

5. Podstawa prawna przeprowadzenia czynności kontrolnych: art. 6 ust. 5 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o kontroli w administracji rządowej (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 224) w związku z § 1 porozumienia z dnia 28 lipca 2014 roku zawartego pomiędzy Wojewodą Lubuskim a Lubuskim Państwowym Wojewódzkim Inspektorem Sanitarnym w Gorzowie Wlkp. w sprawie powierzenia Lubuskiemu Państwowemu Wojewódzkiemu Inspektorowi Sanitarnemu sprawowania nadzoru nad państwowymi powiatowymi inspektorami sanitarnymi działającymi na terenie województwa lubuskiego w zakresie realizowanych zadań oraz powierzenia zadań dotyczących wyrażania zgody na wykonywanie dodatkowych zajęć zarobkowych przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych i ich zastępców (Dz. Urz. Woj. Lubuskiego z 2014 roku, poz. 1491).

6. Zakres kontroli: kontrola swoim zakresem obejmuje obszary działania PSSE w Nowej Soli, które w WSSE w Gorzowie Wlkp. prowadzone są przez Oddział Organizacji Planowania i Analiz m.in. zagadnienia związane ze sprawozdawczością, statutem oraz regulaminem, poprawnością postępowań prowadzonych w trybie ustawy z dnia 6 września 2001 roku o dostępie do informacji publicznej, a także funkcjonowaniem systemu zarządzania i systemu jakości, w tym kontroli zarządczej. Zakres czasowy kontroli obejmuje działalność PSSE od 1 stycznia 2024 roku do dnia kontroli.

7. Wyniki kontroli: pion nadzorowy*/pion ekonomiczno-administracyjny*/ ~~pion laboratoryjny~~*:

- 1) w obszarze w zakresie prawidłowości sporządzenia statutu i regulaminu organizacyjnego – pozytywnie,
- 2) w zakresie poprawności i terminowości sporządzenia obligatoryjnych sprawozdań statystycznych – pozytywnie,
- 3) w obszarze systemu zarządzania jakością:
 - w zakresie realizacji auditów wewnętrznych – pozytywnie, sformułowano zalecenie,
 - w zakresie działań korygujących – odstąpiono od oceny przedmiotowego zagadnienia, sformułowano zalecenie,
 - w zakresie przeglądów zarządzania – pozytywnie,
 - w zakresie nadzoru nad dokumentacją systemu zarządzania – pozytywnie,
- 4) w zakresie funkcjonowania kontroli zarządczej – pozytywnie,
- 5) w obszarze związanym z analizą ryzyka – pozytywnie,
- 6) w obszarze związanym z analizą ryzyka korupcyjnego – pozytywnie,

7) w obszarze formalno-prawnej poprawności prowadzonych przez PPIS w Nowej Soli postępowań wszczętych na podstawie wniosków w trybie u.d.i.p. – pozytywnie, wydano zalecenia.

7.1. Ocena skontrolowanej działalności, ze wskazaniem ustaleń, na których została oparta: czynności kontrolne w siedzibie PSSE w Nowej Soli realizowane przez upoważnionych pracowników Oddziału Organizacji, Planowania i Analiz WSSE w Gorzowie Wlkp. przeprowadzone były w dniu 11 lipca 2025 roku. Dokumentacja podlegająca kontroli pozyskiwana była również z jednostki kontrolowanej w formie zdalnej – z wykorzystaniem elektronicznej skrzynki podawczej eDoręczenia. Do analizy przyjęto zatem i uznano za obowiązujące dokumenty przedłożone przez kontrolowanego w siedzibie PSSE w Nowej Soli oraz przesłane w korespondencji za pośrednictwem publicznej usługi rejestrowanego doręczenia elektronicznego (PURDE) w dniach: 27.06.2025 r. oraz 11, 14, 15 i 21.07.2025 r.

1) W zakresie prawidłowości sporządzenia statutu i regulaminu organizacyjnego:

Podczas kontroli do analizy przyjęto statut PSSE w Nowej Soli w jego aktualnym brzmieniu (Zarządzenie Wojewody Lubuskiego z dnia 24.07.2023 r. w sprawie nadania statutu Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Nowej Soli, zmienione Zarządzeniem Wojewody Lubuskiego z dnia 18.09.2023 r.) oraz regulamin organizacyjny PSSE w Nowej Soli wprowadzony zarządzeniem Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Nowej Soli nr 9/2023 z dnia 3.10.2023 r. (zatwierdzony przez Wojewodę Lubuskiego w dniu 1.12.2023 r.).

Zgodnie z art. 42 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 450) ustrój podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, a także inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania nieuregulowane w ustawie określa statut.

W statucie określa się:

1) nazwę podmiotu, o którym mowa w ust. 1, odpowiadającą rodzajowi i zakresowi udzielanych świadczeń zdrowotnych;

2) siedzibę podmiotu, o którym mowa w ust. 1;

3) cele i zadania podmiotu, o którym mowa w ust. 1;

4) organy i strukturę organizacyjną podmiotu, o którym mowa w ust. 1, w tym zadania, czas trwania kadencji i okoliczności odwołania członków rady społecznej, o której mowa w art. 48, przed upływem kadencji;

5) formę gospodarki finansowej.

Statut może przewidywać prowadzenie określonej, wyodrębnionej organizacyjnie działalności innej niż działalność lecznicza. Statut nadaje podmiot tworzący.

Na mocy art. 23 ust. 1 ww. ustawy sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika.

Minimalna treść regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą została zaś określona w art. 24 cyt. wyż. ustawy. Zgodnie z ust. 1 tego przepisu w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się w szczególności:

- 1) firmę albo nazwę podmiotu;
- 2) cele i zadania podmiotu;
- 3) strukturę organizacyjną zakładu leczniczego;
- 4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 5) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych - w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, miejscem udzielania świadczeń jest miejsce przebywania osób wykonujących zawód medyczny udzielających tych świadczeń;
- 6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego;
- 7) organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;
- 8) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 9) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 10) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;

11) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024 r. poz. 576) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym;

12) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością;

13) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego.

Na mocy art. 24 ust. 2 cyt. wyż ustawy aktualne informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 4, 9, 11 i 12 oraz 23a ust. 1, podaje się do wiadomości pacjentów przez ich wywieszenie w widoczny sposób w miejscu udzielania świadczeń oraz udostępnienie na stronie internetowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą i w Biuletynie Informacji Publicznej, w przypadku podmiotu obowiązującego do jego prowadzenia.

W trakcie kontroli zweryfikowano treść statutu oraz regulaminu organizacyjnego PSSE w Nowej Soli pod kątem spełniania przez te akty wymogów określonych w przytoczonych wyżej przepisach ustawy o działalności leczniczej.

Analiza treści statutu PSSE w Nowej Soli oraz regulaminu organizacyjnego pozwoliła na stwierdzenie, że akt spełnia wszystkie wymogi określone w cyt. wyż. przepisach ustawy o działalności leczniczej.

