

LUBUSKI PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI
 INSPEKTOR SANITARNY
 ul. Kazimierza Jagiellończyka 8 B
 55-400 Gorzów Wlkp.
 tel. 95 722-60-57 fax 95 722-46-52
 (1)

Gorzów Wlkp., dnia 04.07.2019 r.

pieczęć LPWIS w Gorzowie Wlkp.

Znak sprawy:

OPA 1611.1.2019

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE Z KONTROLI KOMPLEKSOWEJ

W POWIATOWEJ STACJI SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNEJ W ZIELONEJ GÓRZE

1. Data rozpoczęcia kontroli: 13.03.2019 r.

Data zakończenia kontroli: 13.03.2019 r.

2. Kontrolowana komórka organizacyjna PSSE: Stanowisko Głównego Specjalisty ds. Systemu Jakości, Sekcja Organizacji i Analiz, Sekcja Epidemiologii (dokumentacja postępowania administracyjnego i postępowania dot. wniosku u.d.i.p),

3.1. Imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby/ osób przeprowadzających kontrolę zgodnie z upoważnieniem LPWIS – upoważnienie nr KD-222.7.2.2019 z dnia 19.02.2019 r.:

Lukasz Karwacki – Koordynator Oddziału Organizacji, Planowania i Analiz

Katarzyna Szalewska – Młodszy asystent Oddziału Organizacji, Planowania i Analiz

3.2. Imię i nazwisko osoby/ osób biorących udział w kontroli ze strony PSSE w Zielonej Górze:

..... – Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Zielonej Górze

..... – Zastępca Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Zielonej Górze

..... – Kierownik Sekcji Organizacji i Analiz

..... – Starszy statystyk medyczny

..... – Kierownik Sekcji Epidemiologii

4. Zakres kontroli:

- weryfikacja treści statutu i regulaminu organizacyjnego,
- poprawność i terminowość sporządzenia obowiązkowych sprawozdań statystycznych,
- realizacja działań z zakresu aktualizacji bazy obiektów nadzorowanych (1.01.2018 r. do dnia kontroli),
- formalnoprawna poprawność postępowań administracyjnych prowadzonych przez PPIS w Zielonej Górze,
- poprawność postępowań prowadzonych w trybie ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie do informacji publicznej przez PPIS w Zielonej Górze,
- ocena funkcjonowania systemu zarządzania w jednostce inspekcyjnej: realizacja audytów wewnętrznych oraz przeglądów zarządzania, podejmowane działania korygujące oraz nadzór nad dokumentacją i zapisami oraz funkcjonowanie kontroli zarządczej.

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

- w obszarze działania PSSE w Zielonej Górze, które w WSSE w Gorzowie Wlkp. prowadzone są przez Oddział Organizacji Planowania i Analiz – pozytywnie z zaleceniami,
- w obszarze systemu zarządzania jakością – pozytywnie,
- w obszarze kontroli zarządczej – pozytywnie,
- w obszarze formalno-prawnej poprawności prowadzonych przez PPIS w Zielonej Górze postępowań administracyjnych – pozytywnie,
- w obszarze formalno-prawnej poprawności prowadzonych przez PPIS w Zielonej Górze postępowań wszczętych na podstawie wniosków w trybie u.d.i.p. – pozytywnie.

5.1. Ocena skontrolowanej działalności, ze wskazaniem ustaleń, na których została oparta:**- w zakresie prawidłowości sporządzenia statutu i regulaminu organizacyjnego:**

Podczas kontroli do analizy przyjęto przedłożony przez PPIS w Zielonej Górze statut PSSE w Zielonej Górze w jego aktualnym brzmieniu uwzględniającym zmiany dokonane do dnia 13.07.2018 r. (Zarządzenie Wojewody Lubuskiego z dnia 13.07.2018 r. w sprawie zmiany zarządzenia w sprawie nadania statutowi Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gorzowie Wielkopolskim oraz powiatowym stacjom sanitarno-epidemiologicznym położonym na obszarze województwa lubuskiego) oraz regulamin organizacyjny PSSE w Zielonej Górze wprowadzony zarządzeniem Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zielonej Górze nr 9/2018 z dnia 26.06.2018 r. (zatwierdzony przez Wojewodę Lubuskiego w dniu 23.08.2018 r.).

