NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.411.002.01.2019

Pan
Marek Bruzdowicz
Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. błogosławionego ks. Jerzego Popiełuszki
ul. Wieniecka 49, 87-800 Włocławek

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

K/19/002-Postępowanie z odpadami medycznymi w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku oraz Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim w Bydgoszczy

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Bydgoszczy
ul. Wały Jagiellońskie 12, 85-950 Bydgoszcz
T +48 52 567 58 00, F +48 52 567 58 60
lby@nik.gov.pl

I.

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. błogosławionego ks. Jerzego Popiełuszki we Włocławku[1]
Kierownik jednostki kontrolowanej	W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki pełnili: Krzysztof Malatyński, dyrektor, w okresie od 10 stycznia 2013 r. do 17 czerwca 2015 r. Marek Bruzdowicz, dyrektor, w okresie od 18 czerwca 2015 r.[2] (akta kontroli str.2)
Zakres przedmiotowy kontroli	Ocena postępowania z odpadami medycznymi w zakresie realizacji wniosków pokontrolnych dotyczących utylizacji odpadów medycznych z kontroli P/14/005.
Okres objęty kontrolą	Od 12 czerwca 2014 r. do dnia zakończenia czynności kontrolnych, a także działania wcześniejsze, o ile miały one wpływ na realizację zadań po 12 czerwca 2014 r.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli[3]
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontroler	Jacek Kalas, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LBY/66/2019 z 17 kwietnia 2019 r. (akta kontroli str.1)

[1] Dalej: „Szpital".

[2] Dalej: „Dyrektor".

[3] Dz. U. z 2019 r. poz. 489, dalej: „ustawa o NIK".

II. Ocena ogólna[4] kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia sposób postępowania z odpadami medycznymi w zakresie realizacji wniosków pokontrolnych NIK sformułowanych po kontroli P/14/055, ze względu na wagę stwierdzonych nieprawidłowości i związane z nimi zagrożenia dla zdrowia ludzi oraz środowiska.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Szpital, co prawda, podjął działania mające na celu realizację wniosków pokontrolnych zawartych w wystąpieniu pokontrolnym Najwyższej Izby Kontroli z 12 czerwca 2014 r., jednakże nadal nie zapewniono skutecznej kontroli zarządczej w obszarze postępowania z odpadami medycznymi. W szczególności obowiązujące w tym obszarze procedury nie były przestrzegane, co doprowadziło do istotnych nieprawidłowości w zakresie gromadzenia i oznakowania odpadów medycznych. Należy przy tym wskazać, że dotyczyło to odpadów niebezpiecznych, w tym zakaźnych. Izba zwróciła uwagę, iż w okresie objętym kontrolą nieprawidłowości w sposobie postępowania z odpadami medycznymi wielokrotnie stwierdzały kontrole wewnętrzne oraz Kujawsko-Pomorski Wojewódzki Inspektor Ochrony Środowiska. Podejmowane przez Dyrektora działania zmierzające do prowadzenia gospodarki odpadami medycznymi zgodnie z obowiązującymi przepisami były nieskuteczne i nadal nie spełniały swej roli, określonej w art. 68 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych[5].

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu faktycznego

W czerwcu 2014 r. NIK zakończyła w Szpitalu kontrolę postępowania z odpadami medycznymi (P/14/055) w latach 2011-2013, oceniając negatywnie kontrolowany obszar. W związku ze stwierdzonymi licznymi nieprawidłowościami, Izba zawnioskowała do Dyrektora o:

1) uwzględnienie zasady bliskości instalacji unieszkodliwiającej w zamówieniach na usługę unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych,
2) uzyskanie dokumentów potwierdzających unieszkodliwienie odpadów w 2013 r.,
3) uzupełnienie procedury postępowania z odpadami o wymóg dotyczący oznakowania pojemników i worków na odpady medyczne adresem Szpitala,
4) właściwe kwalifikowanie chemikaliów laboratoryjnych i analitycznych, zawierających substancje niebezpieczne,
5) podawanie w karcie przekazania odpadu adresu miejsca jego odbioru, pod który należy dostarczyć odpad, wskazany przez posiadacza odpadu transportującemu odpady,
6) zapewnienie funkcjonowania skutecznej kontroli zarządczej, o której mowa w art. 69 ust. 1 ustawy o finansach publicznych, w obszarze postępowania z odpadami medycznymi.