Treść aktualnego statutu oraz regulaminu PSSE w Nowej Soli wraz z załącznikami, została opublikowana na BIP, zgodnie z wymogami art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 902).

Kontrolowane zagadnienie ocenić należy pozytywnie.

2) W zakresie poprawności i terminowości sporządzenia obligatoryjnych sprawozdań statystycznych:

Roczne sprawozdanie MZ-45 oraz sprawozdania kwartalne:

- z działalności bieżącej (kontrolnej),
- z działalności kontrolno-represyjnej

sporządzane są co do zasady terminowo. Zestawienia zbiorcze przesyłane są w formie elektronicznej do WSSE. W okresie objętym kontrolą sprawozdania wypełniane były zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie wzorami i instrukcjami wypełniania.

3) W obszarze systemu zarządzania jakością:

Osobą zajmującą Stanowisko Pracy Głównego Specjalisty do Spraw Systemu Jakości jest [REDAKTOWANE] [REDAKTOWANE] w okresie objętym kontrolą, ze względu na długotrwałą nieobecność [REDAKTOWANE] [REDAKTOWANE] zadania przypisane do Stanowiska Pracy Głównego Specjalisty do Spraw Systemu Jakości realizowali pracownicy Sekcji Higieny Pracy - [REDAKTOWANE] – asystent Sekcji Higieny Pracy oraz [REDAKTOWANE] – starszy asystent Sekcji Higieny Pracy.

– w zakresie realizacji auditów wewnętrznych:

Do kontroli przedstawiono Listę auditorów wewnętrznych (Formularz: PO-05-05) uwzględniającą 7 auditorów wewnętrznych:

- 1) [REDAKTOWANE] – Sekcja Epidemiologii,
- 2) [REDAKTOWANE] – Sekcja Epidemiologii,
- 3) [REDAKTOWANE] – Sekcja Higieny Pracy,
- 4) [REDAKTOWANE] – Sekcja Higieny Komunalnej,
- 5) [REDAKTOWANE] – Oddział Nadzoru Sanitarnego,
- 6) [REDAKTOWANE] – Sekcja Higieny Komunalnej,
- 7) [REDAKTOWANE] – Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży.

W toku czynności kontrolnych ustalono, że Harmonogram auditów wewnętrznych na rok 2024 (Formularz: PO-05-01) został sporządzony przez Kierownika ds. Jakości w dniu 22 grudnia 2023 r. i zatwierdzony przez Dyrektora. Zaplanowano przeprowadzenie 6 auditów wewnętrznych następujących elementów systemu zarządzania wg Księgi Jakości:

- IV/ 2024 – HDM – Środki i wyposażenie. Metody i procedury kontroli oraz pobierania próbek.
- V/2024 – Dyrektor – Polityka jakości, przeglądy zarządzania.
- V/2024 - EP – Nadzór nad dokumentacją i zapisami. Załatwianie skarg, reklamacji, interwencji, odwołań. Postępowanie z próbkami do badań i obiektami kontroli. Sprawozdania z kontroli.
- VI/2024 – Adm. Gosp. – Podwykonawstwo. Bezstronność, rzetelność, niezależność. Personel. Szkolenia personelu. Zakupy usług i dostaw. RODO.
- VI/2024 – PZ - Zachowanie poufności, ochrona praw własności klienta. Działania korygujące i zapobiegawcze.
- IX/2024 – Kierownik ds. Systemu Zarządzania – Audyty wewnętrzne.

W 2024 r. wykonano wszystkie audyty wewnętrzne z zaplanowanych do przeprowadzenia. Podczas przeglądu dokumentacji kontrolujący stwierdził niespójny z obowiązującym wzorem formularza sposób oznaczania realizacji auditów wewnętrznych - zamiast zaznaczać checkbox po prawej stronie, wpisywano oznaczenia po stronie lewej, co może prowadzić do niejednoznacznej interpretacji i utrudniać jednoznaczne potwierdzenie wykonania auditów. Zaleca się ujednoczenie sposobu wypełniania formularza w celu zapewnienia spójności dokumentacji.

Harmonogram auditów wewnętrznych na rok 2025 (Formularz: PO-05-01) został sporządzony przez Kierownika ds. Jakości w dniu 17 grudnia 2024 r. i zatwierdzony przez Dyrektora. W bieżącym roku zaplanowano do realizacji 6 auditów wewnętrznych następujących elementów systemu zarządzania wg Księgi Jakości:

- V/2025 – HP – Nadzór nad dokumentacją i zapisami. Terminowość postępowań. Działania korygujące i zapobiegawcze.
- V/2025 – HŻ - Załatwianie skarg, reklamacji, interwencji, odwołania. Metody i procedury kontroli oraz pobierania próbek. Postępowanie z próbkami do badań i obiektami kontroli. Sprawozdania z kontroli.
- VI/2025 - Dyrektor – Polityka jakości, przeglądy zarządzania.
- VI/2025 – HK - Bezstronność, rzetelność, niezależność. Zachowanie poufności, ochrona praw własności klienta. Środki i wyposażenie.
- VIII/2025 – NZ - Podwykonawstwo. Personel. Szkolenia personelu. Zakupy usług i dostaw. RODO.
- IX/2025 - Kierownik ds. Systemu Zarządzania – Audyty wewnętrzne.

Do dnia kontroli zrealizowano 4 audyty wewnętrzne z zaplanowanych do przeprowadzenia. W harmonogramie w analogiczny sposób jak w roku 2024 oznaczano realizację auditów wewnętrznych (niespójnie z obowiązującym wzorem formularza).

Przeanalizowano następującą, losowo wybraną dokumentację auditów wewnętrznych zrealizowanych w 2024 roku:

1. auditowany obszar: Sekcja Administracyjno- Gospodarcza,

- zakres auditu: Podwykonawstwo. Bezstronność, rzetelność, niezależność. Personel. Szkolenia personelu. Zakupy usług i dostaw. RODO.

a) Formularz: PO-05-03- Powołanie zespołu auditorów – zawiadomienie o audicie z dnia 21 czerwca 2024 r.,