Zgodnie z art. 42 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 160) 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 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, podaje się do wiadomości pacjentów przez ich wywieszenie w widoczny sposób w miejscu udzielania świadczeń oraz 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 Zielonej Górze pod kątem spełniania przez te akty wymogów określonych w przytoczonych wyżej przepisach ustawy o działalności leczniczej.

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

Informacje o których mowa 24 ust. 1 pkt 4, 9, 11 i 12 w dniu kontroli opublikowane były w siedzibie PSSE w Zielonej Górze, w BIP jako załączniki do regulaminu organizacyjnego w menu przedmiotowym w zakładce Podstawa działalności, a także na stronie internetowej PSSE w Zielonej Górze w zakładce „Usługi/Badania”.

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 za rok 2018 oraz do dnia kontroli wypełnione były zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie wzorami i instrukcjami wypełniania.

– w zakresie aktualizacji bazy obiektów nadzorowanych (od 1.01.2018 r. do dnia kontroli):

Stacja prowadzi bazę obiektów nadzorowanych. Analizując czynności w „Dzienniku zdarzeń” w 2018 r. oraz do dnia kontroli stwierdzono samodzielne usuwanie podmiotów z Rejestru obiektów przez pracowników Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zielonej Górze posiadających dostęp do bazy i możliwość edytowania. Wobec powyższego niewykonywane są zalecenia zawarte w piśmie Lubuskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Gorzowie Wlkp. z dn. 24.03.2016 r., znak: OPA.1230.1.2016 dot. przesyłania drogą elektroniczną do WSSE w Gorzowie Wlkp. wniosków, w przypadku konieczności usunięcia podmiotów z bazy.

W obszarze systemu zarządzania jakością:

Funkcję Głównego Specjalisty ds. Systemu Jakości pełni _____ – zajmująca stanowisko Kierownika Sekcji Organizacji i Analiz.

– w zakresie realizacji auditów wewnętrznych:

Główny Specjalista ds. Systemu Jakości prowadzi rejestr – Formularz PO-05-05 - “Listę auditorów wewnętrznych” (z dnia 12.11.2018 r.), na którą wpisane jest 15 osób, tj.

1. _____ - Główny Specjalista ds. Systemu Jakości,
2. _____ - Z-ca PPIS w Zielonej Górze,
3. _____ - Kierownik Sekcji Nadzoru Zapobiegawczego,
4. _____ - Kierownik Sekcji Higieny Dzieci i Młodzieży,
5. _____ Kierownik Sekcji Higieny Żywności, Żywienia i PU,

1) audit wewnętrzny przeprowadzony w czerwcu 2018 r. z zakresu: Środki techniczne i wyposażenie. Zakupy usług i dostaw w Sekcji Oddziału Nadzoru Sanitarnego (Sekcja HŻŻi PU, Sekcja HDM, Sekcja Epidemiologii, Sekcja HP) i Sekcji Promocji Zdrowia i Oświaty Zdrowotnej, który udokumentowano następująco:

- Formularz PO-05-03 - "Powołanie zespołu auditorów" z dnia 21.05.2018 r.
- Formularz PO-05-04 - "Oświadczenie auditora" podpisane przez panią _____ w dn. 11.06.2018 r.
- Formularz PO-05-06 - "Plan auditu wewnętrznego" z dnia 1.06.2018 r.
- Formularz PO-05-10- "Raport z auditu wewnętrznego" z dnia 21.06.2018 r. sporządzony przez auditora wiodącego zawierający zestawienie spostrzeżeń.

Z kontroli powyższej dokumentacji wynika, że dokumentacja prowadzona jest zgodnie z obowiązującą w Stacji Procedurą ogólną PO-05 "Audit wewnętrzny". Audity udokumentowane są na obowiązujących formularzach, obszernie i rzetelnie. Raporty z auditów są kompletne i przejrzyste.

