

Gorzów Wlkp., dnia 31 października 2025 r.

pieczęć LPWIS w Gorzowie Wlkp.

Znak sprawy:
OPA.1611.2.2025.

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE
Z KONTROLI PROBLEMOWEJ / KOMPLEKSOWEJ*
W POWIATOWEJ STACJI SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNEJ
W KROŚNIE ODRZ.

1. Adres jednostki kontrolowanej: ul. Nadodrzańska 24, 66-600 Krosno Odrz.

2. Data rozpoczęcia kontroli: 7.04.2025 r.

Data zakończenia kontroli: 30.05.2025 r.

3. Kontrolowana komórka organizacyjna PSSE: Stanowisko Pracy do Spraw Systemu Jakości.

4.1. Imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby/ osób przeprowadzających kontrolę zgodnie z upoważnieniem LPWIS:

1) Łukasz Karwacki – kierownik zespołu kontrolującego – **upoważnienie nr KD.222.2.67.2025 z dnia 2.04.2025 roku**

2) Katarzyna Gołębiowska – **upoważnienie nr KD.222.2.67.2025 z dnia 2.04.2025 roku**

3) Patryk Szach – **upoważnienie nr KD.222.2.67.2025 z dnia 2.04.2025 roku**

4.2. Imię i nazwisko osoby/ osób biorących udział w kontroli ze strony PSSE w Krośnie Odrz.:

1) ██████████ – Kierownik Oddziału Nadzoru Sanitarnego,

2) ██████████ – Starszy asystent Sekcji Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku zajmująca Stanowisko Pracy do Spraw Systemu Jakości,

3) ██████████ – Starszy asystent.

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 Krośnie Odrz., 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 pomimo jednej stwierdzonej nieprawidłowości
- 2) w zakresie poprawności i terminowości sporządzenia obligatoryjnych sprawozdań statystycznych – pozytywnie,
- 3) w obszarze systemu zarządzania jakością:
 - w zakresie realizacji auditów wewnętrznych – pozytywnie,
 - w zakresie przeglądów zarządzania – pozytywnie,
 - w zakresie działań korygujących – 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 Krośnie Odrz. postępowań wszczętych na podstawie wniosków w trybie u.d.i.p. – pozytywnie.

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

czynności kontrolne w siedzibie PSSE w Krośnie Odrz. realizowane przez upoważnionych pracowników Oddziału Organizacji, Planowania i Analiz WSSE w Gorzowie Wlkp. przeprowadzone były w dniu 23 maja 2025 roku. Dokumentacja podlegająca kontroli pozyskiwana była również z jednostki kontrolowanej w formie zdalnej – z wykorzystaniem

elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP/ eDoręczenia. Do analizy przyjęto zatem jako obowiązujące dokumenty przedłożone przez kontrolowanego w siedzibie PSSE w Krośnie Odrz. oraz przesłane w korespondencji za pośrednictwem publicznej usługi rejestrowanego doręczenia elektronicznego (PURDE) w dniach: 26, 27 maja oraz 6 czerwca 2025 r.

1) W zakresie prawidłowości sporządzenia statutu i regulaminu organizacyjnego:

Podczas kontroli do analizy przyjęto statut PSSE w Krośnie Odrzańskim w jego aktualnym brzmieniu (Zarządzenie Wojewody Lubuskiego z dnia 26.08.2020 r. w sprawie nadania statutu Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Krośnie Odrzańskim, zmienione Zarządzeniem Wojewody Lubuskiego z dnia 16.03.2021 r.) oraz regulamin organizacyjny PSSE w Krośnie Odrzańskim wprowadzony zarządzeniem Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krośnie Odrzańskim nr 6/2024 z dnia 28.03.2024 r. (zatwierdzony przez Wojewodę Lubuskiego w dniu 24.04.2024 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 2017 r. poz. 912) 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

Do kontroli przedstawiono Listę auditorów wewnętrznych (Formularz: PO-05-05) z dnia 28 kwietnia 2023 r. uwzględniającą 9 auditorów wewnętrznych:

- 1) [REDACTED] – Kierownik ds. Jakości; Starszy asystent – Sekcja Higieny Żywności, Żywnienia i Przedmiotów Użytku,
- 2) [REDACTED] – Kierownik Sekcji Higieny Żywności, Żywnienia i Przedmiotów Użytku,
- 3) [REDACTED] – Starszy asystent – Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży,
- 4) [REDACTED] – Kierownik Sekcji Epidemiologii,
- 5) [REDACTED] – Starszy asystent - Sekcja Epidemiologii,
- 6) [REDACTED] – Starszy asystent - Kadry,
- 7) [REDACTED] – Kierownik Sekcji Higieny Komunalnej,
- 8) [REDACTED] – Asystent – Sekcja Higieny Pracy,
- 9) [REDACTED] – Starszy asystent – Sekcja Nadzoru Zapobiegawczego.

W toku czynności kontrolnych ustalono, że Harmonogram auditów wewnętrznych na rok 2024 (Formularz: PO-05-01) został sporządzony przez Kierownika ds. Jakości w dniu 24 listopada 2023 r., uzgodniony z Kierownikiem Oddziału Nadzoru Sanitarnego i zatwierdzony przez Dyrektora. Zaplanowano przeprowadzenie 10 auditów wewnętrznych następujących elementów systemu zarządzania wg Księgi Jakości:

- II/2024 – Dyrektor – Przegląd zarządzania. Działania korygujące.
- III/2024 – Stanowisko Pracy ds. Systemu Jakości – Audyt wewnętrzny. Działania zapobiegawcze.
- IV/2024 – Kadry – Zachowanie poufności informacji oraz ochrona praw własności klienta. Personel.
- V/2024 – Higiena Żywności, Żywnienia i Przedmiotów Użytku – Nadzór nad dokumentacją i zapisami. Prawidłowość prowadzonego postępowania administracyjnego oraz powiązanych z nimi administracyjnych postępowań egzekucyjnych. Bezstronność, niezależność, rzetelność.
- VI/2024 – Higiena Pracy – Postępowanie ze skargami, wnioskami i reklamacjami. Podwykonawstwo.
- VII/2024 – Higiena Komunalna – Postępowanie z wyposażeniem. Metody i procedury kontroli i pobierania próbek.
- VIII/2024 – Epidemiologia – Szkolenie personelu. Personel.
- IX/2024 – Higiena Dzieci i Młodzieży – Zakupy usług i dostaw. Środki i wyposażenie.