- b) Formularz: PO-05-04 – Oświadczenie audytora,
c) Formularz: PO-05-06 – Plan auditu wewnętrznego,
d) Formularz: PO-05-07 – Lista pytań kontrolnych,
e) Formularz: PO-05-09 – Raport z auditu wewnętrznego;
2. auditowany obszar: Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży,
- zakres auditu: Metody i procedury kontroli. Środki i wyposażenie.
- a) Formularz: PO-05-03- Powołanie zespołu audytorów – zawiadomienie o audicie z dnia 15 kwietnia 2024 r.,
b) Formularz: PO-05-04 – Oświadczenie audytora,
c) Formularz: PO-05-06 – Plan auditu wewnętrznego,
d) Formularz: PO-05-07 – Lista pytań kontrolnych,
e) Formularz: PO-05-09 – Raport z auditu wewnętrznego;
- W roku 2025:
1. auditowany obszar: Sekcja Higieny Komunalnej,
- zakres auditu: Bezstronność, rzetelność, niezależność. Zachowanie poufności, ochrona praw własności klienta. Środki i wyposażenie.
- a) Formularz: PO-05-03- Powołanie zespołu audytorów – zawiadomienie o audicie z dnia 10 czerwca 2025 r.,
b) Formularz: PO-05-04 – Oświadczenie audytora,
c) Formularz: PO-05-06 – Plan auditu wewnętrznego,
d) Formularz: PO-05-07 – Lista pytań kontrolnych,
e) Formularz: PO-05-08 – Protokół spostrzeżeń nr 1,
f) Formularz: PO-05-09 – Raport z auditu wewnętrznego;
2. auditowany obszar: Sekcja Higieny Pracy,
- zakres auditu: Nadzór nad dokumentacją i zapisami. Terminowość postępowań. Działania korygujące i zapobiegawcze.
- a) Formularz: PO-05-03- Powołanie zespołu audytorów – zawiadomienie o audicie z dnia 12 maja 2025 r.,
b) Formularz: PO-05-04 – Oświadczenie audytora,
c) Formularz: PO-05-06 – Plan auditu wewnętrznego,
d) Formularz: PO-05-07 – Lista pytań kontrolnych,
e) Formularz: PO-05-10 – Raport z auditu wewnętrznego;

W ocenie kontrolującego audyty realizowane są rzetelnie. Auditorzy stosują podejście oparte na dowodach uzyskując w ten sposób wiarygodne wnioski z auditu. Dowody z auditów są prawidłowo oceniane w odniesieniu do kryteriów auditów - sposób prowadzenia działań auditowych pozwala zatem na uzyskanie odpowiedzi, czy dana norma/ procedura jest w praktyce prawidłowo stosowana w auditowanej komórce organizacyjnej. Raporty przygotowywane przez auditorów są obszerne, zawierają informacje, które są istotne ze względu na kryteria auditu - zapisy z przeprowadzonych auditów ujęte w raportach są kompletne i przejrzyste.

Podczas przeglądu dokumentacji z auditów wewnętrznych (z 2024 r. oraz jednego auditu z 2025 r.) zauważono incydentalne przypadki niespójnego oznaczenia numerów stron (np. zapis „strona 6 z 2”), które mogą wpływać na czytelność dokumentów.

Zaleca się rozważenie weryfikacji formatowania stron w raportach oraz listach pytań kontrolnych w celu zachowania spójności dokumentów systemowych. Zalecenie ma charakter techniczny i nie wpływa na ogólną, pozytywną ocenę kontrolowanego zagadnienia.

– **w zakresie działań korygujących:**

W PSSE w Nowej Soli prowadzony jest Rejestr podjętych działań korygujących (Formularz: PO-06-02). W Rejestrze podjętych działań korygujących odnotowywane są następujące informacje:

- a) lp., nr protokołu z analizy przyczyn niezgodności,
- b) data i tryb ujawnienia niezgodności,
- c) podjęte działania korygujące,
- d) termin realizacji,
- e) data i wynik sprawdzenia podjętych działań przez pracownika komórki organizacyjnej,
- f) ocena działań przez Kierownika ds. Systemu Zarządzania.

W trakcie analizy dokumentacji dotyczącej auditów wewnętrznych stwierdzono, iż w kontrolowanym okresie nie podejmowano działań korygujących, co uzasadnione jest brakiem stwierdzanych nieprawidłowości, dlatego kontrolujący odstąpił od oceny przedmiotowego zagadnienia. Na marginesie należy jednak zaznaczyć, że wydane podczas ostatniej kontroli kompleksowej (wystąpienie pokontrolne znak: OPA.1611.4.2023 z dnia 21.11.2023 r.) zalecenie dotyczące rozszerzenia zakresów auditów zostało zrealizowane, co może świadczyć o podjęciu działań zapobiegawczych mających na celu zapewnienie większej efektywności systemu auditów wewnętrznych. Zasadne byłoby jednak dalsze monitorowanie efektywności auditów wewnętrznych, celem zapewnienia, że system auditowy spełnia swoją

funkcję jako narzędzie nadzoru i doskonalenia systemu zarządzania. Rozważyć można, zdaniem kontrolującego, prowadzenie auditów wewnętrznych również w taki sposób, by dokonywać oceny zgodności procedur wewnętrznych z rzeczywistym przebiegiem procesów (praktycznym wykonywaniem zadań), co mogłoby pozwolić na wykrycie tzw. "niespisanych praktyk", martwych zapisów w procedurach lub nieświadomych niezgodności a następnie, w zależności od wyników auditu, mogłoby skutkować np. aktualizacją procedury, aby odzwierciedlała praktykę czy opracowaniem nowego formularza.

– **w zakresie przeglądów zarządzania:**

Do kontroli udostępniono Porządek dzienny przeglądu zarządzania nr 01/2024 (Formularz PO-07-01) oraz Protokół z przeglądu zarządzania nr 1/2024 (Formularz PO-07-02).

Podczas spotkania przeglądowego, które odbyło się w dniu 16 grudnia 2024 r. omówiono działalność PSSE w roku 2024. Dokumenty zawierają informacje m.in. o ilości uczestników przeglądu wraz z podpisami, opis przebiegu spotkania przeglądowego (porządek dzienny).

Podczas spotkań omawiano m.in.:

- funkcjonowanie SZJ w PSSE w roku 2024,
- koszty poniesione na zakup sprzętu i wyposażenia i koszty szkoleń,
- stan zatrudnienia w 2024 r. w porównaniu do roku ubiegłego oraz udział pracowników w szkoleniach zewnętrznych,
- informacje nt. działalności poszczególnych komórek organizacyjnych – realizacja planu pracy,
- omówiono zrealizowane cele,
- przyjęto do realizacji ustalenia i cele operacyjne na kolejny rok,
- wskazano również ogólne wnioski z działalności PSSE w 2024 r.

Protokół z Przeglądu zarządzania jest sporządzony w sposób rzetelny, jest czytelny, podpisany przez protokolanta, uzgodniony z Kierownikiem Oddziału Nadzoru Sanitarnego i zatwierdzony przez Dyrektora. Załączniki do ww. protokołów stanowią sprawozdania Kierowników poszczególnych Sekcji/ Samodzielnych Stanowisk Zapisy dokonywane są zatem w sposób prawidłowy, zgodnie z Procedurą ogólną PO-07 Przegląd zarządzania.

Na marginesie kontrolujący zaznacza, że w wyniku przeprowadzonej analizy dokumentacji, tj. w protokole z przeglądu zarządzania wskazano, że jednostka nie zrealizowała zaplanowanego celu, jakim było przeszkolenie nowych auditorów wewnętrznych a przyczyną niezrealizowania tego celu był brak szkoleń prowadzonych przez WSSE. W tym miejscu wskazać należy, że szkolenie, które planowane było przez WSSE w 2022 r. nie

zostało zrealizowane z powodu trudności organizacyjnych i wysokich kosztów, jednak PSSE jako niezależna jednostka miała możliwość poszukiwania alternatywnych rozwiązań, takich jak współpraca z zewnętrznymi dostawcami szkoleń, organizacja kursów online czy innych form kształcenia, które mogłyby umożliwić realizację tego celu.