2) audit wewnętrzny przeprowadzony w grudniu 2018 r. z zakresu: Polityka jakości, organizacja, zarządzanie, wymagania administracyjne. Przegląd zarządzania. System zarządzania. Działania korygujące i zapobiegawcze, który udokumentowano następująco:

- Formularz PO-05-03 - "Powołanie zespołu auditorów" z dnia 26.10.2018 r.
- Formularz PO-05-04 - "Oświadczenie auditora" podpisane przez _____ z w dniu 20.11.2018 r.
- Formularz PO-05-06 - "Plan auditu wewnętrznego" z dnia 20.11.2018 r.
- Formularz PO-05-10- "Raport z auditu wewnętrznego" z dnia 4.12.2018 r. sporządzony przez auditora wiodącego zawierający zestawienie spostrzeżeń.

Z kontroli powyższej dokumentacji wynika, że dokumentacja prowadzona jest zgodnie z obowiązującą w Stacji Procedurą ogólną PO-05 "Audit wewnętrzny". Audity udokumentowane są na obowiązujących formularzach obszernie i rzetelnie. Raporty z auditów są kompletne i przejrzyste.

- w zakresie przeglądów zarządzania:

W okresie objętym kontrolą miał miejsce jeden przegląd zarządzania dotyczący roku 2017. Przegląd został udokumentowany w "Protokole z przeglądu zarządzania nr 2/18 Oddziału Nadzoru Sanitarnego" (odbył się w dniu 18.04.2018 r.) oraz w „Porządku dziennym przeglądu zarządzania nr 2/18 Oddziału Nadzoru Sanitarnego” z dn. 18.04.2018 r.

W protokole z przeglądu dot. roku 2017 dokonano oceny funkcjonowania systemu zarządzania, zawarto informacje dot. m. in.: o działalności kontrolno-represyjnej PSSE w Zielonej Górze, wykonaniu planów kontroli i planów pobierania próbek w roku 2017 w porównaniu do roku 2016. W protokole zawarto także informacje m. in. o realizacji szkoleń wewnętrznych, zasobach technicznych i ludzkich (w tym o szkoleniach). Sprawozdania kierowników poszczególnych Sekcji i samodzielnych stanowisk stanowią załączniki do ww. protokołu.

Podczas kontroli ustalono, że przegląd zarządzania dotyczący roku 2018 odbędzie się w kwietniu 2019 r.

– **w zakresie działań korygujących:**

Podczas kontroli Główny Specjalista ds. Systemu Jakości udostępnił trzy protokoły z korekcji/ działań korygujących (nr: 1/2018, 2/2018, 3/2018) podjętych w związku z otrzymanymi przez PPIS w Zielonej Górze sprawozdaniami z kontroli przeprowadzonych w PSSE w Zielonej Górze przez pracowników WSSE w Gorzowie Wlkp. (nr 2/2018 oraz 3/2018) oraz dot. decyzji LPWIS w Gorzowie Wlkp. (nr 1/2018). Dokumenty zawierają informacje o ujawnionych niezgodnościach, osobie dokonującej analizy, analizie przyczyn niezgodności, zaplanowanych działaniach korygujących, osobie odpowiedzialnej za realizację działań korygujących i korekcji oraz terminie sprawdzenia realizacji działań korygujących/ korekcji. Dokumenty podpisane są przez Kierowników Sekcji/ komórek organizacyjnych oraz zatwierdzone przez Kierownika Nadzoru Sanitarnego.

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

Podczas kontroli udostępniono Księgę Jakości Oddziału Nadzoru Sanitarnego Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zielonej Górze, edycję z dn. 4.01.2019 r. W dokumencie brak jest zmian oraz aktualizacji, natomiast dla ewentualnych zmian przewidziana jest „Karta zmian dokumentu systemu zarządzania” – Formularz nr: F/PO/PSSE-01-05. Dokumentacja systemu jakości przywołuje aktualną normę PN-EN ISO/IEC 17020:2012.

- w zakresie funkcjonowania kontroli zarządczej:

W PSSE w Zielonej Górze Zarządzeniem nr 8/2011 Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zielonej Górze z dnia 23.11.2011 r. wprowadzono kontrolę zarządczą w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zielonej Górze. Załącznik nr 1 do zarządzenia stanowi wzór Planu działalności PSSE w Zielonej Górze na dany rok, załącznik nr 2 wykaz procedur kontroli zarządczej, załącznik nr 3 ankieta samooceny kontroli zarządczej.

W PSSE w Zielonej Górze funkcjonuje wykaz dokumentacji kontroli zarządczej edycja 3 z dn. 31.01.2019 r. zawierający grupy standardów zgodne z ustawą z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych oraz załącznikiem do Komunikatu Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych.

