

pieczęć LPWIS w Gorzowie Wlkp.

OPA.1611.1.2023

Znak sprawy:

**WYSTĄPIENIE POKONTROLNE
Z KONTROLI KOMPLEKSOWEJ
W POWIATOWEJ STACJI SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNEJ W DREZDENKU**

1. Adres jednostki kontrolowanej: ul. Chrobrego 11, 66-530 Drezenko

2. Data rozpoczęcia kontroli: 07.03.2023 r.

Data zakończenia kontroli: 20.03.2023 r.

3. Kontrolowane komórki organizacyjne PSSE: Stanowisko pracy ds. Systemu Jakości, Sekcja Epidemiologii (postępowania z zakresu dostępu do informacji publicznej, Główny Księgowy (Kontrola Zarządcza), Dyrektor PSSE w Drezenku (Treść Statutu i Regulaminu organizacyjnego).

4.1. Imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby/ osób przeprowadzających kontrolę zgodnie z upoważnieniem LPWIS – upoważnienie nr KD.222.2.2.2023 z dnia 31.01.2023 r.,

Łukasz Karwacki – Kierownik Oddziału Organizacji, Planowania i Analiz,

Katarzyna Szalewska – Starszy asystent Oddziału Organizacji, Planowania i Analiz,

Patryk Szach – Asystent Oddziału Organizacji, Planowania i Analiz.

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

██████████ – Dyrektor PSSE w Drezenku,

██████████ – Główny Księgowy,

██████████ – Stanowisko Pracy ds. Systemu Jakości,

██████████ – Kierownik Sekcji Epidemiologii.

5. Podstawa prawna przeprowadzenia czynności kontrolnych: art. 6 ust. 5 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o kontroli w administracji rządowej (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 224) w związku z § 1 porozumienia z dnia 28 lipca 2014 r. 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 r., poz. 1491).

6. Zakres kontroli (w tym przedmiot i okres objęty kontrolą): kontrola swoim zakresem obejmuje obszary działania PSSE w Drezenku, 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 r. 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 2021 r. 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 z zaleceniami,
- 2) w zakresie poprawności i terminowości sporządzenia obligatoryjnych sprawozdań statystycznych: pozytywnie,
- 3) w obszarze systemu zarządzania jakością:
 - w zakresie realizacji auditów wewnętrznych – negatywnie,
 - w zakresie przeglądów zarządzania – pozytywnie,
 - w zakresie działań korygujących – odstąpiono od oceny ze względu na brak dokumentacji podlegającej kontroli,
 - w zakresie nadzoru nad dokumentacją systemu zarządzania – pozytywnie,
- 4) w zakresie funkcjonowania kontroli zarządczej – pozytywnie z zaleceniami,
- 5) w obszarze związanym z analizą ryzyka, w tym ryzyka korupcyjnego – pozytywnie,
- 6) w obszarze formalno-prawnej poprawności prowadzonych przez PPIS w Dreddenku postępowań wszczętych na podstawie wniosków w trybie u.d.i.p. – pozytywnie, z 1 nieprawidłowością i zaleceniem.

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

Czynności kontrolne w siedzibie PSSE w Dreddenku realizowane przez upoważnionych pracowników Oddziału Organizacji, Planowania i Analiz WSSE w Gorzowie Wlkp. przeprowadzone były w dniu 07.03.2023 r. Dokumentacja podlegająca kontroli pozyskiwana była również z jednostki kontrolowanej w formie zdalnej – z wykorzystaniem elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP oraz poczty elektronicznej. Do analizy przyjęto zatem i uznano za obowiązujące dokumenty przedłożone przez kontrolowanego w siedzibie PSSE w Dreddenku oraz przesłane w korespondencji za pośrednictwem elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP w dniach: 9-15.03.2023 r.

w zakresie prawidłowości sporządzenia statutu i regulaminu organizacyjnego:

Podczas kontroli do analizy przyjęto przedłożony przez PPIS w Dreddenku statut PSSE w Dreddenku w jego aktualnym brzmieniu (Zarządzenie Wojewody Lubuskiego z dnia 26.08.2020 r. w sprawie nadania statutu Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Dreddenku) oraz regulamin organizacyjny PSSE w Dreddenku wprowadzony zarządzeniem Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dreddenku nr 21/2021 z dnia 15.12.2021 r. (zatwierdzony przez Wojewodę Lubuskiego w dniu 21.01.2022 r.).

Zgodnie z art. 42 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 633 ze zm.) 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. wyz. 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 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 Dreddenku pod kątem spełniania przez te akty wymogów określonych w przytoczonych wyżej przepisach ustawy o działalności leczniczej.

Analiza treści statutu PSSE w Dreddenku oraz regulaminu organizacyjnego pozwoliła na stwierdzenie, że akt ten co do zasady spełnia wszystkie wymogi określone w cyt. wyż. przepisach ustawy o działalności leczniczej. Aktualna treść statutu oraz regulaminu PSSE w Dreddenku wraz z załącznikami, została opublikowana na BIP.

Niezależnie od powyższego, mając na uwadze wystąpienie pokontrolne Najwyższej Izby Kontroli znak LZG 410.010.01.2020 z kontroli nr P/20/087, która odbyła się w PSSE w Gorzowie Wlkp., tut. organ zaleca, aby doprecyzować zapisy określające zadania Sekcji Higieny Pracy PSSE w Dreddenku (§ 15), poprzez wskazanie, iż ww. komórka organizacyjna zaangażowana jest w kontrolę przestrzegania przepisów w zakresie zakazu wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych, w tym w działania zmierzające do ograniczania dostępności nowych narkotyków (środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych) w cyberprzestrzeni, a także współpracę w tym zakresie z organami Służby Celnej, Policji, Prokuratury, Inspekcji Farmaceutycznej.

Zaleca się również przeanalizowanie, czy treść statutu i regulaminu organizacyjnego PSSE w Dreddenku nie wymaga dostosowania ze względu na okoliczności, o których mowa w piśmie tut. organu z dnia 21.03.2023 r. znak OPA.0122.3.2023 tj. zmianę stanu prawnego w zakresie elementów pozamilitarnego systemu obrony Państwa oraz podjęcie ewentualnych działań zmierzających do aktualizacji treści tych dokumentów.

– **w zakresie poprawności i terminowości sporządzenia obligatoryjnych sprawozdań statystycznych:**

Roczne sprawozdanie MZ-45, kwartalne sprawozdania z działalności kontrolno-represyjnej, z działalności antykorupcyjnej oraz sprawozdania dotyczące kontroli obiektów sporządzane są terminowo. Zestawienia zbiorcze są przesyłane w formie elektronicznej do WSSE. Ewentualne korekty danych Stacja przekazuje do WSSE również w formie elektronicznej. Sprawozdania od roku 2021 do dnia kontroli sporządzane były zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie wzorami i instrukcjami wypełniania.

W obszarze systemu zarządzania jakością:

Zadania przypisane do Stanowiska Pracy ds. Systemu Jakości realizuje ██████████, Starszy asystent w Sekcji Higieny Komunalnej.

Zaznaczyć należy, że w Statucie PSSE w Drezdenku wskazano, iż w skład Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej wchodzi samodzielne stanowisko pracy – Stanowisko Pracy ds. Systemu Jakości. W Regulaminie organizacyjnym PSSE w Drezdenku natomiast szczegółowo wskazano zadania z zakresu Systemu Jakości realizowane na ww. stanowisku pracy.