– **W zakresie nadzoru nad dokumentacją systemu zarządzania:**

Do kontroli udostępniono:

- Księgę Jakości ONS – wydanie nr 3 z dnia 08.04.2022 r.,
- Politykę Jakości PSSE w Nowej Soli.,
- Wniosek nr 1/2024 o wprowadzenie zmian do Księgi Jakości/ Procedury Ogólnej z dnia 30.04.2024 r.,
- Kartę zmian Księgi Jakości – ostatni wpis z wdrożenia zmiany w dniu 6 maja 2024 r.

Polityka Jakości PSSE w Nowej Soli przywołuje aktualną normę PN-EN ISO/IEC 17020:2012 „Ocena zgodności – Wymagania dotyczące działania różnych rodzajów jednostek przeprowadzających inspekcję”. Dokumentacja systemu zarządzania aktualizowana jest wg zaistniałych potrzeb i składanych wniosków. Nadzór nad dokumentacją systemu zarządzania odbywa się zatem w sposób prawidłowy, zgodnie z Procedurą ogólną PO-01 Nadzór nad dokumentacją i zapisami.

4) W zakresie funkcjonowania kontroli zarządczej:

Komunikatem Nr 23 z dnia 16 grudnia 2009 r. Minister Finansów określił standardy kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych. Standardy te stanowią podstawowe wymagania w zakresie kontroli zarządczej i mają na celu wdrożenie spójnego modelu zgodnego z międzynarodowymi standardami, z uwzględnieniem specyfiki zadań i warunków funkcjonowania danej jednostki. Zostały one ujęte w pięciu obszarach: środowisko wewnętrzne, cele i zarządzanie ryzykiem, mechanizmy kontroli, informacja i komunikacja, monitorowanie i ocena. Z dokumentacji przedstawionej kontrolującemu wynika, że obowiązujący Regulamin kontroli zarządczej w PSSE w Nowej Soli został ustanowiony Zarządzeniem Nr 56/2010 Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej z dnia 24 września 2010 r. W opracowanym przez PSSE w Nowej Soli Regulaminie znalazły się następujące elementy: Przepisy ogólne, Organizacja kontroli zarządczej, Charakter i rodzaje kontroli, System kontroli, Środowisko wewnętrzne, Zarządzanie ryzykiem, Czynności kontrolne, Informacja i komunikacja, Monitoring i ocena, Kontrola finansowa.

Jednym z podjętych działań w ramach realizacji standardu „środowisko wewnętrzne” kontroli zarządczej było wprowadzenie w PSSE w Nowej Soli Kodeksu Etyki pracowników,

który stanowi załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 57 z dnia 24 września 2010 r. Dokument ten określa zasady i wartości etyczne, którymi powinni kierować się pracownicy przy wykonywaniu obowiązków służbowych, m.in. praworządność, bezstronność, uczciwość, obiektywizm, współodpowiedzialność oraz zakaz nadużywania uprawnień.

Każdy pracownik potwierdza zapoznanie się z Kodeksem Etyki, składając oświadczenie (załącznik nr 2), które dołącza się do jego akt osobowych.

W okresie objętym kontrolą w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Nowej Soli prowadzono działania w zakresie samooceny funkcjonowania systemu kontroli zarządczej. Proces ten realizowano przy wykorzystaniu ankiet i kwestionariuszy samooceny, opracowanych zgodnie ze standardami kontroli zarządczej określonymi w Komunikacie Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. Samoocena obejmowała wszystkie kluczowe obszary systemu, w tym: środowisko wewnętrzne, zarządzanie ryzykiem, mechanizmy kontroli, informację i komunikację oraz monitorowanie i ocenę.

W proces zaangażowani byli pracownicy PSSE w Nowej Soli, którzy wypełniali anonimowe ankiety oceniające funkcjonowanie wskazanych standardów w jednostce. Na podstawie zebranych wyników nie odnotowano żadnych odpowiedzi negatywnych, co świadczy o wysokim poziomie zrozumienia mechanizmów kontroli zarządczej funkcjonujących w PSSE, a także o pozytywnej ocenie ich skuteczności przez pracowników.

Jednocześnie na podstawie art. 70 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, Minister Finansów określił, w drodze rozporządzenia, wzór oświadczenia o stanie kontroli zarządczej, uwzględniając cele kontroli zarządczej oraz zakres odpowiedzialności za jej funkcjonowanie. Aktualnie obowiązujący wzór został wprowadzony Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 2 grudnia 2010 r. w sprawie wzoru oświadczenia o stanie kontroli zarządczej (Dz. U. z 2010 r. nr 238, poz. 1581).

W toku kontroli ustalono, że Dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Nowej Soli sporządza oświadczenia zgodnie z obowiązującym wzorem, określonym przez Ministra Finansów. Jako osoba odpowiedzialna za zapewnienie funkcjonowania systemu kontroli zarządczej, Dyrektor PSSE zobowiązany jest do corocznego sporządzania Oświadczenia o stanie kontroli zarządczej w terminie określonym w art. 70 ust. 3 ww. ustawy - z przedstawionej dokumentacji wynika, że obowiązek ten był realizowany terminowo.

Ponadto stwierdzono, że zgodnie z art. 70 ust. 5 ustawy, oświadczenia o stanie kontroli zarządczej zostały opublikowane na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej PSSE w Nowej Soli.

Zarówno samoocena kontroli zarządczej jak i sporządzanie oraz publikacja oświadczeń o stanie kontroli zarządczej wpisują się w realizację standardu „monitoring i ocena”, który obejmuje systematyczne śledzenie, przegląd oraz ocenę skuteczności mechanizmów kontroli zarządczej w jednostce. Podsumowując, stwierdzić należy, że jednostka kontrolowana spełnia formalne wymogi związane z corocznym sporządzaniem oświadczenia o stanie kontroli zarządczej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Dokument został opracowany w przewidzianym terminie, zawiera wymagane elementy oraz został opublikowany na stronach Biuletynu Informacji Publicznej. Sporządzenie oświadczenia poprzedziła przeprowadzona przez jednostkę samoocena systemu kontroli zarządczej, co dowodzi, że kierownictwo na bieżąco analizuje skuteczność stosowanych mechanizmów oraz podejmuje działania służące ich doskonaleniu.

5) W obszarze związanym z analizą ryzyka:

Realizując w PSSE w Nowej Soli standard kontroli zarządczej „Cele i zarządzanie ryzykiem” Zarządzeniem Nr 67 Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Nowej Soli z dnia 1 grudnia 2011 r. wdrożono Politykę zarządzania ryzykiem i stanowi załącznik do ww. zarządzenia. Celem dokumentu jest identyfikacja i analiza potencjalnych zagrożeń, a następnie opracowanie oraz wdrożenie działań mających na celu ograniczenie skutków mogącego wystąpić ryzyka. Przyjęta polityka zarządzania ryzykiem ukierunkowana jest na maksymalne zminimalizowanie zidentyfikowanych zagrożeń, co powinno przełożyć się na bardziej efektywną i racjonalną realizację celów statutowych jednostki.