- X/2024 – Nadzór Zapobiegawczy – Nadzór nad dokumentacją i zapisami. Prawdliwość prowadzonego postępowania administracyjnego – terminowość. Metody i procedury kontroli.
- XI/2024 – Promocja Zdrowia – Procedura techniczna: „Sposób postępowania podczas realizacji interwencji w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia”. Przedstawianie wyników kontroli.

W 2024 r. wykonano wszystkie audyty wewnętrzne z zaplanowanych do przeprowadzenia. W harmonogramie w sposób zgodny z legendą oznaczano realizację auditów. Jeden z przeprowadzonych auditów, w obszarze Stanowiska Pracy Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego, wykazał nieprawidłowości w działaniu SZJ PSSE w Krośnie Odrz. W harmonogramie w sposób zgodny z legendą oznaczono zaplanowanie działań korygujących, ich realizację a także sprawdzenie skuteczności tych działań.

Harmonogram auditów wewnętrznych na rok 2025 (Formularz: PO-05-01) został sporządzony przez Kierownika ds. Jakości w dniu 10 grudnia 2024 r., uzgodniony z Kierownikiem Oddziału Nadzoru Sanitarnego i zatwierdzony przez Dyrektora. W bieżącym roku zaplanowano do realizacji 10 auditów wewnętrznych następujących elementów systemu zarządzania wg Księgi Jakości:

- II/2025 – Kierownik ONS – Działania zapobiegawcze i korygujące. Personel.
- III/2025 – Stanowisko Pracy ds. Systemu Jakości – Przegląd zarządzania. Polityka Jakości.
- IV/2025 – Kadry – Szkolenie personelu – zewnętrzne. Podwykonawstwo.
- V/2025 – Higiena Żywności, Żywnienia i Przedmiotów Użytku – Szkolenie personelu – wewnętrzne. Postępowanie z próbkami – procedura pobierania próbek żywności, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz próbek sanitarnych.
- VI/2025 – Higiena Pracy – Nadzór nad dokumentacją i zapisami. Prawdliwość prowadzonego postępowania administracyjnego oraz powiązanego z nim postępowania egzekucyjnego w administracji. Przekazywanie wyników kontroli.
- VII/2025 – Higiena Komunalna – Postępowanie z pismami interwencyjnymi. Środki i wyposażenie.
- VIII/2025 – Epidemiologia – Zachowanie poufności informacji oraz ochrona praw własności klienta. Metody i procedury kontroli – Procedura techniczna PT – 01: Sposób wykonywania działań w ramach zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego w tym zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń.

- IX/2025 – Higiena Dzieci i Młodzieży – Postępowanie z wyposażeniem. Skargi i odwołania.
- X/2025 – Nadzór Zapobiegawczy – Audit wewnętrzny. Działania zapobiegawcze i korygujące.
- XI/2025 – Promocja Zdrowia – Zakupy usług i dostaw. Bezstronność, niezależność, rzetelność.

Do dnia kontroli przeprowadzono 3 audyty wewnętrzne z zaplanowanych do przeprowadzenia. W harmonogramie w sposób zgodny z legendą oznaczono realizację auditów. Żaden z wykonanych auditów nie wykazał nieprawidłowości w działaniu SZJ.

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

1. auditowany obszar: Sekcja Higieny Komunalnej,

- zakres auditu: Postępowanie z wyposażeniem. Metody i procedury kontroli i pobierania próbek.

a) Formularz: PO-05-03- Powołanie zespołu auditorów – zawiadomienie o audycie nr 6 z dnia 2 lipca 2024 r.,

b) Formularz: PO-05-04 – Oświadczenie auditora,

c) Formularz: PO-05-06 – Plan auditu wewnętrznego,

d) Formularz: PO-05-07 – Lista pytań auditowych,

e) Formularz: PO-05-08 – Karta auditu,

f) Formularz: PO-05-10 – Raport z auditu wewnętrznego;

2. auditowany obszar: Higiena Dzieci i Młodzieży,

- zakres auditu: Zakupy usług i dostaw. Środki i wyposażenie.

a) Formularz: PO-05-03- Powołanie zespołu auditorów – zawiadomienie o audycie nr 8 z dnia 9 września 2024 r.,

b) Formularz: PO-05-04 – Oświadczenie auditora,

c) Formularz: PO-05-06 – Plan auditu wewnętrznego,

d) Formularz: PO-05-07 – Lista pytań auditowych,

e) Formularz: PO-05-08 – Karta auditu,

f) Formularz: PO-05-10 – Raport z auditu wewnętrznego;

3. auditowany obszar: Nadzór Zapobiegawczy.

- zakres auditu: Nadzór nad dokumentacją i zapisami. Prawidłowość prowadzonego postępowania administracyjnego – terminowość. Metody i procedury kontroli.

- a) Formularz: PO-05-03- Powołanie zespołu auditorów – zawiadomienie o audycie nr 9 z dnia 10 października 2024 r.,
- b) Formularz: PO-05-04 – Oświadczenia auditora,
- c) Formularz: PO-05-06 – Plan auditu wewnętrznego,
- d) Formularz: PO-05-07 – Lista pytań auditowych,
- e) Formularz: PO-05-08 – Karta auditu,
- f) Formularz: PO-05-10 – Raport z auditu wewnętrznego;

W tym miejscu kontrolujący wskazuje, iż na dokumencie widnieje data 20.05.2015 r. mimo, iż audit przeprowadzono w dniu 17.10.2024 r. a datą sporządzenia i zatwierdzenia dokumentu jest dzień 31.10.2024 r.

- g) Formularz: PO-05-09 – Protokół niezgodności nr 1/2024,
- h) Formularz: PO-06-01 - Protokół nr 1/2024 z analizy przyczyn niezgodności;

W roku 2025:

1. auditowany obszar: System Jakości,

- zakres auditu: Przegląd zarządzania. Polityka Jakości.