Zapisy Normy Europejskiej EN ISO/IEC 17020 ocena zgodności – Wymagania dotyczące działania różnych rodzajów jednostek przeprowadzających inspekcję (ISO/IEC 17020:2012) w pkt 8.2.3 zobowiązują kierownictwo jednostki inspekcyjnej do wyznaczenia członka kierownictwa, który niezależnie od innej odpowiedzialności, powinien mieć odpowiedzialność i uprawnienia, które obejmują m.in. zapewnienie, aby procesy i procedury potrzebne dla systemu zarządzania były ustanowione, wdrożone i utrzymywane.

Dokumentacja Systemu Zarządzania Jakością PSSE w Drezdenku zawiera miejsca na podpis Kierownika ds. Jakości, gdzie podpis składa [REDAKTOR], niekiedy dokumentacja ta podpisywana jest przez [REDAKTOR] wyłącznie nazwiskiem lub nazwiskiem z wykorzystaniem pieczętki służbowej (Starszy asystent).

Niezależnie od wyżej wskazanych sposobów zatwierdzania dokumentów SZJ, bezspornym pozostaje fakt, iż zadania z zakresu Systemu Jakości PSSE w Drezdenku są realizowane - przez pracownika zatrudnionego na samodzielnym stanowisku pracy – Stanowisku Pracy ds. Systemu Jakości. Do celów kontroli przyjęto zatem, że termin stosowany w dokumentacji SZJ, tj. „Kierownik ds. Jakości” jest tożsamy z określeniem samodzielnego stanowiska pracy – Stanowiska Pracy ds. Systemu Jakości.

W zakresie realizacji auditów wewnętrznych:

Do kontroli przedstawiono Listę auditorów wewnętrznych (Formularz: PO-05-05) z dnia 02.01.2023 r. sporządzoną przez Kierownika ds. Jakości, uwzględniającą 12 auditorów wewnętrznych:

- 1) [REDAKTOR] – Dyrektor PSSE,
- 2) [REDAKTOR] – Kierownik ONS,
- 3) [REDAKTOR] – Kierownik Sekcji HK,
- 4) [REDAKTOR] – Kierownik Sekcji HŻŻiPU,
- 5) [REDAKTOR] – Asystent Sekcji HP,
- 6) [REDAKTOR] - Starszy asystent Sekcji HK; Kierownik ds. Jakości,
- 7) [REDAKTOR] – Starszy asystent Sekcji HP,
- 8) [REDAKTOR] – Starszy asystent Sekcji HK,
- 9) [REDAKTOR] – Starszy asystent PZiOZ,
- 10) [REDAKTOR] – Starszy asystent Sekcji HŻŻiPU,
- 11) [REDAKTOR] – Kierownik Sekcji EP,
- 12) [REDAKTOR] – Starszy asystent Sekcji HŻŻiPU.

Program auditów wewnętrznych na rok 2023 (Formularz PO-05-01) został opracowany przez Kierownika ds. Jakości w dniu 06.12.2022 r. Zaplanowano przeprowadzenie 10 auditów wewnętrznych w następujących obszarach systemu zarządzania wg Księgi Jakości:

- 1) IV/ 2023 – ZNI – Zachowanie poufności informacji oraz ochrona praw własności klienta; Postępowanie z wyposażeniem.

- 2) IV/2023 – HŻZiPU – Pobieranie i postępowanie z próbkami sanitarnymi do badań mikrobiologicznych; Procedura urzędowej kontroli żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością; Procedura pobierania próbek żywności, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz próbek sanitarnych.
- 3) III/2023 – Dyrektor PSSE - Postępowanie ze skargami, wnioskami i reklamacjami; Przegląd zarządzania.
- 4) II/2023 – Kierownik ds. Jakości – Działania zapobiegawcze; Działania krygujące; Audyty wewnętrzne.
- 5) V/2023 – Epidemiologia – Procedura nadzoru nad bezpieczeństwem przechowywania preparatów szczepionkowych w magazynie PSSE Drezdenko; Postępowanie z odpadami niebezpiecznymi; Kontrola kompleksowa szpitala.
- 6) VI/2023 – HDiM – Procedura techniczna Sposób wykonywania działań w ramach zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego oraz zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń; Procedura prowadzenia nadzoru nad czynnościami kontrolnymi.
- 7) IX/2023 – HK – Procedura pobierania i postępowania z próbkami wody do badań fizykochemicznych; Procedura pobierania i postępowania z próbkami wody do badań mikrobiologicznych.
- 8) V/2023 – PZiOZ – Procedura Standardy postępowania podczas realizacji interwencji w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia; Nadzór nad dokumentacją i zapisami.
- 9) XI/2023 – Główny Księgowy – Zakupy usług i dostaw; Szkolenie personelu.
- 10) II/2023 – Inspektor Ochrony Danych – Polityka ochrony danych osobowych.

Do dnia kontroli wykonano 2 audyty z 2 zaplanowanych do przeprowadzenia w miesiącu lutym br. Na marginesie kontrolujący wskazuje, iż należałoby sporządzać dokument w sposób pozwalający jednoznacznie określić stan realizacji auditów – zgodnie z zawartą w programie legendą. Kontrolujący wskazuje, że sposób nanoszenia danych na program audytów odzwierciedla pośrednio cykl PDCA tj. Plan, Do, Check, Act (przyjmując pewną tezę, że realizacja programu audytów, czy też prowadzenie nadzoru nad funkcjonującym systemem jakości jest rodzajem procesu). Pole w wierszu zawierającym informacje o audycie, winno zostać podzielone na 4 mniejsze (zgodnie z legendą) i na etapie planowania nie powinno zawierać żadnych znaków „X”. Taki zapis w planie audytów odzwierciedla etap „Planowania” z cyklu PDCA. Zawarcie znaków „X” w poszczególnych 4 polach odzwierciedlać winno natomiast poszczególne etapy realizacji danego audytu – jego wykonanie, zaplanowanie ewentualnych działań korygujących oraz ich wykonanie, a na końcu sprawdzenie skuteczności takich działań. Tak wypełniony program audytów po zakończeniu okresu, na który został przygotowany, powinien w prosty sposób pokazywać które audyty zostały wykonane, w których konieczne było wprowadzenie działań korygujących oraz jeżeli takie działania były konieczne, to czy zostały wykonane i czy okazały się skuteczne. W przedłożonym do kontroli programie audytów, pola w poszczególnych wierszach nie zostały podzielone na 4 zgodnie z legendą, zaś w każdym dużym, niepodzielonym polu, już na etapie planowania oznaczono znakiem „X”. Mając na uwadze powyższe, wskazuje się, aby program audytów wypełniany był zgodnie z załączoną do niego legendą.

Do kontroli przedstawiono program audytów wewnętrznych na rok 2022 a także na rok 2021. W roku 2022 zaplanowano do realizacji 9 audytów wewnętrznych, wszystkie z nich zostały wykonane (1 audit zaplanowany na

czerwiec 2022 r. wykonano we wrześniu 2022 r). W roku 2021 zaplanowano do realizacji 9 audytów wewnętrznych, wszystkie z nich zostały wykonane, ponadto przeprowadzono 1 audit pozaplanowy z zakresu postępowania egzekucyjnego w administracji.

W obu dokumentach, analogicznie, jak wyżej zaznaczył kontrolujący, w sposób niezgodny z legendą oznaczono audyty zaplanowane oraz zrealizowane. Dokumenty zawierają natomiast odrębną adnotację, iż audyty zostały wykonane.