W trakcie przeprowadzonej kontroli ustalono, iż w jednostce opracowywany jest Plan działalności Powiatowej Stacji na dany rok w oparciu o wzór opracowany w jednostce, zawierający poniższe elementy:

„Część A: Najważniejsze cele do realizacji w roku ...” - w tej części zawiera się najważniejsze cele i zadania przyjęte do realizacji w PSSE w Nowej Soli, przypisane im mierniki określające stopień realizacji celów wraz z ich planowanymi wartościami, najważniejsze zadania służące realizacji tych celów oraz odniesienie do dokumentu o charakterze strategicznym.

„Część B: Cele priorytetowe wynikające z budżetu państwa w układzie zadaniowym do realizacji w roku ...” - w części wskazuje się cel, mierniki określające stopień realizacji celu oraz podzadania budżetowe służące realizacji celu.

W opracowanym przez PSSE w Nowej Soli Planie działalności uwzględniono wszystkie wyżej wymienione elementy. Dokument zawiera szczegółowe określenie celów przyjętych do

realizacji w danym okresie sprawozdawczym, wraz z przypisanymi do nich zadaniami, miernikami oraz przewidywanymi zasobami niezbędnymi do ich osiągnięcia. Przyjęte cele zostały sformułowane z uwzględnieniem obowiązujących przepisów prawa oraz wytycznych.

Sprawozdanie z wykonania planu działalności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej zawiera odniesienie do celów i zadań określonych w Planie działalności jednostki, stanowiąc narzędzie oceny stopnia ich realizacji. Dokument ten pełni funkcję kontrolną, umożliwiając weryfikację, w jakim zakresie jednostka zrealizowała zaplanowane działania.

Na podstawie dokumentacji przedłożonej przez jednostkę kontrolowaną ustalono, że sprawozdanie z wykonania planu działalności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Nowej Soli zostało sporządzone zgodnie z obowiązującym w jednostce formularzem. Jednakże analiza wskaźników i mierników zawartych w przedmiotowym sprawozdaniu wskazuje, że założone na rok 2024 cele nie zostały zrealizowane w zakładanym stopniu. Wartości niektórych mierników są niższe od zaplanowanych, co może świadczyć o trudnościach w realizacji części zadań lub niedostosowaniu planu działalności do rzeczywistych możliwości jednostki. Zidentyfikowane rozbieżności wymagają dalszej analizy w celu ustalenia ich przyczyn oraz oceny skutków dla wykonania zadań statutowych Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej.

W kontrolowanym okresie w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej (PSSE) w Nowej Soli prowadzono systematyczną analizę ryzyka, której celem było zidentyfikowanie potencjalnych zagrożeń mogących wpłynąć na funkcjonowanie jednostki oraz określenie działań minimalizujących ich skutki. Proces ten został przeprowadzony zgodnie z procedurą określoną w Polityce zarządzania ryzykiem. Dokumentacja z przeprowadzonej analizy została sporządzona w oparciu o wzory i wytyczne zawarte w załącznikach do ww. Polityki, co zapewniło spójność i zgodność z przyjętym systemem zarządzania.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Nowej Soli, sprawujący równocześnie funkcję Dyrektora PSSE, w ramach corocznych działań w zakresie zarządzania ryzykiem dokonuje przeglądu oraz określa akceptowalny poziom ryzyka. Wartość ta definiuje dopuszczalny stopień ryzyka, który jednostka jest w stanie zaakceptować, uwzględniając prawdopodobieństwo jego wystąpienia oraz koszty związane z jego ograniczeniem. W okresie objętym kontrolą poziom ryzyka, określane przez Dyrektora PSSE w Nowej Soli, przyjmował następujące wartości: niski (1–6), umiarkowany – uznawany za akceptowalny (7–13), wysoki (14–19) oraz bardzo wysoki (20–25).

We wszystkich sporządzonych arkuszach zdefiniowano cele - zadania podlegające badaniu, wskazano jakie mogą wystąpić ryzyka uniemożliwiające osiągnięcie przez PSSE w Nowej Soli zaplanowanego celu/zadania (wraz z przynależnością do konkretnej kategorii), określono wpływ ryzyka oraz prawdopodobieństwo jego wystąpienia. Poziom analizowanego w komórkach organizacyjnych PSSE w Nowej Soli ryzyka nie przekroczył ustalonego poziomu akceptowalnego, z racji czego nie zachodziła konieczność wdrożenia odpowiednich działań zaradczych o charakterze zapobiegawczym i redukcyjnym.

Podsumowując, można stwierdzić, że analiza ryzyka w PSSE w Nowej Soli została zrealizowana zgodnie z procedurami określonymi w Polityce zarządzania ryzykiem. Dokumentacja została przygotowana na podstawie odpowiednio opracowanych załączników, w których uwzględniono wszystkie wymagane i istotne elementy analizy.

6) W obszarze związanym z analizą ryzyka korupcyjnego:

Pismem z dnia 10 lipca 2020 r. (znak: ŚZ.SE.070.2.2020) działający z upoważnienia Głównego Inspektora Sanitarnego, Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego, przekazał organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej rekomendacje Ministra Zdrowia dotyczące wdrożenia sektorowego programu edukacyjnego skierowanego do pracowników PIS. Rekomendacje te są częścią realizacji działania 5.3. Rządowego Programu Przeciwdziałania Korupcji na lata 2018-2020 i zostały przygotowane we współpracy z Głównym Inspektorem Sanitarnym. Ich celem jest ujednoczenie procedur związanych z przeciwdziałaniem korupcji w skali ogólnopolskiej oraz unifikacja działań edukacyjnych i prewencyjnych w tym zakresie.

Mając na uwadze powyższe oraz realizację zadań wskazanych w Wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego do planowania i działalności PIS zaszła konieczność wprowadzenia we wszystkich jednostkach organizacyjnych PIS woj. lubuskiego rozwiązań antykorupcyjnych w ramach realizacji Rządowego Programu Przeciwdziałania Korupcji na lata 2018-2020 tj.:

- a. procedury postępowania z prezentami,
- b. procedury postępowania w sytuacjach korupcyjnych,
- c. wykazu stanowisk narażonych na korupcję,
- d. corocznej analizy ryzyk korupcyjnych.

Równocześnie PPIS z terenu województwa lubuskiego zostali zobowiązani do powołania w podległych im jednostkach koordynatorów działań antykorupcyjnych, wypełniających jednocześnie funkcję doradców etycznych na poziomie PSSE.

Koordynatorem działań antykorupcyjnych w PSSE w Nowej Soli jest ██████████

██████████ – Kierownik Sekcji Higieny Dzieci i Młodzieży.