- a) Formularz: PO-05-03- Powołanie zespołu auditorów – zawiadomienie o audycie nr 2 z dnia 6 marca 2025 r.,
- b) Formularz: PO-05-04 – Oświadczenie auditora,
- c) Formularz: PO-05-06 – Plan auditu wewnętrznego,
- d) Formularz: PO-05-07 – Lista pytań auditowych,
- g) Formularz: PO-05-08 – Karta auditu,
- h) Formularz: PO-05-10 – Raport z auditu wewnętrznego;

2. auditowany obszar: Kadry,

- zakres auditu: Szkolenie personelu zewnętrzne. Podwykonawstwo.

- a) Formularz: PO-05-03- Powołanie zespołu auditorów – zawiadomienie o audycie nr 3 z dnia 8 kwietnia 2025 r.,
- g) Formularz: PO-05-04 – Oświadczenie auditora,
- h) Formularz: PO-05-06 – Plan auditu wewnętrznego,
- i) Formularz: PO-05-07 – Lista pytań auditowych,
- j) Formularz: PO-05-08 – Karta auditu,
- k) 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.

– **w zakresie działań korygujących:**

W PSSE w Krośnie Odrz. 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) źródło niezgodności,
- d) podjęte działania korygujące,
- e) termin realizacji,
- f) data i wynik sprawdzenia podjętych działań przez Kierownika Oddziału/ komórki organizacyjnej wykonania działań korygujących,
- g) data i ocena działań przez Kierownika ds. Jakości.

W Rejestrze podjętych działań korygujących pod nr 1 odnotowano niezgodność, która ujawniona została w wyniku auditu przeprowadzonego od 17.10.2024 r. do 31.10.2024 r. w Sekcji Nadzoru Zapobiegawczego (samodzielne stanowisko) w zakresie nadzoru nad dokumentacją i zapisami. Prawidłowości prowadzonego postępowania administracyjnego – terminowości. Metod i procedur kontroli. W Protokole niezgodności nr 1/2024 (Formularz: PO-05-09) wskazano, iż stwierdzone niezgodności dotyczyły:

- protokoły kontroli sporządzane przez pracownika komórki organizacyjnej Nadzór Zapobiegawczy nie są zgodne z obowiązującymi w Stacji protokołami – co niezgodne jest z Procedurą techniczną PT-01,
- pracownik Oddziału Nadzoru Zapobiegawczego nie dał klientowi możliwości skorzystania z 7-dniowej możliwości zgłoszenia zastrzeżeń do ustaleń stanu faktycznego zawartych w protokole. W aktach sprawy brak jest zapisu, aby klient zrezygnował z takiego prawa - co niezgodne jest z Procedurą techniczną PT-01,

- zawiadomienie o zakończeniu postępowania dowodowego wysłane zostało za pomocą ePUAP na błędny adres – zawiadomienie wysłane na błędny adres uznaje się za niedostarczone – niezgodność z Kodeksem postępowania administracyjnego,
- pomimo niedostarczenia ww. zawiadomienia wydano decyzję o opłacie za przeprowadzone czynności kontrolne i przesłano za pomocą ePUAP – również wysłano do niewłaściwego adresata - niezgodność z Kodeksem postępowania administracyjnego.

Wskutek stwierdzonych nieprawidłowości w Rejestrze podjętych działań korygujących odnotowano następujące działania korygujące:

- protokoły z kontroli sporządzać zgodnie z procedurą techniczną PT-01,
- zapewnić klientom skorzystanie z 7-dniowej możliwości zgłoszenia zastrzeżeń do ustaleń stanu faktycznego zawartych w protokole,
- postępowanie administracyjne prowadzić zgodnie z obowiązującymi przepisami KPA,
- korespondencję kierować pod właściwy adres do doręczeń oraz zachować wychodzącą korespondencję,

określono termin realizacji (natychmiast) oraz zawarto informacje o wyniku sprawdzenia podjętych działań przez Kierownika Oddziału/ komórki organizacyjnej wykonania działań korygujących oraz o ocenie działań przez Kierownika ds. Jakości.

Sporządzony przez Kierownika ds. Jakości Protokół nr 1/2024 z analizy przyczyn niezgodności (Formularz: PO-06-01) zawiera wszelkie wymagane informacje, tj. wskazanie osoby dokonującej analizy, datę i tryb ujawnienia niezgodności, przyczynę wystąpienia niezgodności, działania korygujące/ korekcje, określenie odpowiedzialności za realizację działań korygujących/ korekcji, termin sprawdzenia podjętych działań/ korekcji, wynik sprawdzenia podjętych działań oraz ocenę skuteczności przeprowadzonych działań korygujących.

W wyniku kontroli udostępnionej dokumentacji stwierdzić należy, że sposób postępowania w powyższym zakresie był zgodny z procedurą ogólną nr PO-06 Działania korygujące.

– **w zakresie przeglądów zarządzania:**

Do kontroli udostępniono:

- 1) Porządek dzienny przeglądu zarządzania nr 1/2024 (Formularz PO-07-01) oraz Protokół z przeglądu zarządzania nr 1/2024 (Formularz PO-07-02),
- 2) Porządek dzienny przeglądu zarządzania nr 1/2025 (Formularz PO-07-01) oraz Protokół z przeglądu zarządzania nr 1/2025 (Formularz PO-07-02).

Podczas spotkań przeglądowych, które odbyły się w dniach 26 kwietnia 2024 r. oraz 25 kwietnia 2025 r. omówiono działalność PSSE odpowiednio w roku 2023 i 2024. Dokumenty zawierają informacje m.in. o ilości uczestników przeglądu wraz z podpisami, opis przebiegu spotkania przeglądowego (porządek dzienny).

Podczas spotkań omawiano m.in.:

- działalność kontrolno-represyjną,
- realizację planu pracy w poszczególnych komórkach organizacyjnych,
- sprawy kadrowe (szkolenie personelu),
- sprawy z zakresu zrealizowanych zakupów (wyposażenie, usługi),
- wydatkowanie w roku 2023 środków pochodzących z budżetu UE w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020 oraz Programu Operacyjnego Wiedza, Edukacja, Rozwój 2014-2020,
- wyniki samooceny kontroli zarządczej,
- realizację planu finansowego PSSE,
- realizację programu auditów wewnętrznych,
- dokonano oceny wykonania ustaleń i celów operacyjnych z ostatniego przeglądu zarządzania,
- przyjęto do realizacji ustalenia i cele operacyjne na kolejny rok.