Przeanalizowano następującą, losowo wybraną dokumentację audytów wewnętrznych:

1. rok 2023 – zakres: określenie stopnia wdrożenia i zgodności z wymaganiami: Polityka ochrony danych osobowych – Oddział Ekonomiczno- Administracyjny i Obsługi.
 - a) Formularz PO-05-03- Powołanie zespołu auditorów – zawiadomienie o audycie z dnia 13.02.2023 r.
 - b) Formularz PO-05-04 – Oświadczenie auditora,
 - c) Formularz PO-05-07 – Lista pytań auditowych,
 - d) Formularz PO-05-08 – Karta auditu,
 - e) Formularz PO-05-03 – Plan auditu wewnętrznego.
 - f) Formularz PO-05-03 – Raport z auditu wewnętrznego z dnia 20.02.2023 r.,
2. rok 2022 – zakres: określenie stopnia wdrożenia i zgodności z wymaganiami: Procedury Technicznej: Sposób wykonywania działań w ramach zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego oraz zapobiegania zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń – PT/01 – Zapobiegawczy Nadzór Inwestycyjny.
 - a. Formularz PO-05-03- Powołanie zespołu auditorów – zawiadomienie o audycie z dnia 15.09.2022 r.
 - b. Formularz PO-05-04 – Oświadczenie auditora,
 - c. Formularz PO-05-03 – Plan auditu wewnętrznego,
 - d. Formularz PO-05-03 – Lista pytań auditowych,
 - e. Formularz PO-05-03 – Karta auditu,
 - f. Formularz PO-05-03 – Raport z auditu wewnętrznego z dnia 22.09.2022 r.
- i. rok 2021 – zakres: określenie stopnia wdrożenia i zgodności z wymaganiami Procedury Ogólnej: Procedura pobierania i postępowania z próbkami wody do badań fizykochemicznych PO-12, Procedura pobierania i postępowania z próbkami wody do badań mikrobiologicznych PO-13 Sekcja Higieny Komunalnej.
 - a) Formularz PO-05-03- Powołanie zespołu auditorów – zawiadomienie o audycie z dnia 10.05.2021 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 z dnia 17.05.2021 r.

W ocenie kontrolującego, listy pytań auditowych przygotowywane przez auditorów są obszerne, zawierają szczegółowe pytania, jednak z większości z tych pytań można wywnioskować przede wszystkim to, czy audytowany w dniu audytu zna treść normy/procedury będącej przedmiotem audytu. Dużo trudniej

wywnioskować z nich (o ile jest to w ogóle możliwe), czy dana norma/procedura jest w praktyce prawidłowo stosowana w audytowanej komórce organizacyjnej. Jako przykład wskazać należy pytania zawarte w liście pytań audytowych, datowanej na dzień 14.05.2021 r., do auditu w sekcji Higieny Komunalnej z zakresu „Określenie stopnia wdrożenia zgodności z wymaganiami Procedury Ogólnej PO-13 „Procedura pobierania i postępowania z próbkami wody do badań mikrobiologicznych”. Na ww. liście znalazły się pytania m.in. takie jak „Czy po odkręceniu kurka od razu można pobrać wodę do badania”, „Czy wylewkę kranu należy wysterylizować”, „Czy butelki do poboru wody powinny być sterylne”. Innym przykładem jest audit z dnia 20.02.2023 r. w Oddziale Ekonomiczno-Administracyjnym i Obsługi na stanowisku Sekretarki z zakresu „Określenie stopnia wdrożenia i zgodności z wymaganiami Polityki ochrony danych osobowych Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Drezdenku”. Na liście pytań w tym audicie, we wskazanej komórce organizacyjnej znalazły się takie pytania jak: „Czy Polityka danych osobowych PSSE w Drezdenku stanowi zbiór zasad i regulacji ochrony danych osobowych obowiązujących w Stacji”, „Kto jest odpowiedzialny za wdrożenie i utrzymanie niniejszej Polityki?”, „Komu podlega Osoba wyznaczona do wykonywania obowiązków Inspektora Ochrony Danych?”, „Czy polityka zawiera załączniki?”. Mając na uwadze przedłożoną do kontroli dokumentację audytów, zdaniem kontrolujących, po przeprowadzonych w PSSE w Drezdenku audytach nie otrzymuje się w pełni informacji zwrotnej o tym, czy w wystarczającym stopniu realizowane są w praktyce zapisy wprowadzonych procedur, tj. np. czy pobór wody do badań realizowany jest zgodnie z przyjętą procedurą ogólną PO-13 „Procedura pobierania i postępowania z próbkami wody do badań mikrobiologicznych” lub czy pracownicy przestrzegają zapisy wprowadzonej polityki ochrony danych osobowych – a jeżeli zawarty jest w niej regulamin ochrony danych, to czy pracownicy działają zgodnie z takim regulaminem.

Reasumując zatem, po analizie przedłożonej do kontroli dokumentacji audytowej, można odnieść wrażenie, iż przedmiotem audytów jest weryfikacja znajomości przez pracowników w dniu audytu obowiązującej procedury/normy, ewentualnie sprawdzenie prawidłowości treści samej procedury/ normy, nie zaś jej praktyczne stosowanie w poszczególnych komórkach organizacyjnych. W kartach auditu natomiast powielane są co do zasady treści procedur obowiązujących w PSSE. Kontrolujący zauważa zatem, że prowadzone działania audytowe wydają się być realizowane schematycznie.

Biorąc pod uwagę opisany wyżej automatyzm prowadzonych działań systemowych, który skutkuje również brakiem stwierdzanych nieprawidłowości podczas prowadzonych audytów, kontrolujący sugeruje zwiększenie nadzoru nad prowadzonymi działaniami audytowymi, by zapobiec dalszej stagnacji SZJ. Podczas audytów wewnętrznych prowadzonych w PSSE w Drezdenku auditorzy wewnętrzni powinni oceniać, czy stan faktyczny w danej komórce organizacyjnej w odniesieniu do zapisów procedur, jest odpowiedni dla zapewnienia realizacji celów systemu zarządzania jakością w PSSE.

Na marginesie kontrolujący wskazuje, iż przanalizowana dokumentacja SZJ z roku 2022 i 2023 w zakresie numeracji kolejnych formularzy powiela się, np. powołanie zespołu auditorów, plan auditu wewnętrznego, jak i raport z auditu wewnętrznego sporządzone są na formularzu o nr: PO-05-03. Kontrolujący wskazuje, że każdy sporządzany dokument posiadać winien indywidualny numer formularza, który ułatwiłby jego identyfikację w Systemie Zarządzania Jakością.

Mając na uwadze, powyższe kontrolujący nie może pozytywnie ocenić przedmiotowego zagadnienia. Pomimo formalnej kompletności dokumentacji auditów, kontrolujący dostrzega konieczność dokonania zmian w metodologii ich realizacji w PSSE w Drezdenku.

– **W zakresie działań korygujących:**

Udostępniony do kontroli Rejestr podjętych działań korygujących PSSE w Drezdenku prowadzony jest w formie papierowej. Formularz: PO-06-02 - rejestr nie zawiera żadnych wpisów. Przyczyną jest, jak wyżej zaznaczył kontrolujący, brak stwierdzanych niezgodności podczas przeprowadzanych auditów wewnętrznych w PSSE w Drezdenku, a co za tym idzie brak podejmowanych działań korygujących. Również w programach auditów wewnętrznych z lat 2021-2023 nie odnotowano informacji o zaplanowaniu, zrealizowaniu czy sprawdzeniu skuteczności działań korygujących.