[4] Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

[5] Dz. U. z 2019 r. poz. 869; dalej: „ustawa o finansach publicznych”.

1. Przy wyłanianiu podmiotów świadczących usługi odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych, w okresie objętym kontrolą, Szpital uwzględniał zasadę bliskości. Tym samym zrealizowano pierwszy wniosek pokontrolny NIK z kontroli P/14/055. W okresie objętym kontrolą obwiązywały trzy umowy dotyczące „sukcesywnego odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych". Pierwsza z nich[6], zawarta 10 czerwca 2014 r., obowiązywała od 10 czerwca 2014 r. do 9 czerwca 2016 r. Pierwotnie umowa wskazywała dwie instalacje unieszkodliwiania odpadów: położoną na terenie Bydgoszczy dla siedmiu rodzajów odpadów medycznych i położoną w województwie pomorskim — dla jednego rodzaju odpadów medycznych[7]. Wyboru wykonawców umowy z 10 czerwca 2014 r. dokonano w przetargu nieograniczonym, w którym wpłynęły trzy oferty. Dwie z nich zostały odrzucone ze względu na naruszenie zasady bliskości, gdyż 100% odpadów medycznych miało być unieszkodliwiane poza granicami województwa kujawsko-pomorskiego.

W efekcie zawarcia 7 sierpnia 2014 r. Aneksu nr 1 do umowy z 10 czerwca 2014 r. wszystkie odpady medyczne były unieszkodliwiane w instalacji położonej na terenie Bydgoszczy.

W okresie od 23 marca 2016 r. do 22 marca 2018 r. obowiązywała umowa[8] wskazująca, że miejscem unieszkodliwiania odpadów była instalacja w Bydgoszczy. Aneksem nr 1 z 23 marca 2018 r. obowiązywanie umowy zostało przedłużone do 31 marca 2018 r.
Kolejna umowa[9] została zawarta na okres od 19 kwietnia 2018 r. do 18 kwietnia 2020 r.

(akta kontroli str. 3-41)

2. W celu realizacji kolejnego wniosku pokontrolnego NIK Szpital 24 czerwca 2014 r. wystąpił do podmiotu, który unieszkodliwiał jego zakaźne odpady medyczne, z wnioskiem o wydanie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie odpadów medycznych w 2013 r. W dniu 4 lipca 2014 r. podmiot ten poinformował Szpital o braku możliwości wstecznego wystawienia żądanego dokumentu. Szpital nie dysponował zatem ww. dokumentacją dotyczącą roku 2013. Tym samym wniosek pokontrolny nr 2 z kontroli P/14/055 nie mógł zostać zrealizowany.

(akta kontroli str. 43, 49-50)

Kontroli poddano dokumentację potwierdzającą przekazanie i unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych z wybranych 13-u miesięcy okresu objętego kontrolą. Ich analiza wykazała, że Szpital posiadał właściwe dokumenty potwierdzające kod i rodzaj odpadu, masę, datę zamknięcia worka, nr karty przekazania odpadów oraz datę przyjęcia i unieszkodliwienia odpadów. Stosowany wzór karty przekazania odpadów był zgodny z obowiązującymi przepisami[10]. Stosowanie właściwego wzoru karty przekazania odpadu stanowiło zrealizowanie wniosku pokontrolnego nr 5.

(akta kontroli str. 185-222)

Szpital nie posiadał pozwolenia, o którym mowa w art. 41 ustawy o odpadach[11]. Dyrektor wyjaśnił, że w związku z tym, że wytwarzanie odpadów medycznych

[6] Umowa nr ZP/32/2014.

[7] O kodzie 18 01 82 Pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych.

[8] Umowa nr DZP/12/2016.

