



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO-4101-003-03/2014

P/14/055

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

ul. Kilińskiego 210, 90-980 Łódź

T +48 42 239 32 00, F +48 42 239 32 90

llo@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/055 – Postępowanie z odpadami medycznymi w latach 2010-2012.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Łodzi.
Kontroler	Marek Zyskowski – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 89984 z dnia 9 kwietnia 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Skierniewicach, ul. Piłsudskiego 33, kod 96-100 Skierniewice, zwana dalej „PSSE”.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Barbara Wieteska – Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny (PPIS), Dyrektor PSSE w Skierniewicach. (dowód: akta kontroli str. 3-4)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹ działania kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Powyższą ocenę uzasadnia m.in.:

- prawidłowe przygotowanie organizacyjne i kadrowe do realizacji zadań związanych z działalnością kontrolną w zakresie odpadów medycznych,
- prowadzenie kontroli we wszystkich podmiotach leczniczych podlegających właściwości PPIS,
- coroczne przedstawianie radzie powiatu informacji o stanie bezpieczeństwa sanitarnego na terenie powiatu,
- dokonywanie ocen stanu sanitarnego placówek medycznych będących w gestii PPIS,
- ustanowienie systemu kontroli zarządczej określonej w art. 68-69 ustawy o finansach publicznych².

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nierzetelnego przeprowadzenia kontroli w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Skierniewicach w zakresie postępowania z odpadami medycznymi oraz podania rozbieżnych ze stanem faktycznym danych w sprawozdaniu opisowym dotyczącym postępowania i unieszkodliwiania odpadów medycznych.

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

² Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja działalności kontrolnej w zakresie odpadów medycznych

Opis stanu
faktycznego

1.1. W Regulaminie Organizacyjnym PSSE obowiązującym w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 14 lipca 2013 r. zadania w zakresie kontroli placówek służby zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem gospodarki odpadami medycznymi przypisano Sekcji Nadzoru Higieny Środowiska funkcjonującej w Oddziale Nadzoru Sanitarnego PSSE. Do zadań ww. Sekcji należało także m.in.: nadzór nad placówkami służby zdrowia w zakresie warunków lokalowych, zaopatrzenia w wodę, odprowadzania ścieków i postępowania z odpadami, oraz nadzór nad gospodarką odpadami stałymi (w tym niebezpiecznymi) i płynnymi.

W Regulaminie Organizacyjnym PSSE obowiązującym od 15 lipca 2013 r. ogólnie zadania nadzoru nad stanem techniczno-sanitarnym, higienicznym i przeciwepidemicznym, w tym dotyczącym postępowania z odpadami medycznymi w obiektach podmiotów wykonujących działalność leczniczą przypisano Sekcji Nadzoru Epidemiologicznego i Sekcji Nadzoru Higieny Środowiska funkcjonujących w Oddziale Nadzoru Sanitarnego PSSE.

(dowód: akta kontroli str. 8-41)

W wyjaśnieniu dotyczącym zmian zapisów w Regulaminie Dyrektor PSSE Barbara Wieteska stwierdziła, że zadania komórek organizacyjnych wchodzących w skład Oddziału Nadzoru – w Regulaminie obowiązującym od 2009 r. – zostały określone bardzo szczegółowo. Przygotowując w 2013 r. obecnie obowiązujący Regulamin uznano, że zadania poszczególnych komórek organizacyjnych są zbyt uszczegółowione i wskazane jest ich uproszczenie. W praktyce nie zmieniło to zakresów kontroli prowadzonych przez pracowników tych komórek. Szczegółowy zakres rutynowych kontroli podmiotów leczniczych, w tym w odniesieniu do odpadów (również medycznych) jest określony w obowiązujących formularzach stanowiących podstawę oceny kontrolowanej jednostki. Formularze te stosowane są przez Sekcję Nadzoru Epidemiologicznego i Sekcję Nadzoru Higieny Środowiska.