W opinii kontrolującego brak dokumentacji w zakresie działań korygujących może świadczyć o nieprawidłowym funkcjonowaniu systemu zarządzania jakością, jednak z uwagi na brak dokumentacji podlegającej kontroli, tj. protokołów z analizy przyczyn niezgodności, kontrolujący odstąpił od oceny przedmiotowego zagadnienia.

– **W zakresie przeglądów zarządzania:**

Do kontroli udostępniono:

- Formularz PO-07-01 – Porządek dzienny przeglądu zarządzania nr 18,
- Formularz PO-07-02 – Protokół z przeglądu zarządzania nr 18,
- Formularz PO-07-01 – Porządek dzienny przeglądu zarządzania nr 17,
- Formularz PO-07-02 – Protokół z przeglądu zarządzania nr 17.

Podczas spotkań przeglądowych, które odbyły się w dniu 20 grudnia 2022 r. oraz w dniu 20 grudnia 2021 r. omówiono działalność PSSE w roku 2022 i 2021. Dokumenty zawierają informacje m.in. o ilości uczestników przeglądu wraz z podpisami (listy obecności), opis przebiegu przeglądu. Podczas spotkań omówiono stopień realizacji planów pracy w poszczególnych komórkach organizacyjnych PSSE, wyniki auditów wewnętrznych, skargi, wnioski, reklamacje oraz interwencje, szkolenie personelu a także sytuację kadrową w pionie ONS i komórkach współpracujących. Podczas przeglądów omawiano stan realizacji ustaleń z poprzedniego przeglądu zarządzania, propozycje zmian w Systemie Jakości, potrzeby zgłaszane przez pracowników a także ustalono cele na przyszły rok.

Protokoły są czytelne, podpisane przez protokolanta oraz zatwierdzone przez Dyrektora. Zapisy dokonywane są zatem w sposób prawidłowy i kompletny oraz zawierają załączniki – sprawozdania poszczególnych Sekcji/ stanowisk.

Wg oświadczenia Kierownika ds. Jakości spotkanie przeglądowe dot. roku 2023 odbędzie się w grudniu br.

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

Do kontroli udostępniono:

- Księgę Jakości PSSE w Drezdenku (egzemplarz nr 1 z dnia 25 kwietnia 2022 r.),

- Formularz PO-01-07 – Wykaz obowiązujących dokumentów Systemu Zarządzania (procedury ogólne i instrukcje). Wykaz posiada numery porządkowe, nazwy dokumentów, identyfikatory, datę wydania oraz nr wydania – zawiera 23 pozycje,
- Formularz PO-01-04 – Rejestr zmian, który zawiera wpis dot. zmiany Procedury PO-04 Postępowanie z wyposażeniem.

Nadzór nad dokumentacją Systemu Zarządzania odbywa się w sposób prawidłowy.

W zakresie funkcjonowania kontroli zarządczej:

Jak wynika z przedstawionej przez Kontrolowanego dokumentacji kontrola zarządcza w PSSE w Dreźnie została wprowadzona Zarządzeniem Nr 6 Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dreźnie z dnia 27.09.2011 r. wprowadzającym kontrolę zarządczą w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dreźnie, ponadto celem zapewnienia funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej określono następujące załączniki:

1. Zasady ogólne i standardy kontroli zarządczej (załącznik nr 1), gdzie określono szczegółowo następujące kwestie:
 - środowisko wewnętrzne,
 - cele i zarządzanie ryzykiem,
 - mechanizmy kontroli,
 - informację i komunikację,
 - monitorowanie i ocenę.
2. Kodeks etyki zawodowej pracowników PSSE w Dreźnie (załącznik nr 2). Kodeks Etyki wyznacza standardy postępowania, których powinni przestrzegać pracownicy PSSE w Dreźnie w związku z wykonywaniem swoich obowiązków oraz określa zasady i wartości etyczne. Każdy pracownik musi poświadczyć o zapoznaniu się przez niego z obowiązującymi zasadami zawartymi w Kodeksie Etyki PSSE w Dreźnie,
3. Wzór ankiety oceniających poziom zadowolenia klienta (załącznik nr 3) - wyniki z ankiet mają na celu wskazanie poziomu zadowolenia klientów oraz elementów wymagających udoskonalenia,
4. Zasady i tryb wyznaczania celów PSSE w Dreźnie, określania mierników ich realizacji oraz zasad monitorowania ich osiągnięcia (Załącznik nr 4),
5. Charakterystykę funkcji stałych (misji jednostki) PSSE w Dreźnie oraz zakres przedmiotowy zadań realizowanych w ramach danej funkcji (misji) stanowi załącznik nr 5,
6. Wzór powierzenia obowiązków i odpowiedzialności głównemu księgowemu PSSE w Dreźnie (załącznik nr 6),
7. Załącznikiem nr 7 wprowadzono Instrukcję w sprawie zasad kontroli dokumentów księgowych, która szczegółowo określa zasady rzetelnego i pełnego dokumentowania i rejestrowania operacji finansowych, ich zatwierdzania przez kierownika jednostki lub osoby przez niego upoważnione, podziału kluczowych obowiązków dotyczących zatwierdzania, realizacji i rejestracji operacji finansowych pomiędzy pracowników oraz ich weryfikacji przed i po realizacji,

8. Wzór oświadczenia o stanie kontroli zarządczej kierownika jednostki sektora finansów publicznych (załącznik nr 8).

Przedmiotowa dokumentacja w powyższym kształcie obowiązywała w PSSE w Dreżdenku do dnia 31.12.2022 r., gdy weszło w życie Zarządzenie Nr 25/2022 Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dreżdenku wprowadzające Regulamin kontroli zarządczej w PSSE w Dreżdenku – uchylając jednocześnie dotychczasowe zapisy dot. kontroli zarządczej.

Wprowadzony Regulamin kontroli zarządczej podzielono na sześć kategorii:

- I. Przepisy ogólne – w punkcie określono czym jest kontrola zarządcza, w jakim celu została wprowadzona w PSSE w Dreżdenku oraz z jakich składa się elementów,
- II. Środowisko wewnętrzne – ujęto dokumenty, które służą za podstawę stworzenia odpowiedniego środowiska wewnętrznego dla funkcjonowania kontroli zarządczej,
- III. Cele i zarządzanie ryzykiem – wskazano, że cel (misja) oraz podstawowe zadania służące jego realizacji określone zostały szczegółowo w statucie PSSE w Dreżdenku, natomiast zarządzanie ryzykiem uregulowano w Regulaminie zarządzania ryzykiem w PSSE w Dreżdenku,
- IV. Mechanizmy kontroli – określono funkcjonujące mechanizmy kontrolne służące do zbadania stanu faktycznego i porównania go z obowiązującą dla niego normą oraz ustalenie odchyień od tej normy. Mechanizmy kontrolne obejmują między innymi samokontrolę, kontrolę funkcjonalną oraz instytucjonalną,
- V. Informacja i komunikacja – wskazano jakie kanały i narzędzia służą do komunikacji wewnętrznej oraz zewnętrznej tj. podczas obsługi interesantów,
- VI. Monitorowanie systemów kontroli – przedstawiono procesy służące do monitorowania systemu kontroli zarządczej oraz oceny jego funkcjonowania.

Ponadto do Regulaminu kontroli zarządczej PSSE w Dreżdenku dołączono następujące załączniki:

- Załącznik nr 1 – wzór ankiety służącej do samooceny kontroli zarządczej w PSSE w Dreżdenku,
- Załącznik nr 2 – wzór oświadczenia o stanie kontroli zarządczej.