[9] Umowa nr DZP/8/2018.

[10] Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 12 grudnia 2014 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów (Dz.U. z 2014 r. poz. 1973.

[11] Ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz.U. z 2019 r. poz. 701, ze zm.), dalej: „ustawa o odpadach".

w Szpitalu nie było związane z eksploatacją instalacji do ich unieszkodliwiania, to obowiązujące przepisy nie zobowiązują Szpitala do posiadania tego pozwolenia.

(akta kontroli str. 43-44)

W okresie objętym kontrolą na Szpital nie nakładano administracyjnych kar pieniężnych, o których mowa w art. 194 ust. 4 ustawy o odpadach (w obecnym brzmieniu) lub w art. 194 ust. 1 pkt. 4 (w brzmieniu sprzed 5 września 2018 r.).

(akta kontroli str. 44)

3. W okresie objętym kontrolą obowiązywała „Procedura postępowania z odpadami szpitalnymi (P-O-21)"[12]. W wydaniu siódmym Szpital uzupełnił procedury o wymóg dotyczący oznakowania pojemników i worków na odpady o: nazwę i adres szpitala, kod odpadów, miejsce pochodzenia odpadów (nazwa jednostki organizacyjnej szpitala). W wydaniu ósmym dostosowano wymagane dane do § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi[13], dodając wymóg, by każdy worek i pojemnik z odpadami medycznymi posiadał oznakowanie zawierające: kod odpadów w nim przechowywanych, nazwę wytwórcy odpadów, numer identyfikujący jednostkę organizacyjną, numer REGON wytwórcy odpadów medycznych, numer księgi rejestrowej wytwórcy odpadów medycznych wraz z podaniem organu rejestrowego, datę i godzinę otwarcia (rozpoczęcia użytkowania), datę i godzinę zamknięcia. W ten sposób zrealizowano wniosek pokontrolny NIK nr 3. Pracownicy Szpitala byli zapoznawani z kolejnymi wydaniami procedury P-O-21.

(akta kontroli str. 223-280, 349-364, 373-462)

Odnosząc się do działań w zakresie kontroli zarządczej podejmowanych w związku z realizacją szóstego wniosku pokontrolnego NIK Dyrektor wyjaśnił, że po 12 czerwca 2014 r. wprowadzono w Szpitalu zmiany w ramach w kontroli zarządczej, w obszarze postępowania z odpadami medycznymi, które wynikały z „bieżącej analizy" oraz aktualizacji Procedury postępowania z odpadami medycznymi P-O-21[14]. Ponadto wdrożono cztery procedury uszczegółowiające postępowanie z substancjami lub materiałami stanowiącymi potencjalny odpad[15]. Powołany z 1 kwietnia 2018 r. Dział Higieny Szpitalnej przejął zakres dotychczas realizowany przez zewnętrzny podmiot w zakresie wewnętrznego odbioru i transportu odpadów medycznych, a także dostarczania worków do odpadów.

Kontrole wewnętrzne w zakresie obejmującym m.in. szpitalne odpady medyczne wykonywały pielęgniarki epidemiologiczne oraz osoby z Działu Jakości i Kontroli Zarządczej. Jako wykonawca jednej kontroli wskazany został Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

---

[12] Wprowadzona zarządzeniem wewnętrznym Nr 30/2015 Dyrektora z dnia 19 lutego 2015 r. w sprawie Procedury postępowania z odpadami medycznymi P-O-21 (wydanie siódme, obowiązujące od 19 lutego 2015 r. do 17 grudnia 2017 r., w okresie od 18 grudnia 2017 r. do 6 stycznia 2019 r. obowiązywało wydanie ósme, a od 6 stycznia 2019 r. wydanie dziewiąte). Wcześniej, tj. od 25 marca 2011 r. do 18 lutego 2015 r., obowiązywała Procedura Nr 8 – Postępowanie z odpadami szpitalnymi, wprowadzona zarządzeniem wewnętrznym Nr 14/2011 Dyrektora z dnia 16 marca 2011 r.

