

ZACHODNIOPOMORSKI
PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI
INSPEKTOR SANITARNY

w Szczecinie

70-632 Szczecin, ul. Spedytorska 6/7
Tel. 91 462 40 60; fax. 91 462 46 40

Świnoujście im. Jana Garduły
Świnoujście sp. z o.o.
wniośca dnia 18 02 2016
ariat L. dz.

PROTOKÓŁ KONTROLI nr NZNS.3.2016

Międzyzdroje, dnia 19 lutego 2016 r.

przeprowadzonej przez:

Agnieszka Okrągła – Młodszego Asystenta Oddziału Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego DNS numer upoważnienia ZPWIS.057.3.9.2016 z dnia 18 lutego 2016 r., nr legitymacji służbowej 1/15.

Dorotę Kandulą – Młodszego Asystenta Oddziału Epidemiologii, numer upoważnienia ZPWIS 057.3.9.2016 z dnia 18 lutego 2016 r.

(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

pracowników upoważnionych przez Zachodniopomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie.

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (j. t. Dz. U. z 2015 r. poz. 1412) w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (j. t. Dz. U. z 2016 r. poz. 23).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: (pełna nazwa, adres, telefon, faks):

Szpital Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu Sp. z o.o., ul. Mieszka I 7, 72-600 Świnoujście.

I.2. Właściciel/osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

Jacek Piętniewicz - Prezes Zarządu Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu Sp. z o.o., ul. Mieszka I 7, 72-600 Świnoujście;

(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)

I.3. NIP: 855-15-83-467 **REGON:** 812046670 **PESEL:** nie dotyczy

I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: (imię i nazwisko, stanowisko)

Jacek Piętniewicz - Prezes Zarządu Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu Sp. z o.o., ul. Mieszka I 7, 72-600 Świnoujście;

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiekту w obecności, którego przeprowadzono kontrolę*

██████████ - Kierownik Zespołu Poradni Specjalistycznych Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu Sp. z o.o., ul. Mieszka I 7, 72-600 Świnoujście

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, ewentualnie adres):

██████████ - Kierownik Działu Sprzedaży i Rozliczeń Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu Sp. z o.o., ul. Mieszka I 7, 72-600 Świnoujście

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 19 lutego 2016 r., godzina – 9:15

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:

Kontrola sanitarno-higieniczna przeprowadzona na wniosek Pana Jacka Piętniewicza - Prezesa Zarządu Szpitala Miejskiego w Świnoujściu Sp. z o.o. z dnia 27 stycznia 2016 r., znak: SM DS/JK/012/2016 (uzupełniony drogą elektroniczną w dniu 9 i 12 lutego br.) poprzedzająca wydanie decyzji administracyjnej opiniującej, że pomieszczenia i urządzenia przeznaczone do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, tj. Poradni Położniczo-Ginekologicznej i Poradni Urologicznej planowane w pomieszczeniach budynku NZOZ „Medica-Med” S.C. zlokalizowanego przy ul. Niepodległości 10 A w Międzyzdrojach, których najemcą jest Szpital

Miejski Sp. z o.o. w Świnoujściu przy ul. Mieszka I 7, spełniają wymagania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739).

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjno-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.):

Przedmiotem kontroli są pomieszczenia Poradni Ginekologiczno-Położniczej i Poradni Urologicznej usytuowane na pierwszym piętrze budynku NZOZ „Medica-Med” S.C. przy ul. Niepodległości 10A w Międzyzdrojach. Na podstawie umowy najmu lokalu użytkowego zawartej w dniu 26 stycznia 2016 r. pomiędzy Szpitalem Miejskim im. Jana Garduły w Świnoujściu Sp. z o. o., ul. Mieszka I 7, 72-600 Świnoujście a wynajmującym tj. spółką „Nowe Centrum” Sp. z o. o. z siedzibą w Międzyzdrojach przy ul. Gryfa Pomorskiego 23/16 Nr KRS 0000378351, szpital będzie świadczył usługi medyczne (Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna).