Realizując rekomendacje Ministra Zdrowia stanowiące realizację działania 5.3. Rządowego Programu Przeciwdziałania Korupcji na lata 2018-2020, Dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Nowej Soli Zarządzeniem Nr 120/2021 Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Nowej Soli z dnia 4 stycznia 2021 r. wprowadzono Procedurę antykorupcyjną – postępowanie z prezentami w PSSE w Nowej Soli. Procedura określa zasady postępowania pracowników w sytuacji próby wręczenia lub otrzymania prezentu oraz odpowiedzialność za naruszenie jej zapisów. Dokument obejmuje m.in. cel i zakres stosowania, definicje kluczowych pojęć, opis postępowania, zakres odpowiedzialności kierownictwa i pracowników oraz zawiera załączniki: listę osób zapoznanych z procedurą, rejestr zgłoszonych zdarzeń korupcyjnych, protokoły zdarzenia korupcyjnego oraz przekazania lub zniszczenia prezentu.

Jednocześnie Zarządzeniem Nr 121/2021 Dyrektora PSSE z dnia 15 stycznia 2021 r. wprowadzono w PSSE w Nowej Soli Politykę antykorupcyjną stanowiącą załącznik nr 1 do tego zarządzenia. Zgodnie z zarządzeniem powołano także Stały Zespół Roboczy ds. Antykorupcji, który w składzie: Dyrektor PSSE, Główny księgowy, Kierownik Oddziału Nadzoru Sanitarnego, Kierownik Sekcji Administracyjno-Gospodarczej, Pełnomocnik ds. etyki, Radca Prawny oraz przedstawiciel pracowników, odpowiada za analizowanie obszarów zagrożonych korupcją, identyfikowanie ryzyk, opracowywanie planów działania oraz inicjowanie działań zapobiegających korupcji. Polityka antykorupcyjna PSSE w Nowej Soli zawiera następujące elementy:

- 1. Wstęp** – określa cel polityki, którym jest zapewnienie zgodności działań PSSE z prawem i standardami oraz ochrona i racjonalne wykorzystanie środków publicznych. Polityka ma też zapobiegać nadużyciom na szkodę jednostki.
- 2. Postanowienia ogólne** – definiuje zasady profilaktyki antykorupcyjnej, takie jak efektywne zarządzanie, czytelne procedury, kontrola dodatkowych zajęć pracowników oraz prowadzenie kontroli wewnętrznych. Wskazuje działania wdrożone w PSSE w tym zakresie.
- 3. Definicje** – wyjaśnia pojęcia takie jak korupcja, korzyść majątkowa i osobista, nadużycie oraz wymienia przestępstwa korupcyjne i niekaralne formy korupcji (np. konflikt interesów, nepotyzm). Opisuje też Zespół ds. rozpatrywania zgłoszeń nadużyć.

4. **Elementy i zakres Polityki** – wskazuje działania realizujące politykę, m.in. ustanowienie Kodeksu Etyki, promowanie zasad etycznych, procedurę zgłaszania nadużyć, wykaz stanowisk i czynności narażonych na ryzyko nadużyć, identyfikację i monitorowanie ryzyka oraz działania korygujące.
5. **Obowiązki pracowników i innych osób** – szczegółowo opisuje zasady przeciwdziałania korupcji obowiązujące pracowników oraz współpracujące podmioty.
6. **Działania w ramach systemu przeciwdziałania nadużyciom** – obejmują procedury reagowania na nadużycia, przestrzeganie zasad rachunkowości, obiegu dokumentów, polityki bezpieczeństwa danych, zamówień publicznych, standardów kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem, podnoszenie świadomości pracowników oraz współpracę z organami ścigania.
7. **Procedura zgłaszania nadużyć i konfliktu interesów** – opisuje schemat postępowania w przypadku zaistnienia nadużycia lub konfliktu interesów oraz obowiązki pracownika przy powzięciu takich informacji.
8. **Postanowienia końcowe** – zobowiązują pracowników do zapoznania się z polityką i jej przestrzegania, a kierowników oraz pracowników na stanowiskach samodzielnych do identyfikacji ryzyk korupcyjnych.
9. **Dokumenty powiązane** – m.in. oświadczenia o zapoznaniu się z polityką, postanowienia o wyłączeniu z postępowania w przypadku konfliktu interesów, formularze zgłoszeń nadużyć, oświadczenia członków zespołu ds. nadużyć oraz wykaz stanowisk i czynności szczególnie narażonych na ryzyko korupcji.

Ponadto w PSSE w Nowej Soli prowadzone są wskazane rejestry: Rejestr zgłoszonych zdarzeń korupcyjnych, Rejestr zgłaszanych nadużyć, Rejestr zgłoszonych konfliktów interesów oraz Rejestr wykluczeń ze względu na konflikt interesu.

Ww. dokumenty stanowią kluczowy element systemu przeciwdziałania nadużyciom, w tym korupcji, w PSSE w Nowej Soli. Ich głównym celem jest potwierdzenie rzetelności działań podejmowanych przez jednostkę w zakresie zapobiegania korupcji. Dokumenty te stanowią podstawę do wdrożenia procedur monitorujących, które pozwalają na bieżąco identyfikować ryzyka i podejmować skuteczne działania w celu ich eliminacji. Dzięki nim PSSE zapewnia zgodność z przepisami prawa oraz promuje etyczne i transparentne postawy wśród pracowników.

Jak wynika z przedstawionej dokumentacji, zgodnie z zapisami Zarządzenia Nr 121/2021 Dyrektora PSSE w Nowej Soli z dnia 15 stycznia 2021 r. w sprawie wprowadzenia Polityki

antykorupcyjnej i powołania Stałego Zespołu Roboczego ds. Antykorupcji, w jednostce odbywają się coroczne posiedzenia powołanego Zespołu – w składzie określonym w ww. Zarządzeniu.

Podczas posiedzenia Zespół przeprowadza ocenę (analizę) zagrożeń korupcyjnych – określonych w dokumencie pn. „Wykaz stanowisk narażonych na korupcję, przeciwdziałania korupcji oraz określenie poziomu zagrożenia korupcją”, stanowiącym załącznik do Zarządzenia Nr 123/2021 Dyrektora PSSE w Nowej Soli z dnia 23 lutego 2021 r. i weryfikuje również, na ile skutecznie i adekwatnie stosowane są w PSSE w Nowej Soli przyjęte rozwiązania antykorupcyjne. Wprowadzony wykaz został przedstawiony w formie tabelarycznej, podzielonej na pięć kolumn: Oddział/Sekcja/Stalowisko, Identyfikacja procesu, Zagrożenie korupcyjne, Środki podjęte przez pracodawcę w celu przeciwdziałania zagrożeniom korupcyjnym oraz Poziom zagrożenia korupcją wyrażony punktacją od 0 do 4. W punktacji: 0 oznacza brak zagrożenia korupcyjnego, 1 – niskie zagrożenie, 2 – średnie, 3 – wysokie, a 4 – rażąco wysokie zagrożenie. Poziomy od 0 do 2 uznawane są za akceptowalne, natomiast poziomy 3 i 4 wymagają niezwłocznego podjęcia działań zapobiegawczych. W analizowanym okresie nie odnotowano żadnych incydentów o charakterze korupcyjnym, co oznacza, że nie było konieczności wdrażania dodatkowych działań o charakterze zapobiegawczym lub naprawczym.