[13] Dz.U. z 2017 r. poz. 1975 (dalej: „rozporządzenie z 5 października").

[14] Dalej: „Procedura P-O-21".

[15] P-O-15 Procedura postępowania ze sprzętem po zabiegach i badaniach endoskopowych z 23 lutego 2015 r.; P-O-23 Procedura postępowania z bielizną szpitalną z 31 sierpnia 2017 r.; P-O-30 Procedura postępowania z produktami leczniczymi, dla których upłynął termin ważności (Receptariusz) z 11 sierpnia 2016 r.; Aktualizacja procedury P-O-21 z 6 grudnia 2018 r.

P-O-55 Procedura postępowania przed, w trakcie i po przetoczeniu krwi i jej składników. 23 marca 2015 r.

Pielęgniarki epidemiologiczne[16]:

a) w 2014 r.[17] przeprowadziły 11 kontroli[18];

b) w 2015 r. przeprowadziły 72 kontrole;

c) w 2016 r. przeprowadziły 53 kontrole;

d) w 2017 r. przeprowadziły 33 kontrole;

e) w 2018 r. przeprowadziły 46 kontroli;

f)w 2019 r.[19] przeprowadziły 11 kontroli.

Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości dotyczyły: przepełnionych worków z odpadami, niewłaściwych opisów (lub ich braku) na pojemnikach sztywnych lub workach jednoramowych, niewłaściwej segregacji odpadów medycznych, stosowania niewłaściwych pojemników na odpady ostre oraz niewłaściwej klasyfikacji kodów odpadów.

W Raporcie Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych[20] znajdowały się pojedyncze wpisy dotyczące postępowania z odpadami medycznymi. Wskazano na brak właściwego opisania pojemników, czy brak pokryw na koszach z odpadami. Kontroli nie podlegał m.in. Magazyn Odpadów Medycznych.

Pracownicy Działu Jakości i Kontroli Zarządczej wykonali w 2017 r. jedną kontrolę dotyczącą kontrolowanego zagadnienia. W jej efekcie ustalili m.in., że w Dziale Gospodarczym brakowało kopii procedury postępowania z odpadami medycznymi. W 2019 r. przeprowadzono pięć kontroli postępowania z odpadami medycznymi. W Raporcie z 28 lutego 2019 r. z audytu Działu Gospodarczego zwrócono uwagę „na potencjalne zagrożenia dotyczące magazynu odpadów medycznych. Worki z odpadami pakowane są na oddziałach powyżej przewidzianej objętości, co uniemożliwia bezpieczne przeniesienie worka. Problemem jest również ryzyko omyłkowego włożenia do foliowych worków narzędzi, które powinny być pakowane do pojemników. Problemy zostały wychwycone w magazynie odpadów medycznych (…). Poinformowano oddziały o błędach". Wskazano, że skierowano pracownika magazynu odpadów medycznych na szkolenie zewnętrzne w zakresie postępowania z odpadami medycznymi[21]. W pozostałych Raportach z audytów stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły złego stanu koszy na śmieci, niewłaściwej selekcji odpadów medycznych oraz braku opisów na pojemnikach na odpady medyczne.

Dyrektor wyjaśnił, że w celu wyeliminowania nieprawidłowości dotychczas przeprowadzono w pięciu komórkach wytwarzających odpady medyczne szkolenia przypominające i stanowiskowe. Mają one objąć wszystkie oddziały i komórki biorące udział w postępowaniu z tego typu odpadami.

(akta kontroli str. 44-46, 51-184)

---

[16] Będące jednocześnie członkiniami Komitetu i Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych. Jedna z nich była kierownikiem Działu Higieny Szpitalnej.

[17] W okresie od 12 czerwca.

[18] Kontrolę zdefiniowano jako działanie na terenie danego oddziału/komórki szpitala, bez konieczności sporządzania odrębnego protokołu kontroli wewnętrznej (tj. sporządzano zbiorcze lub indywidulane protokoły kontroli wewnętrznej).

[19] Do 19 kwietnia.

