



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP – 4101-001-03/2014

P/14/055

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli.

Numer i tytuł kontroli	P/14/055 – Postępowanie z odpadami medycznymi.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu.
Kontroler	Jarosław Pałęga, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 89242 z dnia 14 marca 2014 r. (dowód: akta kontroli, str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Brzegu, ul. Armii Krajowej 22, 49-300 Brzeg ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Beata Rozmus, Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Brzegu ² . (dowód: akta kontroli, str. 3-4)

II. Ocena kontrolowanej działalności.

Ocena ogólna

Uzasadnienie
oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie³ sprawowanie przez PSS-E w Brzegu w latach 2011-2013 zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego nad warunkami higieny środowiska przy postępowaniu z odpadami medycznymi.

Ocenę pozytywną uzasadnia uwzględnianie tematyki odpadów medycznych w planowanych kontrolach podmiotów leczniczych, rzetelne przeprowadzanie kontroli, tj. w pełnym zakresie ustalonym w planie kontroli oraz zaleceniach określonych przez Głównego Inspektora Sanitarnego⁴, przedstawianie Radzie Powiatu Brzeskiego informacji o stanie bezpieczeństwa na terenie powiatu, jak też dokonywanie oceny stanu sanitarnego placówek medycznych znajdujących się na terenie powiatu.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego.

1. Organizacja działalności kontrolnej w zakresie odpadów medycznych.

Opis stanu
faktycznego

1.1. Organizacja pracy PSS-E określona została w statucie nadanym przez Wojewodę Opolskiego⁵ oraz w regulaminie organizacyjnym wprowadzonym zarządzeniem Dyrektora PSS-E nr 1/2010 z dnia 4 stycznia 2010 r.⁶

Zgodnie z ww. regulaminem, jednym z zadań Oddziału Epidemiologii było sprawowanie nadzoru nad stanem sanitarnym w zakładach opieki zdrowotnej i innych miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych oraz stosowaniem w tych zakładach wyrobów medycznych. Sprawowanie natomiast nadzoru nad zakładami świadczącymi usługi zdrowotne w zakresie stanu sanitarno-technicznego, gospodarowania odpadami powierzono Oddziałowi Higieny Komunalnej PSS-E. W regulaminie tym nie wyszczególniono odrębnych zadań dotyczących prowadzenia kontroli postępowania z odpadami medycznymi.

(dowód: akta kontroli, str. 6-20)

¹ Dalej: PSS-E.

² Dalej: Dyrektor.

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

⁴ Dalej: GIS.

⁵ Zarządzenie nr 238/09 z dnia 28 grudnia 2009 r.

⁶ Zmieniony zarządzeniem nr 11/2011 z dnia 21 listopada 2011 r.

Dyrektor PSS-E wyjaśniła, iż nadzór nad stanem sanitarnym zakładów opieki zdrowotnej, w tym nad postępowaniem z odpadami medycznymi prowadzi Oddział Epidemiologii i Oddział Higieny Komunalnej PSS-E, a jednolity wzór regulaminu organizacyjnego dla wszystkich powiatowych stacji województwa opolskiego został opracowany przez Opolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego.

(dowód: akta kontroli, str. 110, 357-359)

PSS-E w Brzegu działalność kontrolną wykonywała na podstawie *Planów zasadniczych przedsięwzięć PSS-E na poszczególne lata*, które były akceptowane przez Starostę Powiatu Brzeskiego. Plany te obejmowały m.in. spis jednostek zaplanowanych do kontroli oraz terminy ich przeprowadzenia. W planach nie wskazywano przedmiotu/zakresu tych kontroli.