Należy jednocześnie podkreślić, że zgodnie z informacjami zawartymi w sprawozdaniu z działalności antykorupcyjnej za II kwartał 2025 r., przekazanym do tutejszego organu w dniu 2 lipca 2025 r., wszyscy pracownicy zatrudnieni w PSSE w Nowej Soli zostali przeszkoleni w zakresie przeciwdziałania korupcji za pośrednictwem platformy szkoleniowej Centralnego Biura Antykorupcyjnego. Ponadto od 2024 r. Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z Wydziałem do walki z korupcją Komendy Głównej Policji organizował cykl szkoleń dot. tematyki antykorupcyjnej, w którym udział wzięli także wybrani pracownicy PSSE w Nowej Soli m.in. Pełnomocnik ds. etyki i polityki antykorupcyjnej.

Podsumowując, należy stwierdzić, iż PSSE w Nowej Soli wdrożono rozwiązania antykorupcyjne zgodne z zaleceniami Ministra Zdrowia dotyczącymi realizacji działania 5.3 Rządowego Programu Przeciwdziałania Korupcji na lata 2018–2020 oraz z wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego w tym zakresie. Ponadto, w jednostce systematycznie prowadzona jest analiza ryzyk/zagrożeń korupcyjnych, realizowana zgodnie z przyjętymi w PSSE procedurami i standardami.

7) W zakresie formalno-prawnej poprawności prowadzonych przez PPIS w Nowej Soli postępowań wszczętych na podstawie wniosków w trybie u.d.i.p:

Kontrolowany przedłożył do wglądu prowadzony w PSSE w Nowej Soli rejestr wniosków o udostępnienie informacji publicznej. Zgodnie z przedłożonym rejestrem, w 2024 r. do PSSE w Nowej Soli wpłynęły 3 wnioski o udostępnienie informacji publicznej. W 2025 r. – do dnia kontroli, PPIS w Nowej Soli wpłynęło 7 wniosków złożonych w trybie u.d.i.p. Z danych zgromadzonych w rejestrach na rok 2024 wynika, iż co do zasady na każdy z ww. wniosków, odpowiedź udzielona została przez PPIS w ustawowym – 14 dniowym terminie na załatwienie sprawy.

Kontrolujący zaznacza, że w jednym przypadku (sprawa 1/2024) w rejestrze widnieją 3 daty udzielenia odpowiedzi: 14.02.2024 r., 15.02.2024 r. oraz 27.02.2024 r., zaś data wpływu wniosku zawarta w rejestrze to 5.02.2024 r. Postępowanie to zostało pobrane do szczegółowej kontroli (opisane w dalszej części niniejszego protokołu). Analiza akt tego postępowania pozwoliła jednak na stwierdzenie, że w istocie, do PSSE wpłynęły pocztą elektroniczną 3 wnioski od tego wnioskodawcy (przy czym żaden z nich nie wpłynął do PSSE w dniu 05.02.2024 r.) – były to wnioski z dnia: 02.02.2024 r., 14.02.2024 r. oraz 16.02.2024 r. Kolejne pisma skierowane do PSSE nie stanowiły doprecyzowania pierwotnego wniosku – wnioskodawca po uzyskaniu odpowiedzi zadawał kolejne pytania, bazując na otrzymanych już danych. Zaznaczyć zatem należy, że w 2024 r. do PSSE w Nowej Soli wpłynęło 5 a nie 3 wnioski o udostępnienie informacji publicznej. Podkreślić należy również fakt, iż w przypadku wniosków z zakresu u.d.i.p. wnoszonych pocztą elektroniczną, za dzień wpływu uznawać należy dzień w którym pismo wpłynęło na skrzynkę/adres organu, nie zaś dzień odczytania wiadomości przez pracownika. Dotyczy to nawet takich sytuacji, w których pismo doręczone zostanie organowi w dniu wolnym od pracy. Powyższe kwestie są istotne w kontekście obliczania terminów załatwienia spraw, dlatego zaleca się uwzględnienie ww. uwag w bieżącej pracy PSSE w Nowej Soli.

Z przedłożonego do kontroli rejestru wniosków o udzielenie informacji publicznej kierowanych do PPIS w Nowej Soli do szczegółowej analizy przyjęto 2 postępowania – jedno zrealizowane w roku 2024 oraz jedno zrealizowane w roku 2025.

Pierwszym z nich było postępowanie wszczęte wnioskiem [REDAKTOWANE] który w dniu 02.02.2024 r., za pośrednictwem poczty elektronicznej zwrócił się do PPIS w Nowej Soli o przekazanie danych o ilości ogółem wydanych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w poszczególnych latach 2020, 2021 oraz 2023 r. decyzji o objęciu

kwarantanną, w trybie art. 34 ust. 2 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych z 2008 r.

Odpowiedź PPIS w Nowej Soli przesłana została pocztą elektroniczną w dniu 14.02.2025 r. PPIS wskazał, że w 2020 wydał 4998 decyzji administracyjnych (w trybie art. 34 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi) oraz że w 2021 i 2022 nie były wydawane takie decyzje.

Po uzyskaniu ww. odpowiedzi, wnioskodawca, za pośrednictwem poczty elektronicznej, w dniu 16 lutego 2024 r. zwrócił się do PPIS z kolejnym wnioskiem, w którym poprosił o udzielenie odpowiedzi na następujące pytania:

- Od ilu z decyzji administracyjnych o nałożeniu kwarantanny, na zasadzie art. 34 ust. 2 powołanej ustawy, wydanych w 2020 r. wpłynęły odwołania do organu wyższego stopnia?

- Ile z decyzji o nałożeniu kwarantanny, o jakich mowa wyżej w pytaniu 1, w wyniku wniesienia odwołań zostało uchylonych lub zmienionych?

Pismem z dnia 15 lutego 2024 r. PPIS w Nowej Soli udzielił odpowiedzi, wskazując, że we wskazanym okresie wpłynęły 2 odwołania w wyniku których jedna z decyzji PPIS została zmieniona.

Kolejnym wnioskiem z dnia 16 lutego 2024 r. wnioskodawca poprosił o udostępnienie zanonimizowanych, wskazanych wyżej, 2 decyzji administracyjnych wydanych przez PPIS w Nowej Soli oraz 2 decyzji administracyjnych organu wyższej instancji.

Pismem z dnia 27 lutego 2024 r. wnioskodawcy wyjaśniono, iż w skierowanej do niego w dniu 16 lutego 2024 r. korespondencji, błędnie wskazano liczbę odwołań od decyzji o nałożeniu kwarantanny wydanych w związku z art. 34 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Zaznaczono, że po dokonaniu analizy powyższych dokumentów stwierdzono, że tylko w jednym przypadku wniesione odwołanie dotyczyło decyzji o nałożeniu kwarantanny w związku z przytoczonym wyżej przepisem. Decyzja ta po rozpatrzeniu przez jednostkę nadrzędną została utrzymana w mocy, natomiast drugie, wskazane w piśmie odwołanie, dotyczyło decyzji o nałożeniu obowiązku kwarantanny w związku z przekroczeniem granicy (tzw. kwarantanna graniczna).

