



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Poznaniu

LPO.411.012.02.2016
I/16/010

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

| | |
|-------------------------------------|---|
| Numer i tytuł kontroli | I/16/010 – Postępowanie z odpadami medycznymi ¹ w podmiotach leczniczych województwa wielkopolskiego |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu |
| Kontroler | Ewa Kruszyńska, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do przeprowadzenia kontroli nr LPO/68/2016 z dnia 18 lipca 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1) |
| Jednostka kontrolowana | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Turku, ul. Poduchowne 1, 62-700 Turek (dalej „SP ZOZ” lub „Szpital”). |
| Kierownik jednostki kontrolowanej | Dawid Klecha, dyrektor Szpitala. (dowód: akta kontroli str. 2-8) |

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie² działania podejmowane w latach 2014-2016 (I półrocze) w związku z unieszkodliwianiem odpadów medycznych wytworzonych w Szpitalu.

Uzasadnienie
oceny ogólnej

Ocenę tę uzasadnia przede wszystkim brak dokumentów potwierdzających unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych, wytworzonych w tym okresie, co jest niezbędne do zwolnienia Szpitala z odpowiedzialności za ich zbieranie i przetwarzanie, a także dopuszczenie do unieszkodliwiania odpadów medycznych poza obszarem województwa wielkopolskiego. Na sformułowanie tej oceny wpływ miały także pozostałe stwierdzone nieprawidłowości, które polegały w szczególności na:

- nieprawidłowym magazynowaniu zakaźnych odpadów medycznych,
- nieprzestrzeganiu zakazu mieszania odpadów medycznych niebezpiecznych różnych rodzajów,
- nierzetelnym i niezgodnym z obowiązującymi przepisami prowadzeniu ewidencji odpadów medycznych,
- wprowadzeniu (i stosowaniu) w Szpitalu nierzetelnie sporządzonej procedury postępowania z odpadami medycznymi.

W ocenie NIK, stwierdzone nieprawidłowości wskazują na brak skutecznych mechanizmów kontroli zarządczej w zakresie gospodarki odpadami medycznymi.

¹ Kontrolą objęte były odpady medyczne należące do grupy 18 podgrupy 01 załączników do rozporządzeń Ministra Środowiska z dnia 27 września 2001 r. i 9 grudnia 2014 r. w sprawie katalogu odpadów (odpowiednio Dz. U. Nr 112, poz. 1206 i Dz. U. z 2014 r., poz. 1923).

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Sposób postępowania z odpadami medycznymi.

Opis stanu
faktycznego

1. Decyzją z 19 stycznia 2009 r.³, Starosta Turecki zatwierdził program gospodarki odpadami niebezpiecznymi oraz określił ilości odpadów niebezpiecznych dopuszczone do wytworzenia w Szpitalu w ciągu roku. Masa odpadów medycznych przekazanych przez Szpital do unieszkodliwienia w latach 2014 – 2015 nie przekroczyła limitu ustalonego w decyzji Starosty Tureckiego .

(dowód: akta kontroli str. 93-121, 192-223, 252-255)

2. W latach 2014-2016 (I półrocze) w Szpitalu obowiązywała procedura pn. „Postępowanie z odpadami w SP ZOZ Turek”, którą wprowadzono 30 czerwca 2008 r. i zaktualizowano 9 sierpnia 2012 r. oraz procedura pn. „Postępowanie z bielizną szpitalną”, zatwierdzona 20 sierpnia 2010 r.

(dowód: akta kontroli str. 122-139)

3. W wyniku oględzin sposobu postępowania z odpadami medycznymi wytworzonymi w Szpitalu, stwierdzono, że wprowadzona została segregacja odpadów medycznych na odpady o kodach 18 01 02* i 18 01 03* do worków w kolorze czerwonym, które umieszczone były w pojemnikach, a odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach zbierano do pojemników jednorazowego użycia, sztywnych, odpornych na działanie wilgoci i na przekłucie bądź przecięcie. Poza jednym pojemnikiem, pozostałe zapełnione były do 2/3 ich objętości.

Do transportu wewnętrznego odpadów medycznych z oddziałów Szpitala do pomieszczenia chłodniczego służył kontener zamykany na kłódkę i przechowywany w miejscu ogólnodostępnym, w ciągu drogi ewakuacyjnej.

