – wyposażone (zawartość i wkład oraz instrukcja I pomocy)
5. Pomiary elektryczne (rezystancji zerowanie) – wykonane – 11.2015r.
6. Pomiary elektryczne (pomieszczenia mokre) – wykonane – 12.2016r.
7. Pomiary oświetlenia – zgodnie z PN – 11.2016r.
8. Przegląd instalacji wentylacyjnych – 06.2016r.
9. Rejestr preparatów chemicznych – opracowany
10. Regulamin pracy – opracowany
11. Regulamin wynagradzania – opracowany w 2016r.
12. Tabele przydziału ochron indywidualnych odzieży i obuwia roboczego – opracowana
13. Służb bhp – specjalista z zewnątrz
14. Wykaz prac szczególnie niebezpiecznych – prace na wysokości
15. Wykaz prac psychofizycznych – kierowca
16. Wykaz prac uciążliwych dla kobiet – opracowany
17. Badania środowiskowe – przeprowadzono czynniki i pyły- 4.11.2016r.; hałas – 04.11.2016r.
18. Uprawnienia – palacz - piece grzewcze c.o. na węgiel, konserwator -urządzenia elektryczne, kierowca -samochód dostawczy do 3,5t.

stanowisko	Ilość osób	Ilość badań kontrolnych
pracownicy biurowi	9	1
pomoc kuchenna	3	
kucharze	2	1
szef kuchni	1	
magazynier	1	
konserwator	1	1
robotnicy do prac ciężkich	2	1
palacz c.o.	5	
praczki	2	
krawcowa	1	
kierowca	1	
pokojowa	11	1
opiekunowie	30	4
pielęgniarki	6	
instruktor ds. k. o.	1	
instruktor terapii zajęciowej	2	1
technik fizjoterapeuta	2	
razem	80	10

STARSZY REFERENT

mgr Dorota Lachowicz

Program kontroli

Nazwa podmiotu kontrolowanego DOM POMOCY SPOŁECZNEJ

Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe kontrolującego/kontrolujących

Zbigniew Stromski- specjalista ds. bhp

Dorota Lachowicz – starszy referent- przedstawiciel załogi

Nr upoważnienia/upoważnień 7/2016

Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe koordynatora (jeżeli dotyczy)

Nr upoważnienia

Temat kontroli: przegląd stanowisk pracy

Cel kontroli sprawdzenie pomieszczeń pracy, zaplecza higieniczno-sanitarnych, maszyny i urządzenia, czy spełniają wymagania bhp, czy pracodawca wywiązuje się ze swoich obowiązków określonych w KP

Rodzaj kontroli (planowa, doraźna) planowana- problemowa.

Okres objęty kontrolą

Termin przeprowadzenia kontroli: 02.11.2016 r. do 30.11.2016 r.

Zakres przedmiotowy kontroli¹ regulamin pracy, wynagradzania, tabela przydziału odzieży ochronnej itd.

Sporządził:

2.11.16, 
.....
(data i podpis Kontrolera)

Zatwierdził:


DYREKTOR
Domu Pomocy Społecznej
w Machowinie
.....
mgr Ewa Młynarczyk
(data i podpis kierownika jednostki)

¹ Należy wskazać, co będziemy kontrolować, np. faktury, umowy, akta.

Załącznik nr 2
do Regulaminu przeprowadzania
kontroli wewnętrznej

Machowino, dnia 02.11.2016 r.
(miejsce i data)

Upoważnienie nr 7/2016
do przeprowadzenia kontroli wewnętrznej

Na podstawie § 8 „Regulaminu kontroli wewnętrznej” stanowiącego załącznik do Zarządzenia nr 20/2012 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Machowinie z dnia 20.09.2012 r.

upoważniam Pana/Panią ZBIGNIEWA STROMSKIEGO, DOROTĘ LACHOWICZ
(imię i nazwisko kontrolującego)

do przeprowadzenia kontroli: przegląd warunków pracy, stan bezpieczeństwa i higieny pracy obejmującej okres od 01.01.2016 r. do 31.10.2016 r.

której przedmiotem będzie przeprowadzenie przeglądu stanowisk pracy

Termin ważności upoważnienia od 02.11.2016 r. do 30.11.2016 r.

DYREKTOR
Domu Pomocy Społecznej
w Machowinie
[podpis]
mgr Ewa Młynarczyk

.....
(podpis wydającego upoważnienie)