(dowód: akta kontroli str. 42-43)

1.2. W działalności kontrolnej PSSE stosowane były zarządzenia, procedury, wytyczne wydane przez Głównego Inspektora Sanitarnego (GIS) i Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego (PPWIS) w Łodzi.

Zarządzeniem Nr 26/08 z dnia 21 października 2008 r. GIS wprowadził do stosowania przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS) przy wykonywaniu czynności kontrolnych następujące dokumenty:

- Procedurę techniczną PT/01 – Sposób wykonywania działań w ramach zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego oraz zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń,
- Protokół kontroli F1/PT/01.

(dowód: akta kontroli str. 44-45)

W dniu 17 czerwca 2010 r. GIS wydał zarządzenie Nr 68/10 w sprawie wzorów dokumentów stosowanych przez organy PIS przy wykonywaniu czynności kontrolnych w obszarze epidemiologii (zmienione zarządzeniem Nr 62/12 z dnia 8 maja 2012 r.). Powyższe zarządzenia wprowadzały instrukcje nr IR/EP/01 pn.

„Instrukcja w obszarze epidemiologii dotycząca nadzoru nad placówkami udzielającymi świadczeń zdrowotnych”.

(dowód: akta kontroli str. 46-72)

Zarządzeniem Nr 2/07 z dnia 1 marca 2007 r. PPWIS w Łodzi wprowadził System Zarządzania Jakością w działalności kontrolnej Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa łódzkiego. W ramach tego Systemu wprowadzono do stosowania m.in. Procedurę Ogólną PO/N-02 pn. „Metody kontroli. Standardy postępowania”. Załącznik Nr 12 do ww. Procedury stanowił wykaz formularzy stosowanych podczas kontroli w zakresie Higieny Komunalnej w tym m.in. w zakresie postępowania z odpadami medycznymi.

(dowód: akta kontroli str. 73-113)

Ponadto pismem z dnia 19 sierpnia 2010 r. PWIS w Łodzi wprowadził do stosowania podczas kontroli sanitarnych w obiektach wytwarzających odpady medyczne dokument pn. „Schemat postępowania do kontroli odpadów medycznych u wytwórcy”.

(dowód: akta kontroli str. 114)

1.3. PPIS nie był wyznaczony przez GIS (w związku z § 7 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie dopuszczalnych sposobów i warunków unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych³) do wydawania opinii dla urządzeń do unieszkodliwiania odpadów medycznych i takich opinii w badanym okresie nie wydawał.

(dowód: akta kontroli str. 115)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działania kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

2 Wykonywanie kontroli w zakresie postępowania z odpadami medycznymi

Opis stanu faktycznego

2.1. Liczba podmiotów leczniczych podlegających właściwości PPIS w badanym okresie (2011, 2012, 2013) wynosiła odpowiednio: 88, 92 i 93 (w tym jeden szpital – Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach). Kontrole przeprowadzono we wszystkich podmiotach będących w obszarze działania PPIS (Miasto Skierniewice i Powiat Skierniewicki – ziemski). Łączna liczba wykonanych przez PSSE kontroli w badanym okresie wynosiła odpowiednio: 1812, 1899, 1798, w tym liczba kontroli, które swoim zakresem obejmowały tematykę związaną z postępowaniem z odpadami medycznymi odpowiednio: 232, 226 i 231.

Nieprawidłowości stwierdzono w jednym podmiocie leczniczym tj. w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Skierniewicach i dotyczyły one niewykonania decyzji administracyjnej wydanej przez PPIS w maju 2008 r. Decyzja ta nakazywała urządzić i wyposażyć pomieszczenie do magazynowania niebezpiecznych odpadów medycznych oraz urządzić i wyposażyć miejsce przeznaczone do dezynfekcji, mycia i przechowywania wózków i pojemników na odpady stosownie do obowiązujących przepisów. Termin wykonania decyzji ustalono na 31 grudnia 2008 r. W kolejnych latach Szpital występował do PPIS z wnioskami o przedłużenie terminu wykonania