Odpady medyczne zmagazynowane były na terenie Szpitala w dwóch miejscach – w pomieszczeniu chłodniczym znajdującym się w osobnym budynku i przeznaczonym wyłącznie do tego celu oraz w pomieszczeniu niechłodzonym i niewentylowanym znajdującym się w kondygnacji stanowiącej piwnice Szpitala.

W pomieszczeniu chłodniczym zmagazynowane były również odpady medyczne, których wytwórcą nie był Szpital.

(dowód: akta kontroli str. 169-176, 183-190)

4. Z prowadzonej w Szpitalu w latach 2014 -2016 (I półrocze) ewidencji odpadów medycznych wynikały następujące ilości odpadów medycznych przekazane firmom transportującym i zajmującym się ich unieszkodliwianiem:

- odpady medyczne o kodzie 18 01 02* (części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwaty służące do jej przechowywania, z wyłączeniem kodu 18 01 03) – w ilości 0,575 Mg w 2014 r., 0,646 Mg w 2015 r. i 0,232 Mg w I półroczu 2016,
- odpady medyczne o kodzie 18 01 03* (inne odpady, które zawierają żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny oraz inne formy zdolne do przeniesienia materiału genetycznego, o których wiadomo lub co, do których istnieją wiarygodne podstawy do sądenia, że wywołują choroby u ludzi i zwierząt (np. zainfekowane pieluchomajtki, podpaski, podkłady), z wyłączeniem kodów 18 01 80 i 18 01 82) – w ilości 23,522 Mg w 2014 r., 24,989 Mg w 2015 r. i 12,310 Mg w I półroczu 2016,

³ Ważność obowiązywania decyzji upływała z dniem 15 stycznia 2019 r.

- odpady medyczne o kodzie 18 01 09 (leki inne niż wymienione w 18 01 08)
– w ilości 0,001 Mg w 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 192-223, 252-255)

W okresie objętym kontrolą, Szpital nie przyjmował od innych podmiotów odpadów medycznych do unieszkodliwienia, natomiast przyjmował od innych podmiotów, zakaźne odpady medyczne w celu ich czasowego przechowywania w pomieszczeniu chłodniczym.

Szpital nie posiadał własnej instalacji do unieszkodliwiania odpadów medycznych i nie realizował zadań inwestycyjnych w tym zakresie.

W latach 2014 – 2016 (I połowa) w Szpitalu nie zaplanowano i nie wprowadzono działań zapobiegających powstawaniu odpadów medycznych lub ograniczających ich ilość.

(dowód: akta kontroli str. 250, 251, 338-352)

5. W Szpitalu nie prowadzono odrębnej ewidencji odpadów dla odpadów medycznych wytwarzanych przez Szpital o kodzie 18 01 01 (narzędzia chirurgiczne i zabiegowe oraz ich resztki, z wyłączeniem 18 01 03*) i o kodzie 18 01 06* (chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, zawierające substancje niebezpieczne). Odpady te ujmowano w ewidencji ilościowej odpadów o kodzie 18 01 03*.

Ilościową i jakościową ewidencją nie były objęte odpady medyczne o kodzie 18 01 04 (inne odpady niż wymienione w 18 01 03 np. opatrunki z materiału lub gipsu, pościel, ubrania jednorazowe, pieluchy) i o kodzie 18 01 07 (chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, inne niż wymienione w 18 01 06*). Z tymi odpadami postępowano w Szpitalu jak z odpadami komunalnymi.

(dowód: akta kontroli str. 458-461)

W Szpitalu ewidencjonowano odpady medyczne o kodach 18 01 02* i 18 01 03* (przez cały okres) oraz 18 01 09 (jeden raz w marcu 2015 r.). Choć w Szpitalu prowadzone były dokumenty o nazwie „karty przekazania odpadów” i „karty ewidencji odpadów”, przy wykorzystaniu wzorów określonych w załącznikach do dwóch obowiązujących w kontrolowanym okresie rozporządzeń Ministra Środowiska⁴, to ograniczenie danych na kartach ewidencji odpadów jedynie do masy odpadów przekazanych, bez wykazania wymaganych danych o masie odpadów faktycznie wytworzonych w Szpitalu, spowodowało, że ewidencja odpadów Szpitala odpowiadała jedynie wymogom ewidencji uproszczonej, o której mowa w art. 71 ustawy o odpadach⁵.