[20] Kontrola wykonana od 14 maja do 25 czerwca 2015 r.

[21] Szkolenie przeprowadzone 22 marca 2019 r. pt. „Odpady medyczne według najnowszych przepisów prawnych".

W trakcie kontroli dokonano oględzin w Magazynie Odpadów Medycznych, których przedmiotem było sprawdzenie zgodności i prawidłowości opisywania worków jednorazowych i pojemników sztywnych na odpady medyczne oraz sprawdzenia poziomu ich wypełniania z obowiązującymi w tym zakresie przepisami. Stwierdzone nieprawidłowości zostały opisane w dalszej treści niniejszego wystąpienia. W trakcie oględzin pracownik szpitala dostarczył do Magazynu pojemnik (o pojemności 700 l). Dziesięć worków jednorazowych zawartych w tym pojemniku było prawidłowo opisanych i wypełnionych do 2/3 objętości, pięć worków wypełnionych było w 100%, jednak nie posiadały pełnych danych identyfikujących. Jeden z tych worków był uszkodzony. Dostarczono również jeden pojemnik sztywny (o pojemności 1 l), prawidłowo opisany. Ustalony stan faktyczny wskazuje, że nie został skutecznie zrealizowany wniosek pokontrolny NIK nr 6.

(akta kontroli str. 281-295)

4. W okresie od 15 września do 1 października 2015 r. Kujawsko-Pomorski Wojewódzki Inspektor Ochrony Środowiska przeprowadził w Szpitalu kontrolę przestrzegania wymagań w zakresie postępowania z odpadami, w tym odpadami niebezpiecznymi. Wykazała ona m.in.: braki w opisie niektórych worków z odpadami i przypadki wykorzystania niewłaściwych worków do przechowywania odpadów medycznych. Stwierdzono także niewłaściwe kwalifikowanie odpadów medycznych w postaci leków. Dotyczyło to pomyłki polegającej na oznakowaniu leków cytotoksycznych i cytostatycznych kodem stosowanym do odpowiednich leków weterynaryjnych. Oba rodzaje leków, właściwy i błędnie oznakowany, zaliczają się do odpadów niebezpiecznych. Tym samym wniosek pokontrolny NIK nr 4 nie został skutecznie zrealizowany.

(akta kontroli str. 324-347)

Stwierdzone nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

W Magazynie Odpadów Medycznych w pięciu pojemnikach (o pojemności 1100 l) znajdowało się kilkadziesiąt worków jednorazowych na odpady medyczne, z których ok. 90%[22] wypełnionych było powyżej 2/3 objętości[23]. Na kartach informacyjnych 14 z 24 pojemników sztywnych nie było wymaganych danych identyfikujących lub dane były niepełne[24]. Jeden z worków jednorazowych był uszkodzony.

Było to niezgodne z odpowiednio § 4 ust. 1, § 6 ust. 1 i § 4 ust. 3 rozporządzenia z 5 października.

Dyrektor wyjaśnił, że stwierdzone nieprawidłowości „zdarzają się sporadycznie". Ponadto wskazał, że „rzetelność i sumienność pracy nie u wszystkich pracowników jest wysoka, ale i też inne przyczyny np. duża ilość odpadów, przeciążenie pracą mogły wpłynąć na przekroczenia w procedurze P-O-21".

---

[22] W związku z tym, że były to odpady niebezpieczne składowane w sposób uniemożliwiający ich dokładne przeliczenie, wielkość oszacował kontroler NIK wraz z Panem (…)[X], pracownikiem Magazynu Odpadów Medycznych Szpitala, tj. osobą wyznaczoną przez Dyrektora Szpitala do udziału w oględzinach.

[X] Na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2018 r. poz. 1330, ze zm.) oraz art. 6 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U. UE L Nr 119 z 4 maja 2016 r. str. 1), wyłączenie w związku z ochroną prywatności osób fizycznych – NIK.

[23] Worki w tych pojemnikach nie podlegały oględzinom dot. sposobu ich oznaczenia.