³ Dz. U. z 2003 r. Nr 8, poz. 104 ze zm.

ww. decyzji i PPIS kolejnymi decyzjami przesuwiał termin jej realizacji. Ostatnia decyzja wydana w grudniu 2013 r. ustaliła nowy termin tj. do dnia 31 grudnia 2014 r.
(dowód: akta kontroli str. 116-117 i 159-181)

2.2. Jak podano w pkt. 1.3 niniejszego wystąpienia na obszarze działania PPIS nie funkcjonują zakłady termicznego przekształcania zakaźnych odpadów medycznych.
(dowód: akta kontroli str. 115)

2.3. Przeprowadzone w badanym okresie kontrole, które swoim zakresem obejmowały tematykę związaną z postępowaniem z odpadami medycznymi stanowiły następujący procent wykonania planu odpowiednio: 113%, 110% i 111% planu. Kontrole doraźnych w tym zakresie nie przeprowadzano.

Przekroczenie wykonalności liczby kontroli w stosunku do planowanych wynikało z realizacji zadań dodatkowych m.in. zgłoszeń systemu RAPEX (Europejski System Wczesnego Ostrzegania o Produktach Niebezpiecznych), kontroli akcyjnych, których nie można było przewidzieć w rocznych planach.

(dowód: akta kontroli str. 116)

W badanym okresie trzykrotnie (w październiku 2011, we wrześniu 2012 r. i październiku 2013 r.) pracownicy Sekcji Nadzoru Higieny Środowiska PSSE przeprowadzili w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Skierniewicach kontrole w zakresie postępowania z odpadami medycznym. Poza stwierdzeniem niewykonania decyzji, o których mowa w pkt.2.1 niniejszego wystąpienia, innych nieprawidłowości nie stwierdzono.

(dowód: akta kontroli str. 119-158)

Ustalone
nieprawidłowości

W ramach tematu P/14/055 „Postępowanie z odpadami medycznymi w latach 2011-2013” prowadzona była równolegle przez Delegaturę NIK w Łodzi kontrola w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Skierniewicach. Na podstawie analizy zgromadzonych dokumentów w aktach kontroli, stwierdzono rozbieżności pomiędzy treścią dokumentów z kontroli przeprowadzonych w latach 2011-2013 przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Skierniewicach, a treścią dokumentów obrazujących stan faktyczny w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Skierniewicach. Rozbieżności te dotyczyły zapisów w dokumentach pn. „Schemat do kontroli odpadów medycznych u dostawcy” (zwany dalej „Schematem”) będących załącznikami do protokołów kontroli PSSE. Np.:

- w pkt. 17 Schematów zaznaczono odpowiedź T (tak) przy stwierdzeniu, że pojemniki wymieniane są nie rzadziej niż co 72 godziny, podczas gdy jak wykazała kontrola NIK odpady były odbierane dwa razy w tygodniu,
- w pkt.18 Schematów (prawidłowe oznakowanie pojemników i worków) zaznaczono odpowiedź T (tak), pomimo występowania przypadków braku oznakowania i siedziby wytwórcy,
- w pkt.21 Schematów zaznaczono odpowiedź T (tak) przy stwierdzeniu, że pomieszczenie magazynowe zabezpieczone przed dostępem owadów, drzwi wejściowe bez progów, pomimo że było to niezgodne ze stanem faktycznym.

(dowód: akta kontroli str. 119-158, 352-526)

W wyjaśnieniu dotyczącym powstania rozbieżności Kierownik Sekcji Nadzoru Higieny Środowiska PSSE Mirosław Nowicki stwierdził, że podczas wypełniania formularzy, po dokonanych oględzinach zbierano pozostałe informacje poprzez analizę dokumentacji i zadawanie pytań kontrolowanemu. Z uwagi na upływ czasu brak jest możliwości odtworzenia całego procesu wypełniania formularza. Następnie

odniósł się do wszystkich pytań zadanych przez kontrolera. Wyjaśnił m.in., że worki były oznaczone wystarczająco do zidentyfikowania wytwórcy, a oceniana próbka posiadała oznaczenia. Odnośnie zabezpieczenia magazynu odpadów stwierdził, że okno było zamknięte, a niska wysokość progu nie uniemożliwiała wjazdu wózka.