Regulamin polityki zarządzania ryzykiem został Zarządzeniem nr 11/2017/B Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dreżdenku z dnia 25.09.2017 roku w sprawie wprowadzenia regulaminu polityki zarządzania ryzykiem w PSSE w Dreżdenku i stanowi załącznik nr 1 do ww. zarządzenia. Dokument służy identyfikacji, analizie, a następnie opracowaniu i wdrożeniu działań mających na celu zredukowanie skutków mogącego wystąpić ryzyka. Opracowana polityka zarządzania ryzykiem ma na celu maksymalne ograniczenie zidentyfikowanego ryzyka, co powinno przyczynić się do bardziej efektywnego i racjonalnego osiągnięcia celów statutowych. Jednocześnie w celu optymalizacji procesu zarządzania ryzykiem wprowadzono także:

- Załącznik nr 2 – Przykładowe kategorie (obszary) ryzyka – dokument w formie tabelarycznej przedstawia przykładowe kategorie ryzyka wraz z przykładami dotyczącymi jego możliwych źródeł (przyczyn) oraz skutków. Wskazano cztery główne kategorie ryzyka tj. ryzyko finansowe, ryzyko dotyczące zasobów ludzkich, ryzyko działalności oraz ryzyko zewnętrzne. W każdej kategorii określono szczegółowo rodzaje ryzyk mogące występować w PSSE w Dreżdenku. Tabela nie jest zamkniętym katalogiem ryzyka,

- Załącznik nr 3 – w załączniku zdefiniowane zostały zasady oceny wpływu ryzyka (wpływ wysoki, średni oraz niski), zasady oceny stopnia prawdopodobieństwa ziszczenia się ryzyka (prawdopodobieństwo wysokie, średnie, niskie) oraz poziom istotności danego ryzyka (ryzyko poważne, umiarkowane i nieznaczące),
- Załącznik nr 4 – załącznikiem wprowadzono wzór arkusza służącego do identyfikacji, oceny oraz określenia metody przeciwdziałania ryzyku,
- Załącznikiem nr 5 określono wzór rejestru ryzyk PSSE w Dreźnie.

W PSSE w Dreźnie przeprowadzono analizę ryzyka na podstawie wzoru stanowiącego załącznik nr 4 do Zarządzenia nr 11/2017/B Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dreźnie z dnia 25.09.2017 roku. Zdefiniowano zadania podlegające badaniu, ryzyko, wpływ oraz prawdopodobieństwo wystąpienia. Dla wszystkich zadań określono sposoby radzenia z ryzykiem – proponowane działania zmniejszające ryzyko do akceptowalnego poziomu.

W trakcie kontroli ustalono, iż Dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dreźnie sporządza oświadczenia o stanie kontroli zarządczej. Oświadczenia sporządzane są wg wzoru określonego w drodze przepisów wewnętrznych. Do końca 2022 r. oświadczenia sporządzane były na podstawie wzoru określonego w załączniku nr 8 do Zarządzenia nr 6 Dyrektora PSSE w Dreźnie z dnia 27.09.2011 r. W dniu 31.12.2022 r. wprowadzono Zarządzenie nr 25/2022 Dyrektora PSSE w Dreźnie ustanawiające m.in. nowy wzór oświadczenia o stanie kontroli zarządczej (załącznik nr 2 do Regulaminu 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 ww. 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).

Dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dreźnie jako osoba odpowiedzialna za zapewnienie funkcjonowania kontroli zarządczej powinna corocznie, w terminie określonym w art. 70 ust. 3 ww. ustawy, sporządzać Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej – z dokumentów przyjętych do kontroli wynika, że Oświadczenia sporządzane są terminowo.

Podczas wykonywania czynności kontrolnych stwierdzono, iż zgodnie z wymaganiami art. 70 ust. 5 ww. ustawy Oświadczenia o stanie kontroli zarządczej są zamieszczone na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej PSSE w Dreźnie.

Podsumowując, stwierdzić należy, że kontrolowany spełnia formalne wymogi corocznego sporządzania oświadczenia o stanie kontroli zarządczej oraz publikacji tego dokumentu na stronach Biuletynu Informacji Publicznej, z zastrzeżeniem jednak, iż z uwagi na fakt, iż wzór oświadczenia o stanie kontroli zarządczej określony jest za pomocą przepisów powszechnie obowiązujących, należałoby odstąpić od jego wprowadzenia w drodze przepisów wewnętrznych tj. za pomocą załącznika do zarządzenia.

W obszarze związanym z analizą ryzyka, w tym ryzyka korupcyjnego:

Pismem z dnia 10.07.2020 r., znak: ŚZ.SE.070.2.2020 działający z upoważnienia Głównego Inspektora Sanitarnego, Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego przekazał tut. organowi oraz PPIS z terenu województwa lubuskiego rekomendacje Ministra Zdrowia dotyczące wdrożenia sektorowego programu edukacyjnego, skierowanego do pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Rekomendacje te stanowią realizację działania 5.3. Rządowego Programu Przeciwdziałania Korupcji na lata 2018-2020 i zostały przygotowane we współpracy z Głównym Inspektorem Sanitarnym i mają na celu ujednoczenie kwestii proceduralnych dotyczących zagadnienia przeciwdziałaniu korupcji w skali ogólnopolskiej oraz unifikację działań edukacyjno-prewencyjnych w tym obszarze.

Mając na uwadze powyższe oraz realizację zadań wskazanych w Wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego do planowania i działalności PIS – Ogólne kierunki działania jednostek PIS w 2021 roku zawarte w pkt III.5., tj. Sprawowanie nadzoru, organizacja kontroli i działalność antykorupcyjna a także uwzględniając Zasadnicze zamierzenia Departamentu Nadzoru i Kontroli GIS określone w pkt IV od 2-6, Lubuski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Gorzowie Wlkp. pismem z dnia 11.03.2021 r., znak: OPA.021.15.2020 przypomniał PPIS z terenu woj. lubuskiego o konieczności realizacji, w terminie do dnia 31 marca 2021 r., następujących przedsięwzięć:

1. Wprowadzenie we wszystkich jednostkach organizacyjnych PIS woj. lubuskiego rozwiązań antykorupcyjnych w ramach realizacji Rządowego Programu Przeciwdziałania Korupcji na lata 2018-2020:
 - a. procedury postępowania z prezentami,
 - b. procedury postępowania w sytuacjach korupcyjnych,
 - c. wykazu stanowisk narażonych na korupcję,
 - d. obowiązku analizy ryzyk korupcyjnych.
2. Przeprowadzenie we wszystkich jednostkach organizacyjnych PIS woj. lubuskiego analizy ryzyka korupcyjnego w ramach kontroli zarządczej.
3. Przekazanie do WSSE informacji o realizacji działań antykorupcyjnych wymienionych w pkt 1 i 2 – razem z informacją o działalności antykorupcyjnej za I kwartał 2021 r.

Tut. organ wskazał również, iż dostrzega konieczność powołania w prowadzonych przez PPIS jednostkach koordynatorów działań antykorupcyjnych, wypełniających jednocześnie funkcję doradców etycznych na poziomie PSSE. LPWIS w Gorzowie Wlkp. zobowiązał PPIS do przekazania informacji zawierającej dane osoby wyznaczonej do realizacji ww. zadań w jednostkach, ze wskazaniem stanowiska, telefonu kontaktowego oraz adresu poczty elektronicznej, w terminie do dnia 20.03.2021 r. na wskazany adres poczty elektronicznej.