Protokoły z Przeglądów zarządzania są obszerne, czytelne, podpisane przez protokolanta, uzgodnione z Kierownikiem Oddziału Nadzoru Sanitarnego i zatwierdzone przez Dyrektora. Załączniki do ww. protokołów stanowią sprawozdania Kierowników poszczególnych Sekcji/Samodzielnych Stanowisk oraz Raport z wyników samooceny kontroli zarządczej. Zapisy dokonywane są zatem w sposób prawidłowy, zgodnie z Procedurą ogólną PO-07 Przegląd zarządzania.

Na marginesie kontrolujący wskazuje, że w trakcie analizy dokumentacji stwierdzono niespójność w zakresie dat pomiędzy dokumentami *Porządek dzienny przeglądu zarządzania nr 1/2024* oraz *Protokół z przeglądu zarządzania nr 1/2024* - rozbieżność ta dotyczy określenia daty przeglądu, który odbył się w dniu 26 kwietnia 2024 r. i użytego w *Protokole* stwierdzenia, że przegląd odbył się zgodnie z porządkiem dziennym zatwierdzonym przez Dyrektora PSSE z dnia 19.04.2024 r. W „*Porządku dziennym (...)*” określono, że przegląd rozpocznie się w dniu 30 kwietnia 2024 r. Analogicznie, w *Protokole z przeglądu zarządzania nr 1/2025* data wyznaczenia przeglądu zarządzania została oznaczona rokiem ubiegłym zamiast bieżącym. Wskazane nieścisłości nie mają wpływu na poprawność wytworzonej

dokumentacji, kontrolowany winien jednak zwrócić uwagę na zachowanie większej dbałości w tym zakresie.

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

Do kontroli udostępniono:

- Księgę Jakości PSSE w Krośnie Odrz. – wydanie nr 7 z dnia 19.02.2016 r.,
- Politykę Jakości PSSE w Krośnie Odrz.,
- Formularz: PO-01-05 - Wykaz obowiązujących dokumentów Systemu Zarządzania – Procedur ogólnych i instrukcji – zawierającą 16 pozycji.

Polityka Jakości PSSE w Krośnie Odrz 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. 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 określają podstawowe wymagania odnoszące się do kontroli zarządczej w sektorze finansów publicznych, zaś celem jest promowanie wdrażania w sektorze finansów publicznych spójnego i jednolitego modelu kontroli zarządczej zgodnego z międzynarodowymi standardami w tym zakresie, z uwzględnieniem specyficznych zadań jednostki, która ją wdraża i warunków, w których jednostka działa. Standardy zostały przedstawione w pięciu grupach odpowiadających poszczególnym elementom kontroli zarządczej: środowisko wewnętrzne, cele i zarządzanie ryzykiem, mechanizmy kontroli, informacja i komunikacja, monitorowanie i ocena.

Na podstawie dokumentacji przedstawionej przez Kontrolowanego ustalono, że aktualny Regulamin kontroli zarządczej w PSSE w Krośnie Odrzańskim został wprowadzony Zarządzeniem Nr 6/2022 Dyrektora PSSE z dnia 3 października 2022 r w sprawie zmiany Regulaminu kontroli zarządczej w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej oraz Kodeksu Etyki Pracowników Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krośnie Odrzańskim. Regulamin stanowi załącznik nr 1 do wspomnianego zarządzenia i został podzielony na sześć części:

- 1) Rozdział I. Przepisy ogólne – definiuje kontrolę zarządczą, jej cel w PSSE w Krośnie Odrzańskim oraz elementy składowe;

- 2) Rozdział II. Środowisko wewnętrzne – opisuje elementy tworzące właściwe środowisko dla kontroli zarządczej;
- 3) Rozdział III. Cele i zarządzanie ryzykiem – wskazano, że misja oraz główne zadania PSSE są zawarte w statucie, a zasady zarządzania ryzykiem opisane w Polityce zarządzania ryzykiem;
- 4) Rozdział IV. Mechanizmy kontroli – przedstawia mechanizmy kontrolne (np. samokontrola, kontrola funkcjonalna, instytucjonalna) oparte na kryteriach legalności, gospodarności, skuteczności i innych;
- 5) Rozdział V. Informacja i komunikacja – standard wskazujący narzędzia i kanały zapewniające skuteczny przepływ informacji wewnętrznej i zewnętrznej;
- 6) Rozdział VI. Monitorowanie – opisuje procesy monitorowania i oceny kontroli zarządczej, w tym coroczną samoocenę kontroli zarządczej.

Jednocześnie załącznikami do ww. zarządzenia wprowadzono:

- Załącznik nr 2 – Kodeks etyki pracowników PSSE w Krośnie Odrzańskim określa zasady i wartości etyczne, a także standardy postępowania, których pracownicy powinni przestrzegać w związku z realizacją swoich obowiązków służbowych. Jednocześnie Zarządzeniem nr 1/2023 Dyrektora PSSE w Krośnie Odrzańskim z dnia 5.01.2023 r. wprowadzono również Kodeks Etyki Pracownika Państwowej Inspekcji Sanitarnej w Krośnie Odrzańskim, będący odzwierciedleniem Kodeksu wprowadzonego przez Głównego Inspektora Sanitarnego Zarządzeniem Nr 20/22 z dnia 29 grudnia 2022 r. Kodeks określa zasady etyki zawodowej oparte na uniwersalnych wartościach, takich jak uczciwość, sprawiedliwość, odpowiedzialność i szacunek. Pracownicy mają obowiązek zapoznać się z kodeksem i podpisać stosowne oświadczenie, które trafia do akt osobowych.
- Załącznik nr 3 zawiera Instrukcję dotyczącą zasad kontroli dokumentów księgowych, która precyzuje zasady prawidłowego dokumentowania i rejestrowania operacji finansowych, ich zatwierdzania przez kierownika jednostki lub upoważnione osoby, a także określa podział kluczowych obowiązków między pracowników oraz zasady weryfikacji operacji przed i po ich realizacji.
- Załącznikiem nr 4 określono wzór powierzenia obowiązków i odpowiedzialności głównemu księgowemu PSSE w Krośnie Odrzańskim.
- Załącznikami nr 5 i 6 wprowadzono wzory ankiet do samooceny kontroli zarządczej, osobno dla pracowników oraz Kierowników Sekcji PSSE w Krośnie Odrzańskim.