W związku z powyższym, wnioskodawcy przesłano w załączeniu zanonimizowaną treść decyzji administracyjnej o nałożeniu kwarantanny wydanej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Nowej Soli oraz treść decyzji administracyjnej

wydanej przez Lubuskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Gorzowie Wlkp.

Kontrolujący, pozytywnie ocenia działania organu w ww. postępowaniach, chociaż w świetle korekty, która została dokonana w piśmie PPIS w Nowej Soli z dnia 27 lutego 2024 r., zaleca dokładniejszą weryfikację danych przed przekazaniem ich wnioskodawcy. Jak wskazano już również we wstępie, w ocenie kontrolującego, w przedmiotowym przypadku, każdy z wniosków winien być zarejestrowany jako odrębna sprawa, zaś terminy na ich załatwienie liczone powinny być od daty wpływu podania do organu (zalecenie).

Drugim z przyjętych do analizy postępowań było postępowanie wszczęte wnioskiem [REDAKTOWANE] z dnia 20.01.2025 r., wniesionym mailowo, którym zwróciła się ona o udostępnienie informacji dotyczącej liczby postępowań administracyjnych lub kontrolnych, jakie zostały przeprowadzone w związku z prowadzeniem działalności gospodarczej, a konkretnie świadczenia usług stylizacji paznokci w lokalach mieszkalnych w okresie ostatnich 3 lat.

Odpowiedzi na przedmiotowy wniosek PPIS w Nowej Soli udzielił pismem z dnia 30.01.2025 r., przekazując wnioskodawcy żądane dane w formie przez niego wskazanej. Kontrolujący nie ma uwag do formalnego sposobu przeprowadzenia ww. postępowania w zakresie u.d.i.p.

Mając na uwadze powyższe, działalność PPIS w Nowej Soli związaną z udostępnianiem informacji publicznej ocenić należy pozytywnie. Wydane zalecenia, choć powinny być wdrożone w pracy bieżącej, mają co do zasady charakter techniczny i związane są z postępowaniem prowadzonym przed zmianą osobową na stanowisku PPIS w Nowej Soli.

8. Zakres, przyczyny i skutki stwierdzonych nieprawidłowości:

- 1) W zakresie prawidłowości sporządzenia statutu i regulaminu organizacyjnego:** nie stwierdzono nieprawidłowości. Nie sformułowano zaleceń.
- 2) W zakresie poprawności i terminowości sporządzenia obowiązkowych sprawozdań statystycznych:** nie stwierdzono nieprawidłowości. Nie sformułowano zaleceń.
- 3) W obszarze systemu zarządzania jakością:**
 - **w zakresie realizacji auditów wewnętrznych:** nie stwierdzono nieprawidłowości. Sformułowano zalecenie.
 - **w zakresie działań korygujących:** odstąpiono od oceny przedmiotowego zagadnienia. Sformułowano zalecenie.

- **w zakresie przeglądów zarządzania:** nie stwierdzono nieprawidłowości. Nie sformułowano zaleceń.
- **w zakresie nadzoru nad dokumentacją systemu zarządzania:** nie stwierdzono nieprawidłowości. Nie sformułowano zaleceń.
- 4) W zakresie funkcjonowania kontroli zarządczej:** nie stwierdzono nieprawidłowości. Nie sformułowano zaleceń.
- 5) W obszarze związanym z analizą ryzyka:** nie stwierdzono nieprawidłowości. Nie sformułowano zaleceń.
- 6) W obszarze związanym z analizą ryzyka korupcyjnego:** nie stwierdzono nieprawidłowości. Nie sformułowano zaleceń.
- 7) W zakresie formalno-prawnej poprawności prowadzonych przez PPIS w Nowej Soli postępowań wszczętych na podstawie wniosków w trybie u.d.i.p:** nie stwierdzono nieprawidłowości.

9. Zalecenia lub wnioski dotyczące usunięcia nieprawidłowości lub usprawnienia funkcjonowania PSSE:

1) W obszarze systemu zarządzania jakością:

- **w zakresie realizacji auditów wewnętrznych:** zaleca się weryfikację formatowania stron w raportach oraz listach pytań kontrolnych w celu zachowania spójności dokumentów systemowych.
- **w zakresie działań korygujących:** zasadne jest dalsze monitorowanie skuteczności auditów wewnętrznych w celu zapewnienia, że system auditowy właściwie realizuje funkcję nadzoru i doskonalenia systemu zarządzania. Wskazane byłoby również prowadzenie auditów w sposób umożliwiający ocenę zgodności procedur wewnętrznych z faktycznym przebiegiem procesów, co pozwoliłoby na identyfikację niespisanych praktyk, nieaktualnych zapisów lub niezgodności oraz, w razie potrzeby, dokonanie stosownych aktualizacji dokumentacji systemu jakości.

2) W zakresie formalno-prawnej poprawności prowadzonych przez PPIS w Nowej Soli postępowań wszczętych na podstawie wniosków w trybie u.d.i.p:

- Za dzień wpływu wniosku uznawać dzień w którym pismo wpłynie na skrzynkę/adres organu, nie zaś dzień odczytania wiadomości przez pracownika.

- Jeżeli do organu w różnych datach wpływa kilka wniosków od tego samego wnioskodawcy, zaś z treści kolejnych podań nie wynika, że stanowią one uzupełnienie bądź doprecyzowanie pierwotnie złożonego wniosku, każdą ze spraw rejestrować oddzielnie i rozpatrywać jako odrębny wniosek z zakresu u.d.i.p.
- Aby zapewnić przekazywanie rzetelnych informacji z zakresu dostępu do informacji publicznej oraz uniknąć konieczności korygowania informacji przekazywanych w odpowiedzi na wniosek, zaleca się dokładniejszą weryfikację danych przed przekazaniem ich wnioskodawcy.

10. Informacje o wykonaniu zaleceń lub wykorzystaniu wniosków, a także o podjętych działaniach lub przyczynach ich niepodjęcia należy przekazać w terminie: 28.11.2025 r.

11. Ocena wskazująca na niezasadność zajmowania stanowiska lub pełnienia funkcji przez osobę odpowiedzialną za stwierdzone nieprawidłowości : ---**

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden egzemplarz dla PPIS w Nowej Soli drugi dla LPWIS. Od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.

LUBUSKI PAŃSTWOWY
WOJEWÓDZKI
INSPEKTOR SANITARNY
w Gorzowie Wlkp.
lek. med. Dorota Konaszczuk
specjalista epidemiolog

/podpisano elektronicznie/

.....
(podpis i pieczęć LPWIS)

* - niepotrzebne skreślić

** - uzupełnić w przypadku stwierdzenia takiej konieczności