Na kartach przekazania odpadów znajdowało się potwierdzenie ich przejęcia przez odbiorcę odpadów.

(dowód: akta kontroli str. 194-226, 252-255)

6. W latach 2014-2016 (I połowa) w Szpitalu nie przeprowadzono kontroli wewnętrznych w zakresie postępowania z odpadami medycznymi.

⁴ Załączniki nr 1 i nr 5 do rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 8 grudnia 2010 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów (Dz. U. Nr 249, poz. 1673) oraz załączniki nr 1 i nr 2 rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 12 grudnia 2014 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów (Dz. U. z 2014 r., poz. 1973).

⁵ Ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz. U. z 2013 r. poz. 21 ze zm.)

W wyniku kontroli przeprowadzonej przez Wielkopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego⁶, stwierdzona została nieprawidłowość polegająca na ręcznym przenoszeniu odpadów medycznych na terenie bloku operacyjnego. Szpital wykonał wydane zalecenie, dotyczące zapewnienia środka transportu wewnętrznego.

(dowód: akta kontroli str. 268-301, 434-436)

Wielkopolski Wojewódzki Inspektor Ochrony Środowiska nie stwierdził nieprawidłowości w wyniku kontroli przeprowadzonej w Szpitalu w zakresie postępowania z odpadami medycznymi w 2014 r. i 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 302-312)

7. Szpital terminowo przedłożył marszałkowi województwa wielkopolskiego roczne sprawozdania o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami w 2014 r. i 2015 r.

Dane o ilości wytworzonych odpadów, zawarte w sprawozdaniu za 2014 r. odpowiadały danym wynikającym z kart przekazania odpadów. W sprawozdaniu za rok 2015 wykazano masę 0,640 Mg odpadów medycznych o kodzie 18 01 02*, podczas gdy z kart przekazania odpadów wynikało, że było ich o 0,006 Mg więcej.

(dowód: akta kontroli str. 192-226, 305, 328-337, 462, 463)

8. Zarządzeniem z 28 czerwca 2013 r. wprowadzono w Szpitalu system kontroli zarządczej, który obejmował w szczególności zgodność działalności z przepisami prawa i procedurami wewnętrznymi. W obszarze postępowania z odpadami medycznymi nie określono zadań i celów do realizacji oraz nie zdefiniowano ryzyk.

Dyrektor wyjaśnił, że w celu ograniczenia możliwości i skutków wystąpienia nieprawidłowości w zakresie postępowania z odpadami medycznymi stosuje się procedurę z 25 kwietnia 2008 r. pn. „Działania korygujące i zapobiegawcze”⁷.

(dowód: akta kontroli str. 434-444)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Obowiązująca w Szpitalu procedura pn. „Postępowanie z odpadami w SP ZOZ Turek” z 30 czerwca 2008 r., w części dotyczącej postępowania z odpadami medycznymi, była niezgodna z obowiązującym do dnia 24 stycznia 2016 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi⁸. Dotyczyło to w szczególności zapisów nakazujących postępowanie z odpadami medycznymi o kodzie 18 01 04

⁶ Kontrola kompleksowa przeprowadzona w dniach 16 i 17 lipca 2014 r. w zakresie „Oceny bieżącego stanu sanitarno-technicznego podmiotu leczniczego, oceny postępowania zapobiegającego szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych w warunkach szpitalnych oraz kontrola realizacji wymogów dotyczących przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy w podmiocie leczniczym”.

⁷ Celem procedury było określenie sposobu postępowania przy inicjowaniu i podejmowaniu działań korygujących i zapobiegawczych, w celu wyeliminowania rzeczywistych przyczyn i potencjalnych niezgodności. Przedmiotem procedury był tryb postępowania w odniesieniu do rzeczywistych i potencjalnych niezgodności wyrobu (usługi), procesu lub systemu zarządzania jakością podczas inicjowania, kwalifikacji i rozwiązywania problemów jakości oraz ich wpływów na otoczenie i realizowane procesy, a także planowania, wdrażania i badania skuteczności podjętych działań korygujących i zapobiegawczych.