Regulamin kontroli zarządczej został zmieniony Zarządzeniem nr 5/2024 Dyrektora PSSE w Krośnie Odrzańskim z dnia 29 stycznia 2024 r. - uchylono zapisy związane z oświadczeniem o stanie kontroli zarządczej, jednocześnie rezygnując z wprowadzenia go w drodze przepisów wewnętrznych, tj. załącznika nr 7 do Regulaminu kontroli zarządczej Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krośnie Odrzańskim. Niniejsze stanowi o wykonaniu zalecenia pokontrolnego zawartego w wystąpieniu pokontrolnym z kontroli kompleksowej w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krośnie Odrzańskim z dnia 27 grudnia 2023 r.

W okresie objętym kontrolą w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krośnie Odrzańskim przeprowadzono samoocenę systemu kontroli zarządczej z wykorzystaniem ankiet stanowiących załącznik do Regulaminu kontroli zarządczej. Na podstawie przeprowadzonej samooceny sporządzono stosowny raport zawierający wyniki oraz wnioski. Całość działań realizowana była na podstawie zarządzenia Dyrektora PSSE w Krośnie Odrzańskim. Odpowiedzialność za przygotowanie i przeprowadzenie samooceny, opracowanie raportu oraz przedstawienie propozycji działań usprawniających powierzono wyznaczonemu koordynatorowi ds. samooceny kontroli zarządczej. W ramach samooceny dokonano analizy następujących elementów kontroli zarządczej:

- środowisko wewnętrzne – z wyników badanego obszaru wynika, że nie wymaga on doskonalenia;
- cele i zarządzanie ryzykiem – z odpowiedzi udzielonych przez pracowników wynika, że obszar nie wymaga doskonalenia, jednakże kierownicy poszczególnych sekcji powinni przypominać pracownikom, że w danej komórce istnieje rejestr ryzyka, w którym identyfikowane jest ryzyko, mechanizmy kontrolne eliminujące ryzyko lub redukujące je do akceptowalnego poziomu;
- mechanizmy kontroli – wszyscy pracownicy odpowiedzieli twierdząco na pytania zawarte w ankiecie w związku z czym badany obszar nie wymaga poprawy;
- informacja i komunikacja – biorąc pod uwagę odpowiedzi udzielone przez pracowników wskazano, że doskonalenia wymaga przepływ informacji w jednostce;
- monitorowanie i ocena – w raporcie z przeprowadzonej samooceny kontroli zarządczej wskazano, że ankietowani uważają, iż przełożony na co dzień zwraca odpowiednią uwagę na przestrzeganie przez pracowników zasad, procedur i instrukcji obowiązujących w PSSE. Dyrektor PSSE monitoruje skuteczność kontroli zarządczej i jej elementów w jednostce. Osiągnięcie celów i realizacja zadań PSSE oceniane są raz w roku, wraz

z analizą ryzyka i ryzyka korupcyjnego. Przeprowadzane są także audyty wewnętrzne, a raz w roku realizowany jest przegląd zarządzania. Jednocześnie w opracowanym raporcie z przeprowadzonej samooceny kontrolowany wskazał, że w PSSE funkcjonuje mechanizm badania zadowolenia klientów (w formie ankiety).

Dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krośnie Odrzańskim jako osoba odpowiedzialna za zapewnienie funkcjonowania kontroli zarządczej powinna corocznie sporządzać Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej.

Zaznaczyć w tym miejscu należy, iż zgodnie z art. 70 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych Minister Finansów określa, w drodze rozporządzenia, wzór oświadczenia o stanie kontroli zarządczej, biorąc pod uwagę cele kontroli zarządczej oraz zakres odpowiedzialności za jej funkcjonowanie. Aktualny wzór oświadczenia 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 trakcie kontroli ustalono, iż Dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krośnie Odrzańskim sporządza oświadczenia o stanie kontroli zarządczej wg wzoru określonego przez Ministra Finansów, w terminie określonym w art. 70 ust. 3 ww. ustawy tj. do końca kwietnia każdego roku.

Jednocześnie podczas wykonywania czynności kontrolnych stwierdzono, iż zgodnie z wymaganiami art. 70 ust. 5 wskazanej ustawy Oświadczenia o stanie kontroli zarządczej są zamieszczone na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej PSSE w Krośnie Odrzańskim.

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:

Zgodnie ze standardem kontroli zarządczej „Cele i zarządzanie ryzykiem” nie rzadziej niż raz w roku należy dokonać identyfikacji ryzyka w odniesieniu do celów i zadań. Zidentyfikowane ryzyka należy poddać analizie mającej na celu określenie

prawdopodobieństwa wystąpienia danego ryzyka i możliwych jego skutków. Należy określić akceptowany poziom ryzyka. W stosunku do każdego istotnego ryzyka powinno się określić rodzaj reakcji (tolerowanie, przeniesienie, wycofanie się, działanie). Należy określić działania, które należy podjąć w celu zmniejszenia danego ryzyka do akceptowanego poziomu.