[24] Tj. odpowiednio: kodu odpadów w nim przechowywanych, nazwy wytwórcy odpadów, numeru identyfikującego jednostkę organizacyjną, numeru REGON wytwórcy odpadów medycznych, numeru księgi rejestrowej wytwórcy odpadów medycznych wraz z podaniem organu rejestrowego, daty i godziny otwarcia (rozpoczęcia użytkowania), daty i godziny zamknięcia.

Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że w okresie objętym kontrolą wewnętrzne kontrole Szpitala wielokrotnie wskazywały na nieprawidłowe funkcjonowanie systemu postępowania z odpadami medycznymi. W Raporcie z 28 lutego 2019 r. z audytu Działu Gospodarczego zwrócono uwagę „na potencjalne zagrożenia dotyczące magazynu odpadów medycznych, bowiem worki z odpadami pakowane były na oddziałach powyżej dopuszczanej objętości, co uniemożliwiało bezpieczne ich przeniesienie". Kujawsko-Pomorski Wojewódzki Inspektor Ochrony Środowiska w trakcie kontroli przeprowadzonej w dniach 15 września – 1 października 2015 r. stwierdził m.in. nieprawidłowe używanie, wykorzystywanie i opisywanie worków do gromadzenia odpadów medycznych.

Nieprzestrzeganie obowiązujących przepisów prawa oraz procedur w przedmiocie bezpiecznego składowania i przekazywania odpadów medycznych może stwarzać zagrożenie dla zdrowia publicznego oraz środowiska naturalnego.

(akta kontroli str.106-161, 281-295, 297)

W ocenie NIK, główną przyczyną ciągłego niewłaściwego postępowania z odpadami medycznymi był brak skutecznych mechanizmów kontroli zarządczej w zakresie gospodarki odpadami medycznymi. Zgodnie z art. 68 ust. 2 ustawy o finansach publicznych system kontroli zarządczej powinien zapewniać m.in. zgodność działań z przepisami prawa i procedurami wewnętrznymi, a także skuteczność i efektywność działania. Zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej należy do Dyrektora[25]. Zgodnie z komunikatem Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych[26] w ramach systemu kontroli zarządczej należy m.in. monitorować skuteczność poszczególnych jego elementów (standard 19), a także zapewnić ciągłość działań (standard 12).

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, jakkolwiek w Szpitalu podejmowano działania organizacyjne w zakresie postępowania z odpadami medycznymi, m.in. wdrażając i aktualizując odpowiednie procedury, to jednak nie doprowadziły one do wyeliminowania powtarzających się nieprawidłowości. Kolejne kontrole wewnętrzne i zewnętrzne wskazały na przypadki gromadzenia, opisywania i przechowywania odpadów w sposób naruszający przepisy rozporządzenia z 5 października.

Dyrektor wyjaśnił, że „w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami przez kontrolę NIK i kontrole wewnętrzne w powyższym zakresie, szkoleniom podlegał personel firmy zewnętrznej odpowiedzialny za ten element procedury. Dokumentacji za ten okres Szpital nie posiada. (…) Przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych szkoleniu podlegały wszystkie pielęgniarki koordynujące i Kierownicy Działów".

W ocenie Izby nie zrealizowano wniosku nr 6 o zapewnienie funkcjonowania skutecznej kontroli zarządczej w obszarze postępowania z odpadami medycznymi.

(akta kontroli str. 106-162, 349, 365-372, 463-474)

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące uwagi i wnioski:

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

[25] Art. 69 ust. 1 pkt. 3 ustawy o finansach publicznych.

[26] Dz. Urz. Min. Fin. Nr 15, poz. 84.

Wnioski

Opracowanie i zapewnienie skutecznego systemu egzekwowania przestrzegania przepisów prawa oraz procedur epidemiologicznych w zakresie postępowania z odpadami medycznymi.

V.Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Bydgoszczy. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Bydgoszcz, czerwca 2019 r.,

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Bydgoszczy

Kontroler
Jacek Kalas
Główny specjalista kontroli państwej

.....
podpis

Dyrektor
Barbara Antkiewicz

.....
podpis