⁸ Dz. U. z 2010 r. poz. 940. Rozporządzenie to utraciło moc z dniem 24 stycznia 2016 r. Do czasu zakończenia kontroli, nie zostało wydane kolejne rozporządzenie w tej sprawie, w toku są natomiast prace legislacyjne (źródło: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12268605>).

w sposób przewidziany dla odpadów komunalnych oraz dopuszczających umieszczanie odpadów medycznych o kodzie 18 01 02* w podwójnym czerwonym foliowym worku, co naruszało § 3 ust. 4 rozporządzenia; określenia czasu i temperatury magazynowania odpadów medycznych o kodach: 18 01 02* i 18 01 03* niezgodnie z § 6 ust. 1 i 2 rozporządzenia; oznakowywania pojemnika lub worka z odpadami medycznymi niezgodnie z § 4 pkt 2 rozporządzenia, tj. bez podania adresu siedziby ich wytwórcy.

W zakresie spójności procedury z innymi regulacjami wewnętrznymi stwierdzono, że zapisy w niej zawarte dotyczące postępowania z pościelą, stanowiącą odpad medyczny o kodzie 18 01 04 są sprzeczne i wzajemnie wykluczają się z zapisami procedury pn. „Postępowanie z bielizną szpitalną”, w tym również z pościelą, zaktualizowanej 20 sierpnia 2010 r. W procedurze określono bowiem, że z odpadami medycznymi o kodzie 18 01 04 należy postępować w sposób przewidziany dla odpadów komunalnych, tj. zbierać je do worków czarnych i umieszczać w kontenerach stojących na podwórzu (punkt 2.2. procedury). Zapis ten stał w sprzeczności z zapisami w procedurze z 20 sierpnia 2010 r, odnośnie postępowania z bielizną szpitalną, w tym z pościelą, która stanowiła odpad medyczny podlegający odzyskowi.

(dowód: akta kontroli str. 125, 136-139)

Niektóre czynności dotyczące m. in. transportu odpadów medycznych o kodzie 18 01 02* czy postępowania z pojemnikami na krew uregulowane zostały w różnych punktach procedury w odmienny sposób, co świadczyło o braku należytej staranności osób odpowiedzialnych za opracowanie i aktualizację tego dokumentu⁹.

(dowód: akta kontroli str. 122-135)

W procedurze nie uregulowano sposobu postępowania z odpadami medycznymi o kodzie 18 01 07 (chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, inne niż wymienione w 18 01 06), pomimo wytwarzania tych odpadów w Szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 458-461)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że stwierdzone nieprawidłowości były spowodowane „ludzkim niedopatrzeniem”, procedura zostanie niezwłocznie zmieniona, nieścisłości w niej zawarte wyeliminowane, a nazwę pomieszczenia do magazynowania odpadów medycznych „uszczegółowi nowa procedura”.

(dowód: akta kontroli str. 445-448)

2. W dniu przeprowadzenia oględzin sposobu postępowania z odpadami medycznymi wytworzonymi w Szpitalu stwierdzono, że część zakaźnych odpadów medycznych przechowywana była z naruszeniem obowiązującej procedury oraz warunków określonych w decyzji Starosty Tureckiego. Dotyczyło to kilkunastu czerwonych worków (zawierających części ciała i organy), które od co najmniej czterech dni przechowywane były w niechłodzonym i niewentylowanym pomieszczeniu w temperaturze przekraczającej 25°C, znajdującym się w kondygnacji stanowiącej piwnice Szpitala. W pomieszczeniu wyczuwalny był

⁹ Punkt 1.1.1. a punkty 1.1.2. i 1.4.14. procedury; Punkt 9.1.2. a punkty 6, 7 i 8; W procedurze funkcjonowały trzy różne nazwy miejsc, do których pracownicy transportu wewnętrznego mieli transportować odpady medyczne, tj. „Punkt Składowania Odpadów Medycznych”, „Magazyn Odpadów Medycznych” i „Magazyn Odpadów Niebezpiecznych”; nie podano przy tym lokalizacji tych punktów na terenie Szpitala.

znaczny odór i zaduch ze względu na stan rozkładu, w jakim znajdowały się te odpady.