Z uwagi na powyższe Zarządzeniem Nr 10/2021 Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krośnie Odrzańskim z dnia 7 czerwca 2021 r. w PSSE w Krośnie Odrzańskim wprowadzono Politykę zarządzania ryzykiem stanowiącą załącznik nr 1 do przedmiotowego zarządzenia. Dokument ten określa zasady identyfikacji i analizy ryzyk, a także planowania i wdrażania działań ograniczających skutki potencjalnych zagrożeń. Celem przyjętej polityki jest maksymalne ograniczenie zidentyfikowanego ryzyka, co sprzyja skutecznemu i racjonalnemu osiągnięciu celów statutowych jednostki. Jednocześnie, w celu usprawnienia procesu zarządzania ryzykiem, wprowadzono następujące dokumenty:

- Kategorie ryzyka (załącznik nr 2) – Dokument w układzie tabelarycznym prezentuje przykładowe kategorie ryzyka, obejmujące pięć głównych obszarów: finansowy, kadrowy, operacyjny, zewnętrzny oraz korupcyjny. W każdej z tych kategorii szczegółowo opisano możliwe do wystąpienia ryzyka w PSSE w Krośnie Odrzańskim.
- Załącznik nr 3 – dokument definiuje zasady oceny stopnia prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka (prawdopodobieństwo wysokie, średnie, małe) oraz zasady oceny wpływu (skutków) ryzyka (wpływ wysoki, średni oraz niski).
- Wzór arkusza identyfikacji, oceny oraz przeciwdziałania ryzyku (załącznik nr 4).
- Arkusz analizy ryzyka przeprowadzonej w PSSE w Krośnie Odrzańskim (załącznik nr 5).
- Wzór arkusza analizy ryzyka korupcyjnego w PSSE w Krośnie Odrzańskim (załącznik nr 6).

W okresie objętym kontrolą w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krośnie Odrzańskim prowadzono działania w zakresie analizy ryzyka. Proces ten został przeprowadzony zgodnie z zasadami określonymi w obowiązującej Polityce zarządzania ryzykiem, przyjętej Zarządzeniem Nr 10/2021 Dyrektora PSSE w Krośnie Odrzańskim. Dokumentacja z przeprowadzonej analizy została sporządzona na podstawie wzorów załączonych do ww. Polityki, co zapewniło spójność oraz zgodność z przyjętym podejściem metodycznym.

W ramach analizy ryzyka, dla każdego z arkuszy zidentyfikowano cele i zadania podlegające ocenie. Następnie wskazano potencjalne ryzyka mogące utrudniać lub

uniemożliwiać realizację danego celu lub zadania, przypisując każde z nich do odpowiedniej kategorii ryzyka. Dla każdego zidentyfikowanego ryzyka określono zarówno potencjalny wpływ jego wystąpienia na działalność jednostki, jak i prawdopodobieństwo jego zaistnienia.

Dodatkowo, dla wszystkich analizowanych zadań określono konkretne działania zaradcze, mające na celu ograniczenie poziomu ryzyka do poziomu akceptowalnego. Wskazano sposoby reagowania na ryzyka, obejmujące m.in. działania prewencyjne, korygujące oraz mechanizmy monitorujące. Podejście to odzwierciedla uporządkowane i przemyślane zarządzanie ryzykiem w jednostce, będąc jednocześnie kluczowym komponentem systemu kontroli zarządczej.

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, Zastępcy 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.:

- procedury postępowania z prezentami;
- procedury postępowania w sytuacjach korupcyjnych;
- wykazu stanowisk narażonych na korupcję;
- 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 Krośnie Odrzańskim jest [REDACTED]

Realizując rekomendacje Ministra Zdrowia stanowiące realizację działania 5.3. Rządowego Programu Przeciwdziałania Korupcji na lata 2018-2020, Dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krośnie Odrzańskim Zarządzeniem nr 4/2021 r. z dnia 01 marca 2021 r. wprowadził Politykę antykorupcyjną, jednocześnie powołując Stały Zespół Roboczy ds. Antykorupcji. Powołany Zespół, w skład którego wchodzi: Dyrektor PSSE, Główny Księgowy, Kierownik Oddziału Nadzoru Sanitarnego, Kierownik ds. Jakości oraz Radca Prawny, odpowiedzialny jest w szczególności za: analizowanie informacji dotyczących obszarów potencjalnie zagrożonych korupcją; identyfikowanie oraz ocenę ryzyka wystąpienia zjawisk korupcyjnych, w tym określanie skali i charakteru zagrożeń; wskazywanie kierunków działań mających na celu przeciwdziałanie korupcji; opracowywanie planów działań antykorupcyjnych oraz sposobów zaangażowania PSSE w ich realizację; a także inicjowanie przedsięwzięć służących zapobieganiu przypadkom korupcji. Polityka antykorupcyjna PSSE w Krośnie Odrzańskim obejmuje następujące elementy:

- 1) Wstęp – we wstępie określono, że celem Polityki antykorupcyjnej w PSSE w Krośnie Odrzańskim jest zapewnienie zgodności działań z prawem i standardami, ochrona środków publicznych oraz ustalenie jednolitych zasad zapobiegania i przeciwdziałania nadużyciom.
- 2) Postanowienia ogólne – wskazano obowiązujące zasady postępowania w zakresie profilaktyki antykorupcyjnej, ukierunkowane na przeciwdziałanie występowaniu zjawisk korupcyjnych, w tym m.in. zapewnienie efektywnego zarządzania strukturą organizacyjną, wdrożenie przejrzystych procedur wewnętrznych, uzyskiwanie zgód na podejmowanie dodatkowych zajęć zarobkowych oraz prowadzenie działalności gospodarczej przez pracowników, a także realizację kontroli wewnętrznych.
- 3) Definicje - przytoczono definicje stosowane w procedurze, m.in. korupcji, korzyści majątkowej i osobistej, nadużycia oraz nieprawidłowości. Przedstawiono katalog przestępstw o charakterze korupcyjnym oraz niekaralnych form korupcji, takich jak konflikt interesów, kumoterstwo i nepotyzm.
- 4) Elementy i zakres Polityki – wskazano, że realizacja polityki w obszarze przeciwdziałania nadużyciom odbywa się poprzez wdrożenie konkretnych działań, takich jak: przyjęcie Kodeksu Etyki, upowszechnianie norm etycznych wśród pracowników, opracowanie procedury umożliwiającej zgłaszanie przypadków nadużyć, identyfikacja stanowisk i czynności obarczonych podwyższonym ryzykiem ich wystąpienia,

przeprowadzanie analizy ryzyka, podejmowanie działań naprawczych oraz bieżące monitorowanie stosowanych rozwiązań