W ocenie NIK kontrole przeprowadzone w Szpitalu przez pracowników PSSE nie w pełni oddawały stan faktyczny postępowania z odpadami medycznymi.

(dowód: akta kontroli str. 344-351)

2.4. W badanym okresie nie nakładano grzywien w drodze mandatu karnego za uchybienia w zakresie postępowania z odpadami medycznymi.

(dowód: akta kontroli str. 115)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie z nieprawidłowościami działania kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

3 Inne działania dotyczące sprawowania zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego w zakresie postępowania z odpadami medycznymi

Opis stanu faktycznego

3.1. Realizując postanowienia art. 12a ust. 3 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej⁴, corocznie na sesjach Rady Miasta Skierniewice oraz Rady Powiatu Skierniewickiego PPIS przedstawiał informację o stanie bezpieczeństwa sanitarnego, a w przypadku Rady Powiatu Skierniewickiego także ocenę stanu sanitarnego i sytuacji epidemiologicznej Miasta Skierniewice i Powiatu Skierniewickiego za rok poprzedni. Informacje te zawierały m.in. zagadnienia dotyczące postępowania z odpadami medycznymi.

(dowód: akta kontroli str. 187-199)

Z informacji uzyskanej od Przewodniczącej Rady Powiatu w Skierniewicach wynika, iż w badanym okresie Rada Powiatu nie korzystała z prawa określonego w art. 12 a ust. 3 a ustawy o PIS, tj. nie występowała, w drodze uchwały, z wnioskami o podjęcie działań przez właściwy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej w celu zapewnienia należytego stanu bezpieczeństwa sanitarnego.

(dowód: akta kontroli str. 200-201)

3.2. W badanym okresie PPIS dokonywał rocznych ocen stanu sanitarnego placówek medycznych znajdujących się na terenie Skierniewic i Powiatu Skierniewickiego. Oceny te (w styczniu każdego roku) przekazywano do PWIS w Łodzi.

Stan sanitarny placówek medycznych (uwzględniający również zagadnienia odpadów medycznych) zawarty był także w następujących opracowaniach:

- Ocena stanu sanitarnego i sytuacji epidemiologicznej Skierniewic i Powiatu Skierniewickiego (przekazywane do Prezydenta Skierniewic, Starosty, PWIS),

⁴ Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 ze zm.), zwana dalej „ustawą o PIS”

- Sprawozdanie opisowe do druku sprawozdawczego MZ-46 (przekazywane do PWIS),
- Ocena stanu sanitarnego miasta Skierniewice i Powiatu Skierniewickiego w zakresie higieny komunalnej (przekazywane do PWIS).

(dowód: akta kontroli str. 210-232)

Ponadto w latach 2012-2013 sporządzono (i przekazano do PWIS) sprawozdania dotyczące postępowania i unieszkodliwiania odpadów medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 233-243)

Uwagi dotyczące
kontrolowanej
działalności

W sprawozdaniach tych podano m.in., że w Szpitalu w Skierniewicach odpady medyczne odbierane są trzy razy w tygodniu, podczas gdy zawarte umowy z firmami odbierającymi odpady ustalały taką częstotliwość tylko w okresie od marca do października, a w pozostałych miesiącach dwa razy w tygodniu. Przeprowadzona równoległe z niniejszą kontrolą, kontrola w Szpitalu wykazała, że odpady odbierane były dwa razy w tygodniu również w miesiącach letnich, a nawet wystąpiły przypadki odbioru odpadów co pięć dni. W wyjaśnieniu dotyczącym przyczyn i okoliczności podania w sprawozdaniach danych niezgodnych ze stanem faktycznym Dyrektor PSSE Barbara Wieteska stwierdziła, że: *„Przy sporządzaniu rocznych sprawozdań z postępowania i unieszkodliwiania odpadów medycznych za rok 2012 i 2013 opierano się na informacjach zawartych w protokołach z kontroli, ewentualnie innych posiadanych dokumentach dotyczących tej dziedziny.*