Jeden z tych worków opatrzony został napisem: „18 01 03* łożyska”, podczas gdy części ciała i organy stanowią odpady o kodzie 18 01 02*. Zdaniem NIK, wskazuje to na istnienie w tym zakresie dużego ryzyka nieprzestrzegania zakazu mieszania odpadów medycznych niebezpiecznych różnych rodzajów (art. 21 ust. 1 ustawy o odpadach), lub na błędne oznakowanie worka z odpadami.

Ponadto, w toku oględzin stwierdzono niezgodne z obowiązującą procedurą postępowanie pracownika Szpitala z ww. odpadami medycznymi, który wykonywał kolejne czynności nie zmieniając rękawic¹⁰.

(dowód: akta kontroli str. 112, 115, 127, 169-171, 183-187)

W ocenie NIK, nieprawidłowego przechowywania zakaźnych odpadów medycznych nie usprawiedliwiają wyjaśnienia Dyrektora Szpitala, który wskazał na tymczasowość tego przechowywania.

(dowód: akta kontroli str. 458-460)

3. Odpady medyczne o kodzie 18 01 06 (chemikalia, w tym odczynniki chemiczne zawierające substancje niebezpieczne), wytworzone w Laboratorium Analitycznym Szpitala, gromadzone były, w workach czerwonych, razem z odpadami medycznymi o kodzie 18 01 03*, co naruszało art. 21 ust. 1 ustawy o odpadach, zakazujący mieszania odpadów niebezpiecznych różnych rodzajów.

(dowód: akta kontroli str. 170, 173-176)

W wyjaśnieniach, Kierownik Laboratorium podała, że nieprawidłowość ta spowodowana była niedopatrzeniem i niedopilnowaniem ze względu na małą ilość wytwarzanych odpadów medycznych o kodzie 18 01 06* (ok. 1 kg miesięcznie). Ponadto, poinformowała, że Laboratorium zostało zaopatrzone 12 września 2016 r. w żółte worki, w które są wrzucane chemikalia.

(dowód: akta kontroli str. 176-179, 182)

4. Kontener służący do transportu wewnętrznego odpadów medycznych z oddziałów Szpitala do pomieszczenia chłodniczego, przechowywany był na korytarzu stanowiącym ciąg drogi ewakuacyjnej, pomiędzy windą a drzwiami wyjściowymi z kondygnacji stanowiącej piwnice Szpitala, tj. w miejscu ogólnodostępnym (również dla pacjentów i osób odwiedzających).

(dowód: akta kontroli str. 170)

W wyjaśnieniach, Dyrektor Szpitala podał, że „miejsce przy drzwiach wyjściowych na korytarzu jest miejscem zlokalizowanym przy windzie. Jest to najkrótsza droga transportu odpadów medycznych z poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala. Kontener na odpady medyczne przed otwarciem przez osoby nieuprawnione jest zabezpieczony kłódką.

Dodatkowo, pielęgniarka epidemiologiczna wyjaśniła, że proces dezynfekcji i mycia ww. kontenera odbywa się po zwiezieniu odpadów do pomieszczenia chłodniczego, w przedsiönku tego pomieszczenia.

(dowód: akta kontroli str. 172, 447, 448)

¹⁰ Stosownie do punktów 1.4.27. i 1.4.28. procedury, po każdej czynności z odpadami medycznymi należało zmienić rękawice, a ręce zdezynfekować i umyć.

W ocenie NIK, ogólnodostępne miejsce wyznaczone do przechowywania ww. środka transportu wewnętrznego zakaźnych odpadów medycznych nie gwarantuje zachowania bezpieczeństwa.

5. W pomieszczeniu chłodniczym Szpitala przechowywane były odpady medyczne innych wytwórców, co naruszało warunki określone w decyzji Starosty Tureckiego. Szpital nie posiadał ewidencji tych odpadów, do której prowadzenia posiadacz¹¹ odpadów zobligowany jest przepisem art. 66 ust. 1 ustawy o odpadach.