- 5) Obowiązki pracowników i innych osób – sprecyzowano obowiązki oraz zasady mające na celu zapobieganie korupcji, które dotyczą zarówno pracowników PSSE w Krośnie Odrzańskim, jak i podmiotów zewnętrznych współpracujących z jednostką.
- 6) Działania podejmowane w ramach systemu przeciwdziałania nadużyciom – do działań przeciwdziałających nadużyciom zaliczono m.in. wdrożenie procedur reakcji na przypadki nadużyć, stosowanie zasad rachunkowości, obiegu dokumentów, polityki bezpieczeństwa danych, zasad udzielania zamówień publicznych oraz przestrzeganie standardów kontroli zarządczej, w tym wartości etycznych i zarządzania ryzykiem.
- 7) Procedura zgłaszania nadużyć – określono zasady postępowania obowiązujące pracownika w przypadku zaistnienia podejrzenia nadużycia, w tym szczegółowy schemat działania oraz zakres obowiązków wynikających z faktu powzięcia informacji o potencjalnym nadużyciu.
- 8) Postanowienia końcowe – wszystkich pracowników PSSE zobowiązano do zapoznania się z treścią Polityki oraz do przestrzegania zawartych w niej zasad. Na kierowników komórek organizacyjnych oraz pracowników zatrudnionych na samodzielnych stanowiskach nałożono dodatkowo obowiązek identyfikacji ryzyk korupcyjnych w ramach realizowanych zadań. Wskazano również załączniki stanowiące integralną część Polityki, tj.:
 - Załącznik nr 1 Wykaz stanowisk i czynności szczególnie narażonych na zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka nadużyć, w tym korupcji – W załączniku uwzględniono stanowiska kierownicze oraz inne stanowiska pracy, które ze względu na charakter realizowanych zadań mogą być szczególnie narażone na występowanie zjawisk korupcyjnych, jak również czynności, w trakcie których ryzyko wystąpienia nadużyć jest podwyższone. Dokument zawiera zarówno kategorie stanowisk określone jako potencjalne „zagrożenie korupcyjne”, jak i wykaz czynności, które wiążą się z podwyższonym ryzykiem naruszeń. Załącznik został zaktualizowany zarządzeniem Nr 20/2021 Dyrektora PSSE w Krośnie Odrzańskim z dnia 31 grudnia 2021 r., poprzez uzupełnienie punktu 1. *Wykaz stanowisk kierowniczych* o stanowisko Kierownika Sekcji Higieny Komunalnej.
 - Załącznik nr 2 Polityka przyjmowania prezentów - dokument określa zasady postępowania w zakresie przyjmowania prezentów przez pracowników PSSE, w tym

sytuacje, w których bezwzględnie zabronione jest przyjmowanie jakichkolwiek korzyści majątkowych lub osobistych, niezależnie od ich wartości. Dopuszczono przyjęcie przez pracownika upominku:

- od innych pracowników PSSE w związku z uzyskaniem awansu, zakończeniem stosunku pracy, okoliczności rocznicowych;
- materiałów pomocniczych, informacyjnych przekazanych przez klientów lub otrzymanych wraz z materiałami szkoleniowymi.

W PSSE w Krośnie Odrzańskim prowadzone są także: Rejestr korzyści, obejmujący informacje o wszelkich oferowanych lub otrzymanych korzyściach majątkowych i niemajątkowych; Rejestr zgłoszeń o charakterze nadużyć i korupcji, dokumentujący przypadki zgłoszeń podejrzeń nadużyć, nieprawidłowości lub zachowań noszących znamiona korupcji; oraz Rejestr zgłoszonych konfliktów interesów, zawierający dane o przypadkach ujawnionych sytuacji, w których interesy prywatne pracownika mogą wchodzić w konflikt z interesem publicznym.

Ww. rejestry pełnią funkcję narzędzi wspierających przejrzystość i odpowiedzialność w działaniu PSSE, służą dokumentowaniu i monitorowaniu potencjalnych zagrożeń, a także wzmacniają wiarygodność podejmowanych działań w zakresie zapobiegania nadużyciom i korupcji. Ich prowadzenie ma na celu potwierdzenie stosowania zasad rzetelności, etyki zawodowej oraz jawności w codziennym funkcjonowaniu jednostki.

W wyniku przeprowadzonej analizy przedłożonej dokumentacji ustalono, iż w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krośnie Odrzańskim realizowane są działania w zakresie identyfikacji i oceny ryzyk korupcyjnych, zgodnie z obowiązującym wewnętrznym aktem prawnym, tj. zarządzeniem Nr 10/2021 Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krośnie Odrzańskim z dnia 7 czerwca 2021 r. w sprawie wprowadzenia „Polityki zarządzania ryzykiem” w PSSE w Krośnie Odrzańskim.

Analiza ryzyk dokonywana jest w oparciu o wzór arkusza stanowiącego załącznik nr 6 do ww. zarządzenia. Arkusz ten zawiera szczegółową strukturę oceny ryzyka, uwzględniającą m.in. zdefiniowanie potencjalnych obszarów ryzyka, określenie prawdopodobieństwa jego wystąpienia oraz możliwych skutków, a także wskazanie właściciela ryzyka, planowanej reakcji na ryzyko oraz działań zaradczych, których celem jest ograniczenie ryzyka do poziomu akceptowalnego.

Zgodnie z informacjami zawartymi w arkuszu analizy, we wszystkich zidentyfikowanych i przeanalizowanych obszarach ryzyka stwierdzono, iż poziom ryzyka mieści się w zakresie

akceptowalnym, co wynika z niskiego prawdopodobieństwa jego wystąpienia oraz niskiej wagi potencjalnych skutków. W związku z powyższym nie zaistniała konieczność określania dodatkowych działań zaradczych mających na celu dalszą minimalizację ryzyka.

Podsumowując, należy stwierdzić, iż PSSE w Krośnie Odrzańskim 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 korupcyjnych, realizowana zgodnie z przyjętymi procedurami i obowiązującymi standardami.

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

Kontrolowany przedłożył do wglądu prowadzony w PSSE w Krośnie Odrzańskim rejestr wniosków o udostępnienie informacji publicznej. Zgodnie z przedłożonym rejestrem, w 2024 r. do PSSE w Krośnie Odrzańskim wpłynęło 7 wniosków o udostępnienie informacji publicznej, zaś w 2025 r. – do dnia kontroli, PPIS w Krośnie Odrzańskim rozpatrzył 4 wnioski złożone w trybie u.d.i.p.