PPIS w Dreżdenku pismem z dnia 18.03.2021 r., znak: KD.021.2021 poinformował tut. organ, iż do pełnienia funkcji koordynatora działań antykorupcyjnych na poziomie PSSE w Dreżdenku została powołana [REDAKTOWANE] – Inspektor ds. pracowniczych, zatrudniona na Stanowisku Pracy ds. pracowniczych. Koordynator działań antykorupcyjnych w PSSE w Dreżdenku powołany został na podstawie Zarządzenia nr 5A/2021 r. Dyrektora PSSE w Dreżdenku z dnia 15.03.2021 r.

PPIS w Dreżdenku w dniu 09.04.2021 r. przesłał sprawozdanie w zakresie przeszkolenia pracowników i przeciwdziałania korupcji oraz liczby wydanych zgód na prowadzenie działalności gospodarczej/ zajęć zarobkowych za I kwartał 2021 r. Jednocześnie PPIS w Dreżdenku poinformował tut. organ o wprowadzeniu rozwiązań antykorupcyjnych w ramach realizacji Rządowego Programu Przeciwdziałania Korupcji.

Polityka antykorupcyjna PSSE w Dreżdenku została wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora PSSE Nr 3/2021 r. z dnia 29.02.2021 r. w sprawie wprowadzenia Polityki antykorupcyjnej i stanowi załącznik do ww. zarządzenia. Dokument został podzielony na VI rozdziałów tj.:

- Rozdział I „Cel i zakres procedury” – określono w jakim celu wprowadzana jest Polityka antykorupcyjna oraz kogo dotyczy i w jakich sytuacjach,
- Rozdział II „Definicje” – wskazano i wyjaśniono pojęcia stosowane w przedmiotowym dokumencie,
- Rozdział III „Zakres praw i obowiązków” – określono jakie prawa i obowiązki przysługują pracownikowi w związku ze zdarzeniami korupcyjnymi, zdefiniowano schemat postępowania w przypadku zaistnienia takiej sytuacji,
- Rozdział IV „Obszary podwyższonego ryzyka” – sprecyzowano jakie obszary działalności PSSE w Dreżdenku są szczególnie zagrożone występowaniem mechanizmów korupcjogennych czy obciążone ryzykiem powstania sytuacji konfliktu interesów,
- Rozdział V „Metody zapobiegania i mechanizmy przeciwdziałania” – wskazano jakie działania są podejmowane w PSSE w Dreżdenku, aby zapobiec powstaniu zjawisk noszących znamiona korupcji, konfliktów interesów czy nadużyć,
- Rozdział VI „Postanowienia końcowe” – w postanowieniach końcowych określono m.in. kto odpowiedzialny jest za nadzór nad wykonywaniem zapisów Polityki antykorupcyjnej PSSE w Dreżdenku.

Załącznikami do Polityki antykorupcyjnej PSSE w Dreżdenku są:

- Załącznikiem nr 1 wprowadzono wzór oświadczenia o zapoznaniu się przez pracownika z Polityką antykorupcyjną Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dreżdenku i zobowiązaniu się do przestrzegania postanowień w niej zawartych,
- Wykaz stanowisk narażonych na zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka nadużyć, w tym korupcji – dokument podzielono na dwa punkty, w których określono: wykaz stanowisk kierowniczych oraz wykaz stanowisk uwzględniający stanowiska z określonym czynnikiem „zagrożenie korupcyjne” (załącznik nr 2),
- Procedura postępowania z prezentami (załącznik nr 3) – dokument wskazuje sytuacje w których zabronione jest przyjmowanie jakichkolwiek prezentów, wyjątki od tej reguły oraz sposób postępowania w przypadku otrzymania korzyści finansowej czy rzeczowej,
- Załącznik nr 4 stanowi Rejestr korzyści – w rejestrze wskazuje się kto przyjął korzyść, kiedy i w jakich okolicznościach doszło do jej przyjęcia, rodzaj otrzymanej korzyści oraz szacunkową jej wartość.

W PSSE w Dreżdenku prowadzony jest również Rejestr Zgłoszeń Nadużyć oraz Rejestr Konfliktów Interesów.

Ww. dokumenty stanowią elementy systemu przeciwdziałania nadużyciom, w tym korupcji, mają na celu uwierzytelnienie działań PSSE w obszarze przeciwdziałania korupcji.

Przeanalizowano przesłaną dokumentację i ustalono, iż w PSSE w Dreżdenku przeprowadzona jest analiza ryzyk korupcyjnych. W arkuszu analizy zdefiniowano szczegółowe obszary ryzyka, prawdopodobieństwo i skutek jego wystąpienia oraz mechanizmy kontrolne eliminujące ryzyko lub redukujące je do akceptowalnego poziomu.

– **w zakresie formalno-prawnej poprawności prowadzonych przez PPIS w Dreżdenku postępowań wszczętych na podstawie wniosków w trybie u.d.i.p.:**

Kontrolowany przedłożył do wglądu prowadzony w PSSE w Dreżdenku rejestr wniosków o udostępnienie informacji publicznej. Zgodnie z przedłożonym rejestrem, w 2021 r. do PSSE w Dreżdenku wpłynęło 10 wniosków o udostępnienie informacji publicznej. Zaznaczyć należy, że w toku dalszych czynności kontrolnych ustalono, że jedna ze spraw została błędnie zarejestrowana jako wniosek o udostępnienie informacji publicznej (w trybie u.d.i.p.), ponieważ składający wniosek powołał się w nim na art. 20 ustawy z dnia 9 maja 1996 r. o wykonywaniu mandatu posła i senatora, nie zaś ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej. Odpowiedź PPIS w Dreżdenku, pomimo że wskazano w niej, że w ocenie tego organu złożony przez posła wniosek nie wyczerpuje znamion interwencji poselskiej, o której mowa w ww. przepisie, nie może być automatycznie zakwalifikowana jako odpowiedź na wniosek z zakresu dostępu do informacji publicznej. Uznać zatem należy, że do PSSE w Dreżdenku w 2021 r. wpłynęło 9 wniosków złożonych w trybie u.d.i.p. Zaleca się, aby w prowadzonym rejestrze uzupełniać informacje dotyczące zarówno daty wpływu wniosku jak i daty udzielenia odpowiedzi lub załatwienia sprawy.

Zgodnie z przedłożonym rejestrem, w 2022 r. do PSSE w Dreżdenku wpłynęły 3 wnioski o udostępnienie informacji publicznej, natomiast w 2023 r., do dnia kontroli wpłynął 1 wniosek.

Z przedłożonego do kontroli rejestru wniosków o udzielenie informacji publicznej kierowanych do PPIS w Dreżdenku do szczegółowej analizy wybrano losowo dwa postępowania.

Pierwszym z nich było postępowanie wszczęte wnioskiem [REDAKTOWANE] z dnia 31.03.2022 r., którym zwrócił się on o udostępnienie informacji publicznej obejmującej następujące dane:

„Dla osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą lub/i pod postacią dowolnej spółki prawa handlowego w ujęciu kwartalnym za Okres od 1 kwietnia 2020 do 31 grudnia 2021:

1. Ile było wydanych przez Powiatowego Inspektora Sanitarnego decyzji o nałożeniu kary administracyjnej w związku z nieprzestrzeganiem obostrzeń związanych z COVID-19.
2. Ile decyzji zostało zaskarżonych do Sądu.
3. Jaka była łączna suma nałożonych i wyegzekwowanych kar.”