W okresie objętym kontrolą NIK, Szpital zawarł umowy, na podstawie których zezwolił czterem podmiotom, na umieszczanie w pomieszczeniu chłodniczym Szpitala odpadów medycznych przez nie wytworzonych. W pomieszczeniu tym nie było wydzielonych boksów, worki z opadami medycznymi wytworzonymi przez Szpital leżały na podłodze pod jedną ścianą, a worki z odpadami innych podmiotów składowane były na podłodze pod przeciwległą ścianą. Usługobiorcy nie posiadali klucza do pomieszczenia.

Z tytułu ww. umów, Szpital osiągnął przychody w łącznej kwocie 12.596,80 zł.

(dowód: akta kontroli str. 92, 169-171, 338-352, 449-452)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że zezwolono na odpłatne korzystanie z pomieszczenia do składowania odpadów medycznych Szpitala, innym podmiotom, działającym na terenie Szpitala, ale Szpital nie pośredniczył w przekazywaniu tych odpadów firmie je odbierającej (każdy z tych podmiotów miał podpisane odrębne umowy z taką firmą). Szpital nie zbierał odpadów medycznych od obcych podmiotów, tylko udostępniał pomieszczenia składowania na czasowy okres ich przechowywania. Szpital nie prowadził ewidencji odpadów medycznych obcych podmiotów, ponieważ nie uczestniczył w przekazywaniu tych odpadów firmie odbierającej, a jedynie umożliwiał korzystanie z pomieszczenia do składowania odpadów medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 449-452)

W ocenie NIK, w świetle uregulowań ustawy o odpadach, zezwalając innym wytwórcom odpadów medycznych na korzystanie z pomieszczenia chłodniczego Szpitala, poprzez umieszczanie w tym pomieszczeniu odpadów medycznych niewytworzonych w Szpitalu, Szpital stawał się podmiotem czasowo gospodarującym tymi odpadami i za nie odpowiedzialnym oraz ich tymczasowym posiadaczem¹². W związku z tym, w myśl art. 66 ust. 1 ustawy o odpadach, jako posiadacz winien prowadzić ewidencję tych odpadów medycznych. Jednocześnie, przyjmując te odpady medyczne do tymczasowego magazynowania nabywał on cechy zbierającego odpady¹³, robiąc to jednocześnie bez stosownego zezwolenia, określonego w art. 27 ust. 2 i art. 23 ustawy o odpadach¹⁴.

¹¹ Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 19 ustawy o odpadach, przez posiadacza odpadów rozumie się wytwórcę odpadów lub osobę fizyczną, osobę prawną oraz jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej będące w posiadaniu odpadów; domniemywa się, że władający powierzchnią ziemi jest posiadaczem odpadów znajdujących się na nieruchomości.

¹² Por. przypis 11.

¹³ W § 2 ww. umów zapisano, że „Wytwórca dostarcza odpady do przechowalni odpadów codziennie w godzinach od 13.00 do 14.00”.

¹⁴ Zgodnie z treścią art. 3 ust. 1 pkt 34 ustawy o odpadach, w rozumieniu tej ustawy, zbieraniem odpadów jest gromadzenie odpadów przed ich transportem do miejsc przetwarzania, w tym wstępne sortowanie nieprowadzące do zasadniczej zmiany charakteru i składu odpadów i niepowodujące zmiany klasyfikacji odpadów oraz tymczasowe magazynowanie odpadów, o którym mowa w pkt 5 lit. b.

6. Oznakowanie pięciu worków z odpadami medycznymi (100% poddanych oględzinom) było niezgodne z regulacjami zawartymi w punktach: 1.1.1. oraz 1.4.12. obowiązującej procedury, gdyż nie zawierało nazwiska pracownika medycznego przygotowującego te odpady do transportu ani informacji pozwalających zidentyfikować osobę zamykającą worki. Niezgodnie z obowiązującą procedurą, zapisaną w punkcie 1.4.9. postępowano także z odpadami medycznymi, wytworzonymi w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym. Polegało to na wypełnieniu odpadami całej pojemności pojemnika wyłożonego workiem, podczas gdy można było wypełnić go nie więcej niż w 2/3 objętości, a także na braku oznakowania wiadra do popiółów.