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

Pierwszym z nich było postępowanie wszczęte wnioskiem [REDAKTOWANE] przesłanym pocztą elektroniczną dnia 31.10.2024 r. (uzupełnienie wniosku z dnia 28.10.2024 r. – treść obu dokumentów została zawarta w mailu z dnia 31.10.2024 r.). Wnioskodawczyni zwróciła się w trybie dostępu do informacji publicznej, o przesłanie jej następującej informacji:

„1. Ile w tutejszej PSSE zarejestrowano łącznie pogryzień człowieka przez przedstawicieli gatunku Pies domowy w okresie od 01.01.2019 r. do 30.06.2024 r.

1. Zestawienie liczby pogryzień wymienionych w pkt 1 z podziałem na :

- a) Lata
- b) Teren wiejski/miejski
- c) Wiek pogryzionej osoby
- d) Płeć pogryzionej osoby

W zakresie, w jakim wnioskowane dane są gromadzone – tj. można pominąć dane, którymi PSSE nie dysponuje (ze stosowną adnotacją).”.

W mailu z dnia 31.10.2024 r. wnioskodawca dodał i doprecyzował, iż prosi dodatkowo o informację czy pogryziony był właściciel zwierzęcia, a jeżeli nie, to właściciel psa był znany, czy nieznan.

Żądana informacja publiczna udostępniona została wnioskodawcy przez PPIS w Krośnie Odrzańskim pismem z dnia 8.11.2024 r.

Kontrolujący zaznacza, że pismo wnioskodawczyni doprecyzowujące pierwotnie złożony wniosek zostało przez PPIS w Krośnie Odrzańskim zarejestrowane jako osobny wniosek z zaznaczeniem, że odpowiedzi udzielono wnioskodawczyni jednym pismem. Realnie zatem w 2024 r. do PSSE wpłynęło 6 wniosków z zakresu u.d.i.p., a nie jak wynika z treści rejestru 7.

Poza wskazaną uwagę dot. rejestru, kontrolujący nie ma zastrzeżeń do formalnego sposobu przeprowadzenia ww. postępowania w zakresie u.d.i.p.

Drugim z przyjętych do analizy postępowań było postępowanie wszczęte wnioskiem [REDAKTOWANE] z dnia 03.02.2025 r., wniesionym mailowo, którym zwróciła się ona o udostępnienie następujących informacji:

- „Czy zgodnie z obowiązującymi przepisami, świadcząc usługi stylizacji paznokci, umywalka musi znajdować się w pokoju gabinetowym, czy może być zlokalizowana w osobnym pomieszczeniu Proszę o wskazanie odpowiednich przepisów prawnych regulujących ten aspekt (np. ustawy, rozporządzenia, norm).”

-, „Jeśli umywalka powinna znajdować się w pokoju gabinetowym, to jakie kary lub sankcje zostały nałożone w związku z brakiem dopełnienia tego obowiązku w ciągu ostatnich 3 lat. Proszę o podanie liczby przypadków, wysokości kar oraz podstawy prawnej ich nałożenia”.

Odpowiedzi na przedmiotowy wniosek PPIS w Krośnie Odrzańskim udzielił pismem z dnia 03.02.2025 r. Odnosząc się do punktu 1 wniosku, PPIS w Krośnie Odrzańskim prawidłowo wskazał i wyjaśnił, że żądana informacja nie stanowi informacji publicznej w rozumieniu u.d.i.p. W zakresie punktu 2 wniosku, PPIS przekazał wnioskodawcy żadaną informację. Kontrolujący nie ma uwag do formalnego sposobu przeprowadzenia ww. postępowania w zakresie u.d.i.p.

Ze względu na fakt, że wniosek zawierał żądania zarówno z zakresu u.d.i.p. jak i takie, które w tym zakresie się nie mieszczą, kontrolowany prawidłowo zdecydował o rozpatrzeniu wniosku w reżimie ustawy o dostępie do informacji publicznej.

Kontrolowane zagadnienie ocenić należy pozytywnie. Pod względem technicznym, kontrolowany winien wyłącznie zwrócić uwagę, aby przy prowadzeniu rejestru,

pism doprecyzowujących treść pierwotnie złożonego wniosku nie rejestrować jako spraw odrębnych. Należy bowiem podkreślić, że w takim przypadku termin na załatwienie sprawy biegnie od daty pierwotnie złożonego wniosku. Uzupełnienie wniosku o dodatkowe żądania, może stanowić ewentualnie podstawę do poinformowania wnioskodawcy o niezakończonym w terminie i wyznaczenia nowego terminu jej załatwienia (por. art. 13 u.d.i.p.).

8. Zakres, przyczyny i skutki stwierdzonych nieprawidłowości:

1) W zakresie prawidłowości sporządzenia statutu i regulaminu organizacyjnego:

Regulamin organizacyjny Stacji oraz stanowiący do niego załącznik schemat organizacyjny PSSE w Krośnie Odrzańskim udostępniony na BIP jest wyłącznie w wersjach nieaktualnych – archiwalnych (por. <http://bip.wsse.gorzow.pl/pssekrosno/organizacja-urzedu/regulamin> - data dostępu: 17.09.2025 r.). Wskazany brak, a właściwie nieaktualność danych zawartych na BIP w opisanym zakresie (akt prawny dot. organizacji, przedmiotu działalności i kompetencji) stanowi niezgodność z 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) – nieprawidłowość została usunięta po otrzymaniu przez PPIS w Krośnie Odrz. projektu wystąpienia pokontrolnego.

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. Nie sformułowano zaleceń.
- w zakresie działań korygujących: odstąpiono od oceny przedmiotowego zagadnienia.
- 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 Krośnie Odrz. 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 zakresie prawidłowości sporządzenia statutu i regulaminu organizacyjnego: brak zaleceń. Stwierdzona nieprawidłowość została usunięta po otrzymaniu przez PPIS w Krośnie Odrz. projektu wystąpienia pokontrolnego (pismo z dnia 26.09.2025 r., znak: ST.1611.1.2025).

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

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 Krośnie Odrz. 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