W Szpitalu, w 2012 r. i 2013 r. przeprowadzano kilkakrotnie kontrole obejmujące postępowanie z odpadami medycznymi. Raz w roku zbierane są informacje na dodatkowym formularzu - „Schemacie do kontroli odpadów medycznych u wytwórcy”. Z danych zawartych w powyższych Schematach wynika że odpady odbierane były co trzy dni i to było podstawą umieszczenia takiej informacji w sprawozdaniach.”

(dowód: akta kontroli str. 244-245,352-526)

Opis stanu
faktycznego

3.3. W badanym okresie PPIS nie organizował dla podmiotów zewnętrznych konferencji, szkoleń i seminariów dotyczących postępowania z odpadami medycznymi. Natomiast w rocznym planie szkoleń wewnętrznych na 2013 r. zaplanowano szkolenie w tym zakresie dla pracowników pionu nadzoru sanitarnego PSSE. Szkolenie odbyło się w sierpniu 2013 r. i uczestniczyło w nim 15 osób zatrudnionych w Oddziale Nadzoru Sanitarnego. Kosztów na organizację szkolenia nie poniesiono, gdyż prezentację przygotowała i szkolenia przeprowadziła osoba w ramach swoich obowiązków służbowych.

(dowód: akta kontroli str. 115,255-265)

3.4. Z powodu faktu, iż szkolenie powyższe odbyło się na terenie PSSE i przeprowadzone zostało przez pracownika PSSE – nie stosowano przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych⁵.

(dowód: akta kontroli str. 256)

3.5. W badanym okresie PPIS nie zawierał z organami administracji publicznej i innymi jednostkami formalnych porozumień o współpracy i współdziałaniu w dziedzinie gospodarki odpadami medycznym. Współdziałanie to odbywało się na bieżąco i wynikało z zaistnienia określonej potrzeby. Np. w dniu 23 lutego 2011 r. do PSSE za pośrednictwem PWIS w Łodzi wpłynęło pismo Departamentu Rolnictwa i Ochrony Środowiska Urzędu Marszałkowskiego w Łodzi z prośbą

⁵ Dz. U. z 2013 r. poz. 907 ze zm.

o rozpropagowanie wśród podmiotów posiadających lub transportujących niebezpieczne odpady obowiązku składania rocznych zestawień do Urzędu Marszałkowskiego o ilości wytworzonych odpadów. Niezłożenie takich sprawozdań wiązało się z nałożeniem obligatoryjnej kary pieniężnej. Informacja taka została przez PSSE rozpropagowana mailowo i telefonicznie.

Ponadto w badanym okresie Urząd Miasta Skierniewice i Starostwo Powiatowe przekazywało do PSSE informacje o wydanych decyzjach dotyczących odpadów (pozwolenia, zatwierdzone programy postępowania, informacje o wytwarzaniu odpadów).

PPIS nie opracował procedur/poradników postępowania dla podmiotów wytwarzających odpady medyczne.