Zarządzeniem nr 9/2011 Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zielonej Górze z dnia 23.11.2011 r. przyjęto „Politykę Zarządzania ryzykiem” w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zielonej Górze, która określona jest w załączniku nr 1 do Zarządzenia. Natomiast załącznik nr 2 stanowi wzór Rejestru ryzyka – arkusz identyfikacji, oceny oraz określenia metody przeciwdziałania ryzyku, zaś załącznik nr 3 stanowi analizę obszarów ryzyka.

Zgodnie z Zarządzeniem nr 6/2012 Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zielonej Górze z dnia 5.04.2012 r. określone jest ryzyko i ustalany jest akceptowalny poziom ryzyka w PSSE w Zielonej Górze.

W roku 2018 oszacowano ryzyko w poszczególnych komórkach organizacyjnych w odniesieniu do planu działalności PSSE w Zielonej Górze na rok 2018. W ramach szacowania określono istotność ryzyka na poziomie akceptowalnym, tylko w przypadku jednej sekcji wykazano ryzyko na poziomie wysokim. Zaznaczyć przy tym należy, że kierownik komórki organizacyjnej, w której wskazano ryzyko na poziomie wysokim określił działania naprawcze.

Samooceńca kontroli zarządczej za rok 2018 została przeprowadzona z wykorzystaniem ankiet samooceny kontroli zarządczej. Główny Specjalista ds. Systemu Jakości sporządził stosowny Raport z analizy ankiet do samooceny kontroli zarządczej za rok 2018, który przedstawiony został Dyrektorowi PSSE w Zielonej Górze.

Dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zielonej Górze jako osoba odpowiedzialna za zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej sporządza Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej. Stosowne oświadczenie o stanie kontroli zarządczej za rok 2018 zostało sporządzone przez Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zielonej Górze w dn. 21.01.2019 r.

- w zakresie formalno-prawnej poprawności prowadzonych przez PPIS w Zielonej Górze postępowań administracyjnych:

Do kontroli wybrane zostały akta postępowania wszczętego po kontroli kompleksowej Szpitala Uniwersyteckiego im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o., ul. Zyty 26, 65-046 Zielona Góra, przeprowadzonej w dniach 22.10.2018 r., 23.10.2018 r., 24.10.2018 r., 25.10.2018 r., 29.10.2018 r., 31.10.2018 r., 05.11.2018 r., 06.11.2018 r., 07.11.2018 r., 08.11.2018 r., 09.11.2018 r., 13.11.2018 r. oraz 14.11.2018 r.

Kontrola przeprowadzona przez upoważnionych pracowników PSSE w Zielonej Górze została zakończona została protokołem kontroli nr NS-EP-277/18 z dnia 19.11.2018 r. Podczas kontroli stwierdzone zostały następujące nieprawidłowości w stanie higieniczno-sanitarnym oraz technicznym kontrolowanej jednostki cyt.:

- „1. Szpitalny Oddział Ratunkowy:
 - uszkodzone baterie czerpalne przy umywalkach w strefie czerwonej na stanowisku nr 4 i w sali intensywnego nadzoru na stanowisku nr 1-2 .
2. Pododdział ginekologii I:
 - a) uszkodzona tapicerka na fotelu badań ginekologicznych w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym,
 - b) szafka stojąca w brudowniku zniszczona, blat szafki uszkodzony, z odpryskami laminatu, trudna do utrzymania w czystości.
3. Oddział zakaźny - w gabinecie zabiegowym na parterze odpryskami farby na suficie, tapicerka podłokietnika przy fotelu do pobierania krwi jest uszkodzona.
4. Zakład Diagnostyki obrazowej:
 - a) w gabinecie zabiegowym przy pracowni TK (tomografii komputerowej) brak szafki na naczynia (i podręczne kubki, filiżanki), uszkodzona posadzka (dziura) w płycie podłogowej (pcv), listwa odstaje od podłoża,
 - b) drzwi wejściowe do pomieszczenia badań TK uszkodzone, ściany w dolnej części spuchnięte,