(dowód: akta kontroli, str. 285-323)

Dyrektor PSS-E wyjaśniła, że *Plany zasadniczych przedsięwzięć PSS-E na lata 2011 – 2013 zawierały wykaz podmiotów przewidzianych do kontroli, a nie wskazywały zakresu przedmiotowego kontroli, z uwagi na fakt, iż ww. plany sporządzane są w oparciu o wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego⁷. Wzory dokumentów planistycznych nie przewidują umieszczenia informacji w postaci zakresu kontroli, jednak umieszczenie obiektu w planie kontroli oznacza, że obiekt zostanie skontrolowany zgodnie z zagadnieniami merytorycznymi zawartymi w stosownym załączniku do protokołu i zostaną skontrolowane wszystkie zagadnienia będące w gestii PSS-E, w tym również odpady medyczne w podmiotach leczniczych, w których w wyniku prowadzonej działalności takie odpady są wytwarzane. Zakres kontroli jest określany każdorazowo w upoważnieniu i uzależniony jest od rodzaju prowadzonej przez podmiot działalności oraz zakresu świadczonych usług medycznych, jak również ujęty jest w protokole kontroli, którego wzór określa procedura techniczna GIS pt. „Sposób wykonywania działań w ramach zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego oraz zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń”, natomiast zagadnienia merytoryczne dotyczące odpadów medycznych zawarte są w załącznikach do protokołu.*

(dowód: akta kontroli, str. 360)

1.2. GIS przekazywał PSS-E wytyczne do stosowania w działalności kontrolnej. Zarządzeniem nr 26/08 z dnia 21 października 2008 r. wprowadził *Procedurę techniczną określającą sposób wykonywania działań w ramach zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego oraz zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń (PT/01)*, która określała m.in. wzór protokołu kontroli. Zmiany dotyczyły również stosowania formularzy/załączników do protokołów kontroli, jednak do czasu opracowania nowych wzorów, GIS dopuścił do stosowania dotychczas obowiązujące⁸.

(dowód: akta kontroli, str. 161-218)

Ponadto, zarządzeniem nr 68/10 z 17 czerwca 2010 r.⁹ GIS wprowadził do stosowania *Instrukcję w obszarze epidemiologii dotyczącą nadzoru nad placówkami udzielającymi świadczeń zdrowotnych* oraz określił wzory formularzy stosowanych przy wykonywaniu czynności kontrolnych w powyższym zakresie.

(dowód: akta kontroli, str. 163-164)

Określone przez GIS wzory protokołu kontroli oraz załączników zawierały wytyczne do przeprowadzenia i udokumentowania wyników przeprowadzanych kontroli. Obowiązujące załączniki obligowały PSS-E m.in. do sprawdzenia sposobu przechowywania odpadów w miejscach ich wytwarzania, sposobu transportu oraz częstotliwości ich przekazywania do miejsc składowania. Szczegółowe badanie dokumentacji z przeprowadzonych przez PSS-E kontroli w zakresie postępowania z odpadami medycznymi wykazało, iż określone przez GIS załączniki były rzetelnie wypełniane i dołączane do protokołów kontroli, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli, str. 190-218)

1.3. PSS-E w Brzegu nie została wyznaczona przez GIS do wydawania opinii dla urzędów do unieszkodliwiania odpadów medycznych w związku z § 7 ust. 1

⁷ Dalej: GIS

⁸ Pismo z dnia 21 października 2008 r.

⁹ Zmienione zarządzeniem nr 62/12 z 8 maja 2012 r.

rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie dopuszczalnych sposobów i warunków unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych¹⁰. Zgodnie z wyjaśnieniem Dyrektora na terenie działania PSS-E nie ma zakładów unieszkodliwiania odpadów medycznych.

(dowód: akta kontroli, str. 21, 220)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena cząstkowa

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

2. Wykonywanie kontroli w zakresie postępowania z odpadami medycznymi.

Opis stanu
faktycznego

2.1. Liczba podmiotów leczniczych znajdujących się na obszarze działania PSS-E wynosiła 135 w 2011 r., 143 w 2012 r. oraz 133 w 2013 r.

PSS-E przeprowadzała kontrole, które swoim zakresem obejmowały tematykę związaną z postępowaniem z odpadami medycznymi. W 2011 r. przeprowadzono 113 takich kontroli na 122 zaplanowanych (93% planu). W 2012 r. przeprowadzono 111 takich kontroli na 121 zaplanowanych (92%), a w 2013 r. 110 na 123 (89%). Dodatkowo w latach 2011-2013 przeprowadzono 28 kontroli doraźnych, które obejmowały kwestie prawidłowości postępowania z odpadami medycznymi (9 w 2011 r., 10 w 2012 r. oraz 9 w 2013 r.). Z dokumentacji przedstawionej przez kontrolowaną jednostkę wynika, że główną przyczyną niepełnej realizacji planów kontroli była likwidacja działalności wytypowanych do weryfikacji podmiotów (po osiem przypadków w latach 2011-2012 i 13 przypadków w 2013 r.).