Wejście do budynku znajduje się na poziomie terenu (zapewniony dostęp dla osób niepełnosprawnych - winda). W obrębie pierwszego piętra, usytuowane są pomieszczenia poradni, poczekalnia, pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla pacjentów (toaleta damska; toaleta męska dostosowana dla potrzeb osób niepełnosprawnych), toaleta dla personelu oraz pomieszczenie porządkowe (do przechowywania środków czystości oraz preparatów myjąco-dezynfekcyjnych) przylegające bezpośrednio do pomieszczeń higieniczno-sanitarnych. Pomieszczenie socjalne dla personelu, usytuowane po przeciwnej stronie korytarza, wyposażone jest w umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, zlewozmywak z baterią z ciepłą i zimną wodą, szafki stojące, szafę ubraniową z podziałem na odzież prywatną i służbową i stolik z krzesłami.

Pomieszczenia poradni, przeznaczone na pobyt ludzi, usytuowane na pierwszym piętrze mają łączną powierzchnię 35,83 m², wysokość ok. 3 m w świetle, zapewniony dostęp do światła dziennego (okna zabezpieczone przed nadmiernym nasłonecznieniem za pomocą rolet) oraz wyposażone są w wentylację mechaniczną nawiewno-wywiewną.

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne (ogólnodostępne) wyposażone są w wentylację grawitacyjną wspomaganą mechanicznie załączaną fotokomórką.

Pomieszczenia Poradni Ginekologiczno-Położniczej i Poradni Urologicznej to: gabinet diagnostyczny (przyjęć) i gabinet zabiegowy, wspólne dla grup pacjentów, dla których będą udzielane świadczenia zdrowotne w zakresie ginekologii i urologii (z zachowaniem rozdziału czasowego przyjęć).

Gabinet diagnostyczny (przyjęć) (pow. 14,38 m²) wyposażony m.in. w umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. Ponadto znajduje się w nim: biurko, szafki stojące.

Gabinet zabiegowy (pow. 17,82 m²) wyposażony m.in. w umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, zlewozmywak, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. Do gabinetu zabiegowego przylega pomieszczenie higieniczno-sanitarne (pow. 3,63 m²) wyposażone w bidet, miskę ustępową, umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. Pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone jest w wentylację grawitacyjną wspomaganą mechanicznie załączaną włącznikiem światła.

Gabinet zabiegowy wyposażony jest w umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki, zlew z baterią z ciepłą i zimną wodą;

kozetkę, biurko, szafki stojące, parawan, pojemniki na odpady medyczne i o ostrych końcówkach. W gabinecie używany będzie wyłącznie sprzęt jednorazowego użytku.

W dniu kontroli stwierdzono brak fotela ginekologiczno-urologicznego w gabinecie zabiegowym. Zgodnie z oświadczeniem Pani [REDACTED] - Kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych, w/w fotel zostanie dostarczony do poradni do dnia 19 marca 2016 r.

Powierzchnie sprzętu stanowiącego wyposażenie Poradni Ginekologiczno-Położniczej i Poradni Urologicznej zapewniają łatwe mycie i dezynfekcję. Podłogi wykończone są w sposób bezszczelinowy, zapewniający łatwe mycie i dezynfekcję.

Zgodnie z oświadczeniem Pani [REDACTED] - Kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych, świadczenia zdrowotne z zakresu ginekologii i urologii, udzielane w ramach prowadzonych poradni, będą realizowane w oparciu o proponowany harmonogram przyjęć pacjentów: Poradnia Ginekologiczno-Położnicza: Poniedziałek 08.00 – 12.00; Wtorek 14.00 – 18.00; Czwartek 08.00 – 12.00. Poradnia Urologiczna: Czwartek 14.00 – 18.00; Piątek 10.00 – 14.00; Sobota 10.00 – 14.00.