- c) w poczekalni przy pracowni TK - ściany na wysokości głów pacjenta zabrudzone.
 - d) w pracowni rtg nr II - ściany zakurzone, mechanicznie uszkodzone (obite) od strony pracowni, w sterówce ściany zakurzone,
 - e) w pracowni rtg nr I - ściany w sterówce zakurzone, wykładzina podłogowa uszkodzona (spękana) na styku z podłogą,
 - f) w pracowni usg (parter przy wejściu głównym) - tapicerka krzesła spękana, ściana przy drzwiach i kozetce zabrudzona,
 - g) w pracownia RM (rezonansu magnetycznego) - uszkodzona tapicerka 2 foteli obrotowych w sterówce i w gabinecie lekarza,
 - h) w pracowni rtg (w pawilonie płucnym) - w pomieszczeniu socjalnym (jadalnia) techników brak umywalki do mycia rąk i dwukomorowego zlewozmywaka,
 - i) w szatni personelu (na parterze budynku głównego) - szafki odzieżowe zdezelowane, zdekompletowane (bez drzwi), wykładzina podłogowa zniszczona, z dziurami, listwa przypodłogowa odstająca od podłoża, ściany i sufit zakurzone, z licznymi, obszernymi ubytkami tynku, pęknięciami; skrzydła drzwiowe obite uszkodzoną (podartą) tapicerką,
5. Centralna sterylizatornia - uszkodzona mata gumowa na podłodze w części sterylnej przy wejściu do windy na blok operacyjny.
6. Oddział Otorynolaryngologii i poradnia laryngologiczna - dekontaminacja narzędzi wielorazowego użytku bez opakowań papierowo-foliowych wykonywana jest w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym w oddziale lub w poradni, z użyciem autoklawu kasetowego.
7. Zakład Radioterapii - w sterówce aplikacji ginekologicznej ściany brudne.
8. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej
- uszkodzona ściana w magazynie odpadów zakaźnych,
 - w punkcie pobrania materiału do badań laboratoryjnych - w pomieszczeniu zabiegowym na suficie w narożniku widoczny zaciek; w pomieszczeniu biurowo-socjalnym ściany zabrudzone, listwy przypodłogowe odstające.”

Strona - Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o., została zawiadomiona o wszczęciu z urzędu postępowania administracyjnego w sprawie stwierdzonych nieprawidłowości, pismem z dnia 18.12.2018 r. W piśmie organ I instancji zawarł również informację o możliwości wypowiedzenia się przez stronę co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań w terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia (art. 10 K.p.a.) . Zaznaczyć jednak na marginesie należy, że PPIS w Zielonej Górze informując stronę o prawach wynikających z art. 10 K.p.a. napisał, że strona może skorzystać z tych praw w związku z wydaniem „decyzji o ustaleniu opłaty” – błąd ten wynikał jednak prawdopodobnie z oczywistej omyłki pisarskiej. Wskazać bowiem należy, że jak sam wskazał organ I instancji w pierwszym akapicie swojego pisma, przedmiotowe postępowanie dotyczyło nakazania usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości, nie zaś ustalenia opłaty. Stronę pouczono także, iż zgodnie z art. 41 K.p.a. w toku

postępowania strony oraz ich przedstawiciel i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu oraz, że w razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

Ww. pismo doręczone zostało stronie w dniu 21.12.2018 r. Zwrotne potwierdzenie odbioru zawierało adnotacje, że doręczenie następuje na podstawie przepisów ustawy z dnia 14.06.1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (biała zwrotka).

Decyzją z dnia 17.01.2019 r. nr M/54/NS-EP-4/2019 PPIS w Zielonej Górze nakazał Szpitalowi Uniwersyteckiemu im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.:

1. W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym zapewnić sprawne baterie czerpalne przy umywalkach w strefie czerwonej na stanowisku nr 4 i w sali intensywnego nadzoru na stanowisku nr 1-2 .
2. W pododdziale ginekologii I:
 - a) zapewnić w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym nieuszkodzoną tapicerkę na fotelu badań ginekologicznych.
 - b) zapewnić w brudowniku szafkę w dobrym stanie technicznym, o powierzchni umożliwiającej mycie i dezynfekcję (bez uszkodzeń mechanicznych, z blatem roboczym bez odprysków powłoki laminatowej).
3. W Klinicznym Oddziale Chorób Zakaźnych:
 - a) zapewnić w gabinecie zabiegowym na parter/.e nieuszkodzoną, bez odprysków farby powierzchnię sufitu oraz nieuszkodzoną tapicerkę na fotelu (podłokietnik) do pobierania krwi.
4. W Zakładzie Diagnostyki Obrazowej:
 - a) zapewnić w gabinecie zabiegowym przy pracowni TK szafkę (wiszącą) na naczynia oraz posadzkę pokrytą nieuszkodzoną wykładziną (plytkami), wykończoną na stykach ze ścianami listwą przypodłogową szczelnie przylegającą do podłoża, umożliwiającą mycie i dezynfekcję,
 - b) zapewnić nieuszkodzone drzwi wejściowe do pomieszczenia badań TK oraz powierzchnie ścian w dolnej części bez uszkodzeń i wybrzuszeń,
 - c) zapewnić czyste ściany w poczekalni przy pracowni TK,
 - d) zapewnić w pracowni rtg nr II czyste i bez uszkodzeń mechanicznych ściany (od strony pomieszczenia badań) oraz w sterówce,
 - e) zapewnić w sterówce pracowni rtg nr I czyste ściany i nieuszkodzoną wykładzinę podłogową,
 - f) zapewnić w pracowni usg (parter przy wejściu głównym) czyste ściany i nieuszkodzoną tapicerkę krzesła,
 - g) zapewnić w sterówce i w gabinecie lekarza w pracowni RM nieuszkodzoną tapicerkę na dwóch fotelach obrotowych,
 - h) zapewnić w pomieszczeniu socjalnym (w jadalni) techników pracowni rtg w pawilonie U (płucnym) umywalkę do mycia rąk i dwukomorowy zlewozmywak,
 - i) doprowadzić do należytego stanu techniczno-sanitarnego pomieszczenie szatni personelu, która znajduje się na parterze budynku głównego poprzez zapewnienie: czystych, bez ubytków tynku i farby ścian i

sufitu, nieuszkodzonej wykładziny podłogowej wykończonej na stykach ze ścianami listwą przypodłogową szczelnie przylegającą do podłoża, nieuszkodzonej tapicerki skrzydeł drzwiowych oraz nieuszkodzonych, dwudziałowych szafek odzieżowych.

5. W Centralnej Sterylizatorni zapewnić w części sterylnej (przy wejściu do dźwigu towarowego na blok operacyjny) na podłodze nieuszkodzoną matę gumową,

6. W Klinicznym Oddziale Otorynolaryngologii i w poradni laryngologicznej dostosować proces dekontaminacji narzędzi wielorazowego użytku do standardów, jakie obowiązują w szpitalach, tj. przeprowadzać go w Centralnej Sterylizatorni Szpitala.

7. W Zakładzie Radioterapii zapewnić w sterówce aplikacji ginekologicznej czyste ściany.

8. W Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej:

a) zapewnić nieuszkodzoną powierzchnię ścian w pomieszczeniu przechowywania odpadów zakaźnych oraz zabezpieczyć je przed obiciami,

b) zapewnić w punkcie pobrania materiału do badań laboratoryjnych w pawilonie U (płucnym) czysty, bez zacieków sufit w pomieszczeniu zabiegowym oraz czyste ściany z listwą przypodłogową szczelnie przylegającą do podłoża w pomieszczeniu biurowo-socjalnym.

Termin na realizację wszystkich ww. obowiązków został wyznaczony przez organ I instancji na dzień 30.06.2019 r.

Podstawę prawną decyzji stanowiły przepisy art. 104 ustawy z dnia 14.06.1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2096), art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 14.03.1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1261), art. 207, art. 212 art. 233 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 917 z późn. zm.), art. 11, art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 151 ze zm.), § 27 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26.06.2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r., poz. 739), ust. 2 część XI załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26.06.2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r., poz. 739), § 14, § 16 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (t.j. Dz. U. z 2003 r. nr 169, poz. 1650 ze zm.), § 29 ust. 1, ust. 2, § 34 ust. 2, ust. 3 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (t.j. Dz. U. z 2003 r. nr 169, poz. 1650 ze zm.).