(dowód: akta kontroli, str. 219-220, 285-323)

W wyniku przeprowadzonych 362 kontroli, jedynie w dwóch przypadkach PSS-E stwierdziła nieprawidłowości w zakresie postępowania z odpadami medycznymi. W jednym przypadku w wyniku przeprowadzonej przez PSS-E kontroli stwierdzono, iż temperatura w jednej z lodówek, w której magazynowane były odpady medyczne o kodzie 18 01 03* przez okres dłuższy niż 72 godziny, wynosiła 12 stopni Celsjusza, co naruszało § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi¹¹. PSS-E wyegzekwowała wykonanie zalecenia pokontrolnego dotyczącego właściwego magazynowania odpadów medycznych, co potwierdziła przeprowadzona w dniu 1 lipca 2011 r. kontrola sprawdzająca¹². W związku z powyższym decyzją nr 18/HK/11 z 5 lipca 2011 r. umorzono postępowanie administracyjne w sprawie naruszeń wymagań higienicznych i zdrowotnych przez skontrolowaną jednostkę.

W drugim przypadku w listopadzie 2012 r. stwierdzono brak decyzji zatwierdzającej program gospodarki odpadami niebezpiecznymi, której uzyskanie było wymagane zapisem art. 17 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. o odpadach¹³ w przypadku wytwarzania odpadów niebezpiecznych w ilości powyżej 0,1 Mg rocznie. PSS-E pismem z dnia 18 grudnia 2012 r. zobowiązała skontrolowaną jednostkę do uzyskania decyzji zatwierdzającej program gospodarki odpadami niebezpiecznymi zgodnie z obowiązującymi ówczesnie przepisami prawa. W związku z wejściem w życie nowej ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach¹⁴ PSS-E odstąpiła od egzekwowania uzyskania takiej

¹⁰ Dz. U. z 2003 r. Nr 8, poz. 104 ze zm.

¹¹ Dz. U. Nr 139, poz. 940.

¹² Protokół kontroli nr HK/AB-4051-42-2/11 z dnia 13 maja 2011 r.

¹³ W brzmieniu obowiązującym przed 23 stycznia 2013 r. (Dz. U. z 2010 r., Nr 185, poz. 1243 ze zm.). Zgodnie z tym przepisem magazynowanie odpadów medycznych o ww. kodzie może odbywać się tak długo, jak pozwalają na to ich właściwości, jednak nie dłużej niż 72 godziny, natomiast w temperaturze do 10° C - nie dłużej niż 30 dni.

¹⁴ Dz. U. z 2013 r., poz. 21 ze zm. Nowe przepisy nie nakładały obowiązku uzyskania decyzji zatwierdzającej program gospodarki odpadami niebezpiecznymi w przypadku wytwarzania odpadów

decyzji, a kontrola przeprowadzona w 2013 r. w tym podmiocie nie ujawniła nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli, str. 219-268, 342-354)

W latach 2011-2013 PSS-E w Brzegu nie przeprowadzała kontroli w szpitalach, gdyż jedyny szpital funkcjonujący na obszarze działania PSS-E, tj. Brzeskie Centrum Medyczne¹⁵ został utworzony przez Powiat Brzeski, a w myśl art. 12 ust. 1a pkt 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o *Państwowej Inspekcji Sanitarnej*¹⁶ organem właściwym do przeprowadzenia kontroli w stosunku do takich podmiotów jest Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny.

(dowód: akta kontroli, str. 285)

2.2. W okresie objętym kontrolą (2011-2013) na terenie podlegającym właściwości PSS-E nie funkcjonowały zakłady termicznego przekształcania zakaźnych odpadów medycznych, w związku z czym PSS-E nie przeprowadzała kontroli w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli, str. 21, 220)

2.3. W wyniku szczegółowego badania dokumentacji dotyczącej przeprowadzonych przez PSS-E kontroli obejmujących postępowanie z odpadami medycznymi stwierdzono, iż do dokumentowania przeprowadzonych czynności oraz wyników kontroli stosowano odpowiednie druki protokołu z kontroli oraz załączniki określone zarządzeniami GIS¹⁷.