(dowód: akta kontroli str.115,245 -246,266-273)

3.6. W PSSE corocznie ustalany jest plan audytów służący ocenie funkcjonowania systemu jakości i stosowania w poszczególnych komórkach organizacyjnych zasad w nim ustalonych. W badanym okresie corocznie przeprowadzono zarówno w Sekcji Nadzoru Epidemiologicznego jak również w Sekcji Nadzoru Higieny Środowiska audyty dotyczące postępowania w zakresie realizacji procedur kontrolnych i ich dokumentowania. Powyższe audyty obejmowały całość zagadnień związanych z działalnością kontrolną, brak jest natomiast bezpośredniego odniesienia do postępowania z odpadami medycznymi. Z raportów z przeprowadzonych audytów wynika, że system jakości działalności kontrolnej funkcjonuje prawidłowo, a w audytowanych obszarach nie wykryto nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 280-308)

3.7. Na podstawie rejestru skarg i wniosków ustalono, że w badanym okresie nie wpłynęły do PPIS skargi dotyczące gospodarowania odpadami medycznymi przez podmioty lecznicze, jak również skargi na działania pracowników PSSE w związku z realizacją przez nich zadań dotyczących sprawowania zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego w zakresie postępowania z odpadami medycznymi.

(dowód: akta kontroli str. 115)

W czerwcu 2012 r. PWIS w Łodzi przeprowadził planowaną kontrolę kompleksową PSSE obejmującą m.in. nadzór nad podmiotami leczniczymi sprawowany przez Sekcję Nadzoru Epidemiologicznego i Sekcję Nadzoru Higieny Środowiska. Kontrolą nie objęto postępowania z odpadami medycznymi.

(dowód: akta kontroli str. 309-315)

3.8. W badanym okresie obowiązywały następujące zarządzenia Dyrektora PSSE dotyczące systemu kontroli zarządczej:

- Zarządzenie Nr 11/2010 z dnia 30 grudnia 2010 r. w sprawie określenia standardów kontroli zarządczej (obowiązywało do 10 października 2011 r.),
- Zarządzenie Nr 13/2011 z dnia 10 października 2011 r. w sprawie wprowadzenia kontroli zarządczej.

W załączniku do zarządzenia Nr 11/2010 określono standardy kontroli zarządczej w następujących obszarach: środowisko wewnętrzne (kompetencje zawodowe,

struktura organizacyjna), cele i zarządzanie ryzykiem, mechanizmy kontroli, informacja i komunikacja, monitorowanie i ocena.

W zarządzeniu Nr 13/2011 ustalono, że celem kontroli zarządczej jest zapewnienie m.in.: zgodności i efektywności działania wszystkich komórek organizacyjnych i stanowisk samodzielnych, wiarygodności sprawozdań finansowych i merytorycznych, ochrony zasobów materialnych, finansowych i informatycznych, zarządzania mieniem w sposób odpowiedzialny i racjonalny. Cele i zadania są określone w Rocznym Planie Działalności zatwierdzanym przez Dyrektora PSSE. Ocena dotycząca skuteczności kontroli zarządczej oraz stosowania wewnętrznych procedur i instrukcji, regulaminów i zarządzeń, obowiązków pracowniczych dokonywana jest droga samooceny. Co najmniej raz w roku Dyrektor na podstawie samooceny potwierdza stan kontroli zarządczej w PSSE. Potwierdzeniem jest oświadczenie o stanie kontroli zarządczej.

(dowód: akta kontroli str. 316-332)

W złożonych oświadczeniach o stanie kontroli zarządczej za lata 2011, 2012 i 2013 Dyrektor PSSE oświadczyła, że informacje zawarte w sprawozdaniu z wykonania planu działalności za ww. lata przedstawiają prawdziwy i rzetelny obraz sytuacji jednostki.

(dowód: akta kontroli str. 333-334)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działania kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁶, wnosi o podjęcie działań w celu zapewnienia prowadzenia kontroli w podmiotach medycznych w sposób zapewniający rzetelne ustalenie stanu faktycznego kontrolowanego obszaru.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

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

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 Łodzi.

Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków

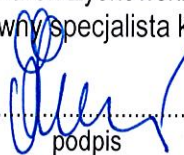
Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 14 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosku pokontrolnego oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

⁶ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

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.

Łódź, dnia 28 maja 2014 r.

Kontroler
Marek Zyskowski
Główny specjalista k.p.



.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Łodzi

Dyrektor
Przemysław Szewczyk



.....
podpis