Odpowiedzi na przedmiotowy wniosek PPIS w Dreżdenku udzielił pismem z dnia 23.05.2022 r.. Dane przekazane zostały w formie wskazanej przez wnioskodawcę. Z udzielonej odpowiedzi wynika, że PPIS w Dreżdenku wydał 1 decyzję o nałożeniu kary administracyjnej (w II kwartale 2020 r.), jednak nie została ona wyegzekwowana. W pozostałych okresach wskazanych przez wnioskodawcę, PPIS w Dreżdenku nie wydawał tego rodzaju decyzji.

Kontrolujący ma na uwadze, że PPIS w Drezdenku popełnił błąd i nie rozpatrzył ww. wniosku zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym nie dochował terminów określonych w art. 13 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie do informacji publicznej, zgodnie z którym udostępnianie informacji publicznej na wniosek następuje bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku.

Z uwagi na wskazane wyżej okoliczności, sposobu przeprowadzenia ww. postępowania kontrolujący nie może ocenić pozytywnie, zaś wskazane nieprawidłowości winny zostać usunięte przez kontrolowanego oraz nie powinny być powielane w innych postępowaniach z zakresu u.d.i.p.

Drugim z przyjętych do analizy postępowań było postępowanie wszczęte wnioskiem [REDAKTOWANE]

Wnioskodawczyni powołała się na art. 2 w zw. Z art. 15 u.d.i.p. oraz zażądała udostępnienia następujących danych cyt.

- „1. Czyli szczepimy się kilkakrotnie przeciw tej samej chorobie pomimo że czas ochrony wynosi po 10 lat nawet, dlatego że ustawa o tym mówi. Jednakże ustawa nie wyjaśnia czemu to służy, czym się podpira taka ustawa, czy sanepid wie czemu to służy?
2. Czyli osoby powyżej 19 roku życia nie są obarczone przymusem administracyjnym przez sanepid, gdyż sanepid nie ma ewidencji braku szczepień przypominających u tych osób,
3. Skoro nie wiadomo kto ustala listę przeciwwskazań do szczepień w Polsce, to w jaki sposób lekarz przeprowadzający badanie kwalifikacyjne kwalifikuje pacjenta?
4. Skoro obowiązek szczepienia wynika wprost z ustawy to czy nie jest to sprzeczne z Konstytucją RP? Która w art.47 gwarantuje każdemu prawo do ochrony życia prywatnego, rodzinnego oraz do decydowania o swoim życiu osobistym? A przymuszanie do szczepień mogą wywołać odczyny: łagodne, poważne i ciężkie
5. Rozumiem już z jakich środków są realizowane odszkodowania ale w jaki sposób możemy się o nie ubiegać np. za śmierć lub uszczerbek na zdrowiu na skutek niepożądanych odczynów poszczepiennych wymienionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia?
6. Czy prawdą jest że Światowa Organizacja Zdrowia zaleca szczepienia ochronne?
7. Czy światowa Organizacja zdrowia zaleca przymuszanie do wykonywania szczepień ochronnych?
8. Jaka jest populacja osób dorosłych którzy poddają się szczepieniom zalecanym?
9. Czy wielkość populacji osób dorosłych poddających się szczepieniom zalecanym ma wpływ na tworzenie zbiorowej odporności. Jeśli tak to jaki?”.

Kontrolujący nadmienia w tym miejscu, iż dostrzega, że zakres wniosku w znacznej części nie dotyczy udostępnienia przez PPIS informacji publicznej w rozumieniu u.d.i.p.

PPIS w Drezdenku pismem z dnia 20.08.2021 r. znak Ep.9027.3.1.1.2021.MP udzielił wnioskodawczyni odpowiedzi na jej wniosek.

W piśmie adresowanym do strony PPIS przekazał żądane informacje publiczne w zakresie w jakim był w ich posiadaniu oraz wyjaśnił, jaki zakres wniosku nie może zostać zakwalifikowany jako informacja publiczna. W przesłanej wnioskodawcy odpowiedzi odniesiono się do każdego z pytań zadanych przez wnioskodawcę,

przedstawiono i wyjaśniono stanowisko organu, w przypadku, w którym nie był on w posiadaniu określonych danych, lub nie stanowiły one informacji publicznej w rozumieniu u.d.i.p.

Kontrolujący nie ma uwag do sposobu przeprowadzenia ww. postępowania. W tym miejscu wskazać należy jednak, niejako na marginesie, iż nadając znak sprawie PPIS w Dreddenku wykorzystał niewłaściwy symbol kwalifikacyjny JRWA. W załączniku nr 5 do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r. nr 14 poz. 67), w którym określono jednolity rzeczowy wykaz akt dla organów administracji rządowej zespolonej w województwie i urzędów obsługujących te organy (którym jest PPIS w Dreddenku oraz odpowiednio PSSE w Dreddenku), wskazano, iż sprawy z zakresu udostępniania informacji publicznej winny opatrzone być symbolem kwalifikacyjnym 1331, nie zaś 9027. Podkreślić należy, iż organy administracji rządowej zespolonej w województwie nie mają dowolności w zakresie stosowanych symboli kwalifikacyjnych. Sprawy rozpatrywane w trybie u.d.i.p. winny zatem bez wyjątków być rejestrowane z wykorzystaniem właściwego symbolu kwalifikacyjnego tj. 1331. Powyższe traktować należy jako uchybienie.

8. Zakres, przyczyny i skutki stwierdzonych nieprawidłowości:

- **w zakresie prawidłowości sporządzenia statutu i regulaminu organizacyjnego:** nie stwierdzono nieprawidłowości, zaleca się aby doprecyzować zapisy określające zadania Sekcji Higieny Pracy PSSE w Dreddenku (§ 15), poprzez wskazanie, iż ww. komórka organizacyjna zaangażowana jest w kontrolę przestrzegania przepisów w zakresie zakazu wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych, w tym w działania zmierzające do ograniczania dostępności nowych narkotyków (środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych) w cyberprzestrzeni, a także współpracę w tym zakresie z organami Służby Celnej, Policji, Prokuratury, Inspekcji Farmaceutycznej. Zaleca się również przeanalizowanie, czy treść statutu i regulaminu organizacyjnego PSSE w Dreddenku nie wymaga dostosowania ze względu na okoliczności, o których mowa w piśmie tut. organu z dnia 21.03.2023 r. znak OPA.0122.3.2023 tj. zmianę stanu prawnego w zakresie elementów pozamilitarnego systemu obrony Państwa oraz podjęcie ewentualnych działań zmierzających do aktualizacji treści tych dokumentów.
- **W zakresie poprawności i terminowości sporządzenia obowiązkowych sprawozdań statystycznych:** nie stwierdzono nieprawidłowości. Nie sformułowano zaleceń.