Decyzja podlegająca ocenie zawierała wszystkie elementy określone w art. 107 K.p.a. tj. oznaczenie organu administracji publicznej, datę wydania, oznaczenie strony lub stron, powołanie podstawy prawnej, rozstrzygnięcie, uzasadnienie faktyczne i prawne, pouczenie czy i w jakim trybie służy od niej odwołanie oraz o prawie do zrzeczenia się odwołania i skutkach zrzeczenia się odwołania, podpis z podaniem imienia i nazwiska oraz stanowiska służbowego pracownika organu upoważnionego do wydania decyzji.

Uzasadnienie faktyczne decyzji zawierało wskazanie faktów, które organ uznał za udowodnione, dowodów, na których się oparł, zaś uzasadnienie prawne zawierało wyjaśnienie podstawy prawnej decyzji z przytoczeniem przepisów prawa.

Zaznaczyć należy, że kontrolowane postępowanie administracyjne zostało wszczęte po 1 czerwca 2017 r. tj. po nowelizacji K.p.a. i uwzględnia wymogi stawiane decyzjom administracyjnym wynikające z tej nowelizacji – strona została pouczona o możliwości zrzeczenia się prawa do odwołania oraz o skutkach z tego wynikających.

Decyzja została doręczona stronie w dniu 22.01.2019 r. Zwrotne potwierdzenie odbioru zawierało adnotacje, że doręczenie następuje na podstawie przepisów ustawy z dnia 14.06.1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (biała zwrotka).

Podsumowując ocenić należy, że analizowane postępowanie przeprowadzone zostało poprawnie pod kątem formalno-prawnym.

Niezależnie od przeprowadzonej analizy formalno-prawnej poprawności wydanej w przedmiotowej sprawie przez PPIS w Zielonej Górze decyzji, Lubuski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Gorzowie Wlkp. wskazuje na marginesie, zaznaczając że nie było to przedmiotem kontroli przeprowadzonej przez Oddział Organizacji, Planowania i Analiz, iż niedopuszczalne jest przechowywanie w gabinecie zabiegowym naczyń (kubki, filiżanki), wobec czego za bezzasadne uznać należy nakazywanie Szpitalowi w drodze decyzji administracyjnej zapewnienia szafki na tego typu naczynia w tego rodzaju pomieszczeniu.

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

W 2018 r. do PSSE w Zielonej Górze wpłynęło 9 wniosków o udostępnienie informacji publicznej. Z przedłożonego rejestru wynika, że 8 z nich zostało rozpatrzonych w ustawowym terminie, a 1 odpowiedź udzielona została po ponad 2 miesiącach, jednak zgodnie z przepisem art. 13 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie do informacji publicznej, poinformowano stronę o niezłatwieniu sprawy w terminie oraz wskazano termin w którym żądana informacja zostanie udostępniona.

W 2019 r. do PSSE w Zielonej Górze wpłynęły 3 wnioski o udostępnienie informacji publicznej - zgodnie z przedłożonym rejestrem, wszystkie odpowiedzi udzielone zostały w ustawowym terminie.

Przeanalizowano akta postępowania wszczętego wnioskiem z dnia 10.09.2018 r. (doręczonym PSSE w dniu 17.09.2018 r.) :

reprezentowanej przez :

a

Wnioskodawczyni zwróciła się o przekazanie jej bardzo szerokiego zakresu informacji w tym:

- udostępnienie informacji o stanie sanitarno-epidemiologicznym w Szpitalu Wojewódzkim SPZOZ im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze, a po przekształceniu w Wojewódzkim Szpitalu Klinicznym im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.

(obecnie: Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.) w okresie od 1 grudnia 2014 r. do 30 czerwca 2015 r. na: Oddziale Ortopedyczno-Urazowym, SOR, Oddziale Chorób Wewnętrznych, Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii;

- udostępnienie raportów kontroli przeprowadzonych w Szpitalu Wojewódzkim SPZOZ im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze, a po przekształceniu w Wojewódzkim Szpitalu Klinicznym im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o. (obecnie: Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.), w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 30 grudnia 2017 r. dotyczących:

a) kompleksowych

b) stanu higieniczno-sanitarnego

c) zakażeń szpitalnych

d) zapobiegania zakażeniom szpitalnym

- udostępnienie zaleceń pokontrolnych dotyczących kontroli przeprowadzonych w zakresie wskazanym pkt 2 pisma;

- udostępnienie informacji o sprawach dotyczących zakażeń szpitalnych w Szpitalu Wojewódzkim SPZOZ im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze, a po przekształceniu w Wojewódzkim Szpitalu Klinicznym im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o. (obecnie: Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.) w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 30 grudnia 2017 r. rozstrzyganych w postępowaniach administracyjnych oraz wydanych decyzjach administracyjnych w tym przedmiocie.