Ponadto wywóz odpadów medycznych produkowanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych poradni, będzie realizowany w oparciu o umowę nr 73/TrOMed/2013 zawartą pomiędzy Szpitalem a Zakładem Transportowo-Handlowym „KONCA” Małgorzata Janina Konca z siedzibą w Szczecinie przy ul. A. Asnyka 9a/7. Zgodnie z powyższą umową świadczenie usług w zakresie odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych, od dnia 10.06.2013 r. do dnia 31.05.2016 r. będzie realizowane 3 razy w tygodniu, tj. w poniedziałek, środę i piątek w godz. od 7.00 do 13.00 oraz po dodatkowym pisemnym zleceniu usługi Szpitala.

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*: laptop, drukarka przenośna;

III. 3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/lów*
nie dotyczy

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów: *nie dotyczy*

III. 5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

1. Umowa nr 73/TrOMed/2013 zawarta pomiędzy Szpitalem a Zakładem Transportowo-Handlowym „KONCA” Małgorzata Janina Konca z siedzibą w Szczecinie przy ul. A. Asnyka 9a/7.

IV. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*: *nie dotyczy*

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*:

1. Upoważnienie z dnia 18 lutego 2016 r. dla Pani [REDACTED] - Kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych, wydane przez Prezesa Zarządu Pana Jacka Piętniewicza;

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

Wnoszę/nie wnoszę** uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:

.....
.....

VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt. ... nie nałożono/ nałożono**
mandat karny na:

.....
(imię i nazwisko, stanowisko)
..... w wysokości..... na podstawie art.
(nr mandatu karnego) (podstawa prawna)

Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia..... nr
.....

Poprawki i uzupełnienia do protokołu - naniesiono/nie naniesiono**

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania.**
W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu.

Dokonano/nie dokonano** wpisu w książce kontroli sanitarnej i książce kontroli**

Wydano/nie wydano** na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli sanitarnej **

W dniu kontroli wydano następujące zalecenia:

Gabinet zabiegowy - zalecono doposażenie w fotel ginekologiczno-urologiczny;

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne (ogólnodostępne) – zalecono doposażenie w pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemniki na zużyte ręczniki.

Pomieszczenie socjalne dla personelu – zalecono doposażenie w dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki.

Dla pomieszczeń: higieniczno-sanitarnych i socjalnego zalecenia należy wykonać w terminie do dnia 29 lutego 2016 r.

Dla gabinetu zabiegowego zalecenie należy wykonać w terminie do dnia 19 marca 2016 roku.

Z wykonania powyższych zaleceń należy sporządzić dokumentację fotograficzną i przesłać do Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Szczecinie we wskazanym powyżej terminie.

Data i godz. zakończenia kontroli: 19 lutego 2016 r., godzina – 11:30

Łączny czas kontroli: 2 godziny 15 minut - 1 pracownik Oddziału Epidemiologii

2 godziny 15 minut – 1 pracownik Oddziału Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego


 (podpis i/lub pieczęć strony przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

Kierownik Działu
Sprzedaży i Rozliczeń

 (podpis osób obecnych podczas kontroli)

MŁODSZY ASYSTENT
ODDZIAŁU ZAPOBIEGAWCZEGO NADZORU SANITARNEGO
DZIAŁU NADZORU SANITARNEGO
Woj. Stacji Sanit.-Epidem. w Szczecinie
mgr Agnieszka Okrągła

MŁODSZY ASYSTENT
ODDZIAŁU EPIDEMIOLOGII
DZIAŁU NADZORU SANITARNEGO
Woj. Stacji Sanit.-Epidem. w Szczecinie
mgr Dorota Kandula

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 19.02.2016

Szpital Miejski im. Jana Garduły
w Świnoujściu sp. z o.o.
72-600 Świnoujście ul. Mieszka I 7
REGON 812046670, NIP 8551583467
tel. 91 32 67 345


 (podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

POUCZENIE: Strona/osoba upoważniona w terminie **7 dni** od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli.
 Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.

* - w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** - właściwe zakreślić