W obszarze systemu zarządzania jakością:

- **w zakresie realizacji auditów wewnętrznych:** stwierdzono następujące nieprawidłowości:
 - w przedłożonym do kontroli programie auditów, pola w poszczególnych wierszach nie zostały podzielone na 4 zgodnie z legendą, zaś w każdym dużym, niepodzielonym polu, już na etapie planowania oznaczono znakiem „X”. Mając na uwadze powyższe, wskazuje się, aby program auditów wypełniany był zgodnie z załączoną do niego legendą i umożliwiał w każdym momencie jednoznaczne określenie stanu realizacji auditów wewnętrznych,
 - zdaniem kontrolujących, po przeprowadzonych w PSSE w Dreddenku audytach nie otrzymuje się w pełni informacji zwrotnej o tym, czy w wystarczającym stopniu realizowane są w praktyce zapisy

wprowadzonych procedur/norm. Po analizie przedłożonej do kontroli dokumentacji audytowej, można odnieść wrażenie, iż przedmiotem auditów jest weryfikacja znajomości przez pracowników w dniu auditu obowiązującej procedury/normy, ewentualnie sprawdzenie prawidłowości treści samej procedury/ normy, nie zaś jej praktyczne stosowanie w poszczególnych komórkach organizacyjnych. W kartach auditu natomiast powielane są co do zasady treści procedur obowiązujących w PSSE. Kontrolujący zauważa zatem, że prowadzone działania audytowe wydają się być realizowane schematycznie. Biorąc pod uwagę opisany wyżej automatyzm prowadzonych działań systemowych, który skutkuje również brakiem stwierdzanych nieprawidłowości podczas prowadzonych auditów, kontrolujący sugeruje zmianę metodologii realizacji działań audytowych, by zapobiec dalszej stagnacji SZJ,

- z uwagi na fakt wystąpienia powielania numeracji formularzy SZJ (rok 2022 i 2023), kontrolujący zaleca zachowanie należytej staranności przy prowadzeniu działań systemowych w zakresie sporządzanej dokumentacji.
- w zakresie przeglądów zarządzania: nie stwierdzono nieprawidłowości. Nie sformułowano zaleceń.
- w zakresie działań korygujących: Biorąc pod uwagę brak stwierdzanych nieprawidłowości podczas prowadzonych auditów, a co za tym idzie brak podjętych działań korygujących, kontrolujący odstąpił od oceny przedmiotowego zagadnienia.
- w zakresie nadzoru nad dokumentacją systemu zarządzania jakością: nie stwierdzono nieprawidłowości. Nie sformułowano zaleceń.
- w zakresie funkcjonowania kontroli zarządczej: nie stwierdzono nieprawidłowości. Z uwagi na fakt, iż wzór oświadczenia o stanie kontroli zarządczej określony jest za pomocą przepisów powszechnie obowiązujących, należałoby odstąpić od jego wprowadzenia w drodze przepisów wewnętrznych tj. za pomocą załącznika do zarządzenia.
- w obszarze związanym z analizą ryzyka korupcyjnego: nie stwierdzono nieprawidłowości.
- w zakresie formalno-prawnej poprawności prowadzonych przez PPIS w Dreddenku postępowań wszczętych na podstawie wniosków w trybie u.d.i.p.: stwierdzono nieprawidłowość związaną z nierozpatrzeniem w ustawowych terminach jednego z dwóch przyjętych do szczegółowej analizy powstępowania prowadzonych w trybie u.d.i.p. Stwierdzono uchybienie polegające na sprawie wykorzystywaniu przez PPIS w Dreddenku niewłaściwych symboli kwalifikacyjnych JRWA.

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

- **w zakresie prawidłowości sporządzenia statutu i regulaminu organizacyjnego**: nie stwierdzono nieprawidłowości, zaleca się aby doprecyzować zapisy określające zadania Sekcji Higieny Pracy PSSE w Dreddenku (§ 15), poprzez wskazanie, iż ww. komórka organizacyjna zaangażowana jest w kontrolę przestrzegania przepisów w zakresie zakazu wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych, w tym w działania zmierzające do ograniczania dostępności nowych narkotyków (środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych) w cyberprzestrzeni, a także współpracę w tym zakresie z organami Służby Celnej, Policji, Prokuratury, Inspekcji Farmaceutycznej. Zaleca się również przeanalizowanie, czy treść statutu i regulaminu organizacyjnego PSSE w Dreddenku nie wymaga

dostosowania ze względu na okoliczności, o których mowa w piśmie tut. organu z dnia 21.03.2023 r. znak OPA.0122.3.2023 tj. zmianę stanu prawnego w zakresie elementów pozamilitarnego systemu obrony Państwa oraz podjęcie ewentualnych działań zmierzających do aktualizacji treści tych dokumentów.

W obszarze systemu zarządzania jakością:

- **w zakresie realizacji auditów wewnętrznych:** stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- w przedłożonym do kontroli programie auditów, pola w poszczególnych wierszach nie zostały podzielone na 4 zgodnie z legendą, zaś w każdym dużym, niepodzielonym polu, już na etapie planowania oznaczono znakiem „X”. Mając na uwadze powyższe, zaleca się, aby program auditów wypełniany był zgodnie z załączoną do niego legendą i umożliwiał w każdym momencie jednoznaczne określenie stanu realizacji auditów wewnętrznych,
- zdaniem kontrolujących, po przeprowadzonych w PSSE w Dreddenku audytach nie otrzymuje się w pełni informacji zwrotnej o tym, czy w wystarczającym stopniu realizowane są w praktyce zapisy wprowadzonych procedur/norm. Po analizie przedłożonej do kontroli dokumentacji audytowej, można odnieść wrażenie, iż przedmiotem auditów jest weryfikacja znajomości przez pracowników w dniu auditu obowiązującej procedury/normy, ewentualnie sprawdzenie prawidłowości treści samej procedury/ normy, nie zaś jej praktyczne stosowanie w poszczególnych komórkach organizacyjnych. W kartach auditu natomiast powielane są co do zasady treści procedur obowiązujących w PSSE. Kontrolujący zauważa zatem, że prowadzone działania audytowe wydają się być realizowane schematycznie. Biorąc pod uwagę opisany wyżej automatyzm prowadzonych działań systemowych, który skutkuje również brakiem stwierdzanych nieprawidłowości podczas prowadzonych auditów, kontrolujący sugeruje zmianę metodologii realizacji działań audytowych, by zapobiec dalszej stagnacji SZJ,
- z uwagi na fakt wystąpienia powielania numeracji formularzy SZJ (rok 2022 i 2023), kontrolujący zaleca zachowanie należytej staranności przy prowadzeniu działań systemowych w zakresie sporządzanej dokumentacji.

- **w zakresie funkcjonowania kontroli zarządczej:** nie stwierdzono nieprawidłowości. Z uwagi na fakt, iż wzór oświadczenia o stanie kontroli zarządczej określony został za pomocą Rozporządzenia 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), należałoby odstąpić od jego wprowadzenia w drodze przepisów wewnętrznych tj. za pomocą załącznika do zarządzenia.

- **w zakresie formalno-prawnej poprawności prowadzonych przez PPIS w Dreddenku postępowań wszczętych na podstawie wniosków w trybie u.d.i.p.:** stwierdzono nieprawidłowość związaną z nierozpatrzeniem w ustawowych terminach jednego z dwóch przyjętych do szczegółowej analizy powstępowania prowadzonych w trybie u.d.i.p. Stwierdzono uchybienie polegające na sprawie wykorzystywaniu przez PPIS w Dreddenku niewłaściwych symboli kwalifikacyjnych JRWA. PPIS w Dreddenku winien rozpatrywać sprawy z zakresu dostępu do informacji publicznej zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym dochowywać terminów określonych w art. 13 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie do informacji publicznej, zgodnie z którym udostępnianie informacji publicznej na

wniosek następuje bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku. Kontrolowany winien stosować również właściwe symbole kwalifikacyjne JRWA (dla spraw z zakresu u.d.i.p. – 1331).

10. Informacje o wykonaniu zaleceń lub wykorzystaniu wniosków, a także o podjętych działaniach lub przyczynach ich niepodjęcia należy przekazać w terminie: do 31 sierpnia 2023 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 Dreźnie, drugi dla LPWIS. Od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.

.....
(data, podpis i pieczęć LPWIS)

* - niepotrzebne skreślić

** - uzupełnić w przypadku stwierdzenia takiej konieczności