(dowód: akta kontroli, str. 219-268, 342-354, 356)

2.4. W wyniku przeprowadzonych kontroli w latach 2011 – 2013 PSS-E nałożyła łącznie 155 grzywien w drodze mandatów karnych na łączną kwotę 31,4 tys. zł (z tego w 2011 r. 48 na kwotę 10 tys. zł, w 2012 r. 60 na kwotę 11,7 tys. zł, a w 2013 r. 47 na kwotę 9,7 tys. zł). Mandaty te nie dotyczyły postępowania z odpadami medycznymi.

(dowód: akta kontroli, str. 110)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

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

Opis stanu
faktycznego

3.1. W latach 2011-2013 Państwowy Inspektor Sanitarny w Brzegu raz w roku¹⁸ przedkładał Radzie Powiatu Brzeskiego informacje o stanie bezpieczeństwa sanitarnego na terenie powiatu, czym wypełniał obowiązek wynikający z art. 12a ust. 3 ustawy o *Państwowej Inspekcji Sanitarnej*. Informacje te obejmowały m.in. zagadnienia dotyczące postępowania z odpadami medycznymi wynikające z przeprowadzonych przez PSS-E kontroli. Zgodnie z ww. informacjami, przeprowadzone w latach 2011–2013 przez PSS-E kontrole nie wykazały nieprawidłowości w zakresie gromadzenia, transportu, unieszkodliwiania i magazynowania odpadów medycznych, w przypadku prywatnych praktyk lekarskich i pielęgniarskich, natomiast w przypadku innych podmiotów leczniczych przedstawiono nieprawidłowości opisane w pkt. 2.1. wystąpienia. W informacjach tych zawarte zostały również wyniki kontroli podmiotów, dla których właściwy był Opolski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny¹⁹, tj. m.in. BCM, Domu Pomocy Społecznej w Jędrzejowie i Grodkowie. W wyniku przeprowadzonych w BCM kontroli, WSS-E zaleciła w 2011 r. m.in. zapewnienie

w ilości powyżej 0,1 Mg rocznie – art. 207 pkt 3 ww. ustawy wprowadził obowiązek uzyskania pozwolenia w przypadku wytwarzania odpadów niebezpiecznych o masie powyżej 1 Mg rocznie.

¹⁵ Jedyny szpital na terenie powiatu brzeskiego. Dalej: BCM.

¹⁶ Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 ze zm.

¹⁷ Zarządzenie nr 26/08 z dnia 21 października 2008 r. oraz zarządzenie nr 68/10 z 17 czerwca 2010 r.

¹⁸ W dniach 1 marca 2012 r., 13 marca 2013 r. i 11 marca 2014 r.

¹⁹ Dalej: WSS-E.

miejsca przeznaczonego do dezynfekcji, mycia i przechowywania wewnątrzzakładowych środków transportu wewnętrznego odpadów medycznych i pojemników wielokrotnego użycia, usunięcie pojemników do gromadzenia odpadów medycznych znajdujących się przy windach w obiekcie szpitalnym przy ul. Mossora 1 oraz zapewnienia zamykanego pojemnika do transportu odpadów medycznych w obiekcie przy ul. Nysańskiej 4-6. Ponadto w informacjach o stanie sanitarnym Powiatu Brzeskiego za 2012 r. i 2013 r. przedstawiono inne, stwierdzone przez WSS-E nieprawidłowości, dotyczące postępowania z odpadami medycznymi (m.in. brak termometru w lodówce na odpady medyczne, składowanie odpadów w kartonie).

(dowód: akta kontroli, str. 35-76)

Według informacji Przewodniczącego Rady Powiatu Brzeskiego, Rada nie korzystała z uprawnień określonego w art. 12a ust. 3a ustawy o *Państwowej Inspekcji Sanitarnej* i nie występowała, w drodze uchwały, z wnioskami o podjęcie działań przez właściwy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej w celu zapewnienia należytego stanu bezpieczeństwa sanitarnego w BCM.