Pismem z dnia 27.09.2018 r. PPIS w Zielonej Górze poinformował o niezakończonym w terminie, wskazując, nowy termin załatwienia sprawy na dzień 17.11.2018 r. Stronę poinformowano, że udzielenie odpowiedzi na wniosek wymaga podjęcia dodatkowych czynności mających na celu opracowanie wnioskowanych informacji.

Odpowiedzi na przedmiotowy wniosek (odnosząc się do wszystkich zażądań wnioskodawcy) PPIS w Zielonej Górze udzielił pismem z dnia 16.11.2018 r. – dotrzymując wskazany termin załatwienia sprawy.

LPWIS w Gorzowie Wlkp. mając na uwadze powyższe wskazuje, że PPIS w Zielonej Górze rozpatrzył ww. wniosek zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym dochowując terminów określonych w art. 13 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie do informacji publicznej zwanej dalej jako „u.d.i.p.”, 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 zastrzeżeniem ust. 2 i art. 15 ust. 2. Jeżeli informacja publiczna nie może być udostępniona w terminie określonym w ust. 1, podmiot obowiązany do jej udostępnienia powiadamia w tym terminie o powodach opóźnienia oraz o terminie, w jakim udostępni informację, nie dłuższym jednak niż 2 miesiące od dnia złożenia wniosku.

6. Zakres, przyczyny i skutki stwierdzonych nieprawidłowości:

– w zakresie prawidłowości sporządzenia statutu i regulaminu organizacyjnego: nie stwierdzono nieprawidłowości

- w zakresie poprawności i terminowości sporządzenia obowiązkowych sprawozdań statystycznych: nie stwierdzono nieprawidłowości
- w zakresie aktualizacji bazy obiektów nadzorowanych (od 1.01.2018r. do dnia kontroli): nie stwierdzono nieprawidłowości, jednak zaznaczyć należy, iż PPIS w Zielonej Górze nie wykonuje zaleceń zawartych w piśmie LPWIS w Gorzowie Wlkp. z dn. 14 grudnia 2016 r. (znak: OPA.1230.6.2016) i dopuszcza do usuwania podmiotów z bazy obiektów nadzorowanych samodzielnie przez pracowników PSSE w Zielonej Górze
- w zakresie realizacji auditów wewnętrznych: nie stwierdzono nieprawidłowości
- w zakresie przeglądów zarządzania: nie stwierdzono nieprawidłowości
- w zakresie działań korygujących: nie stwierdzono nieprawidłowości
- w zakresie nadzoru nad dokumentacją systemu zarządzania jakością: nie stwierdzono nieprawidłowości
- w zakresie funkcjonowania kontroli zarządczej: nie stwierdzono nieprawidłowości
- w zakresie formalno-prawnej poprawności prowadzonych przez PPIS w Zielonej Górze postępowań administracyjnych: nie stwierdzono nieprawidłowości
- w zakresie formalno-prawnej poprawności prowadzonych przez PPIS w Zielonej Górze postępowań wszczętych na podstawie wniosków w trybie u.d.i.p.: nie stwierdzono nieprawidłowości

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

Brak.

8. Informacje o wykonaniu zaleceń lub wykorzystaniu wniosków, a także o podjętych działaniach lub przyczynach ich niepodjęcia należy przekazać w terminie: n/d.

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

04.07.18
 (data, podpis i pieczęć Kierownika
 komórki organizacyjnej)

04.07.18
 (data, podpis Kierownika
 do spraw kontroli)

LUBUSKI PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI
 INSPEKTOR SANITARNY
 Gorzów Wlkp.
 (data, podpis i pieczęć LPWIS)
 Lek. med. Dorota Konaszczuk
 specjalista epidemiolog

* - niepotrzebne skreślić