(dowód: akta kontroli, str. 145-160)

3.2. PSS-E corocznie dokonywała oceny stanu sanitarnego placówek medycznych funkcjonujących na terenie powiatu brzeskiego. W ocenach tych uwzględniano również wyniki kontroli w zakresie postępowania z odpadami medycznymi w zakładach opiekuńczo – leczniczych, przychodniach, ośrodkach i poradniach, innych placówkach zakładów opieki zdrowotnej, prywatnych praktykach lekarskich i pielęgniarskich. Oceny te przedstawiały również stwierdzone podczas przeprowadzonych kontroli nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli, str. 77-108)

3.3. W okresie objętym kontrolą zorganizowano dwa szkolenia wewnętrzne dotyczące postępowania z odpadami medycznymi – po jednym w 2011 r. i 2013 r. Szkolenia zorganizowane były we własnym zakresie przez kierowników Oddziału Epidemiologii oraz Oddziału Higieny Komunalnej. W szkoleniach tych uczestniczyło łącznie pięć osób (dwie w 2011 r. w Oddziale Epidemiologii oraz trzy w 2013 r. w Oddziale Higieny Komunalnej).

(dowód: akta kontroli, str. 109)

3.4. Zgodnie z wyjaśnieniem Dyrektora PSS-E w okresie objętym kontrolą PSS-E nie zawierało porozumień o współpracy i współdziałaniu z innymi organami lub podmiotami dotyczących postępowania z odpadami medycznymi. Nie opracowywano również procedur i poradników dla podmiotów wytwarzających takie odpady.

(dowód: akta kontroli, str. 21, 360)

3.5. W 2013 r. Opolski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny przeprowadził kontrolę w zakresie bieżącego i zapobiegawczego nadzoru sanitarnego, promocji zdrowia i oświaty zdrowotnej, statystyki oraz w zakresie spraw ekonomiczno-administracyjnych, którą objęto lata 2012–2013 (do 9 maja). W wyniku tej kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości w prowadzeniu przez PSS-E spraw dotyczących postępowania z odpadami medycznymi.

(dowód: akta kontroli, str. 118-144)

3.6. W kontrolowanym okresie sposób organizacji, a także wykonywanie przez PSS-E zadań dotyczących sprawowania zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego w zakresie postępowania z odpadami medycznymi nie były przedmiotem skarg i wniosków.

(dowód: akta kontroli, str. 111-117)

3.7. Zarządzeniem Nr 8/2010 z dnia 26 marca 2010 r.²⁰ Dyrektor PSS-E wprowadził do stosowania *Zasady kontroli zarządczej* oraz *Instrukcję zarządzania ryzykiem w polityce rachunkowości* czym wypełnił obowiązek określony w art. 68-69 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o *finansach publicznych*²¹. System ten określał m.in. środowisko wewnętrzne w PSS-E, strukturę organizacyjną, powierzenie obowiązków, cele i zarządzanie ryzykiem, identyfikację i analizę ryzyka, instrukcję zarządzania ryzykiem. W myśl złożonych przez Dyrektora PSS-E oświadczeń o stanie kontroli zarządczej, zasoby przydzielone do realizacji zadań jednostki zostały wykorzystane w zamierzonych celach i zgodnie z zasadą dobrego zarządzania finansowego, a ustalone procedury wewnętrzne zapewniały realizację operacji

²⁰ Zmienionym zarządzeniem Nr 6/2013 z dnia 26 sierpnia 2013 r.

²¹ Dz. U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.

gospodarczych zgodnie z prawem, w sposób oszczędny, efektywny, skuteczny, terminowy oraz w zgodzie z zasadami etycznego postępowania. Powyższe było zgodne ze stanem faktycznym w zakresie postępowania z odpadami medycznymi, gdyż w *Planach zasadniczych przedsięwzięć* na dany rok określono cele i zadania PSS-E, dokonywano oceny realizacji zadań wynikających z tych planów²² oraz powierzano obowiązki na podstawie odrębnego imiennego upoważnienia.

(dowód: akta kontroli, str. 22-34, 361-363)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

IV. 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 Opolu.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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.

Opole, dnia 15 maj 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu

Kontroler
Jarosław Pałęga
Specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

.....
podpis

²² Oceny realizacji planów za dany rok.