(dowód: akta kontroli str. 169, 170, 184, 186)

W wyjaśnieniach, pielęgniarka epidemiologiczna podała, że ww. nieprawidłowość była spowodowana ludzkim błędem i niedopatrzeniem, a personel został niezwłocznie napomniany i ponownie pouczony o prawidłowym oznakowywaniu worków z odpadami medycznymi.

Położna Oddziałowa poinformowała o oznakowaniu czerwonego wiadra do transportu popiółów z sali porodowej oraz wyjaśniła wypełnienie pojemnika z odpadami medycznymi niezgodnie z wewnętrznymi wymogami, faktem skomplikowanego porodu, mającego miejsce krótko przed oględzinami NIK, przy którym brało udział jednocześnie siedem osób personelu.

(dowód: akta kontroli str. 177-180)

7. W latach 2014 – 2016 (I półrocze) w Szpitalu nie prowadzono odrębnej ewidencji dla wytwarzanych odpadów o kodzie 18 01 01 i 18 01 06* oraz nie ewidencjonowano powstałych odpadów o kodach 18 01 04 i 18 01 07, co naruszało art. 66 ust. 1 i art. 70 ust. 1 ustawy o odpadach. Brak ewidencji tych odpadów skutkowało nierzetelnymi danymi w sprawozdaniach przekazanych marszałkowi województwa wielkopolskiego.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że odpady o kodach 18 01 01 i 18 01 06 były traktowane, jako odpady niebezpieczne i pakowane do czerwonych worków razem z odpadami medycznymi niebezpiecznymi o kodzie 18 01 03*. Odnośnie odpadów o kodzie 18 01 04 i 18 01 07 stwierdził, że odpady te są pakowane na oddziałach odpowiednio w niebieskie lub czarne worki, a ewidencja tych odpadów nie jest prowadzona, ponieważ nie posiadają one właściwości niebezpiecznych i dlatego nie są przekazywane do magazynu odpadów, tylko wrzucane do kontenera na odpady komunalne.

(dowód: akta kontroli str. 122-135, 140-168, 328-336, 458-461)

8. W Szpitalu brak było zeszytów ewidencji odpadów medycznych, w których, zgodnie z obowiązującą procedurą winny być ewidencjonowane odpady medyczne wytworzone w Szpitalu, za okres od 1 kwietnia 2014 r. do 31 marca 2016 r. Przedłożony natomiast w trakcie kontroli NIK zeszyt ewidencji odpadów medycznych za okres od 31 marca 2016 r., prowadzony był nierzetelnie i niezgodnie z zasadami określonymi w punktach 1.4.23. i 1.4.30. obowiązującej procedury. Polegało to na ewidencjonowaniu odpadów medycznych z opóźnieniem wynoszącym od 2 do 5 dni od dnia ich przyjęcia do magazynu.

(dowód: akta kontroli str. 192-249, 252-267, 426-433)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że nie jest w stanie podać danych dotyczących wytworzonych w Szpitalu odpadów medycznych, ponieważ wszystkie

dotychczasowe karty ewidencji odpadów były prowadzone na podstawie kart przekazania odpadów firmie odbierającej.

(dowód: akta kontroli str. 450, 453)

9. W Szpitalu nierzetelnie prowadzono ewidencję odpadów medycznych o kodach 18 01 02* i 18 01 03*. Karty przekazania odpadów i karty ewidencji odpadów nie zawierały niektórych wymaganych danych, a karty ewidencji odpadów nie były ponadto wypełniane po upływie miesiąca, którego dotyczyły, do czego obligował art. 66 ust. 1 i art. 70 ust. 2 ustawy o odpadach. I tak:

a) na wszystkich poddanych oględzinom 429 kartach przekazania odpadów medycznych brakowało numerów nadanych przez Szpital, jego identyfikacji podatkowej, adresu miejsca prowadzenia działalności, a także wskazania czy posiadacz odpadów wnioskuje o wydanie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych. Daty potwierdzającej przekazanie odpadów nie wskazano w 330 kartach, pieczęci przekazującego odpady nie było na 307 kartach, a adresu miejsca przeznaczenia odpadów na 71 z nich.

Obowiązek w tym zakresie określony został w rozporządzeniach Ministra Środowiska z dnia 8 grudnia 2010 r. i 12 grudnia 2014 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów. Stwierdzono ponadto, że w styczniu 2015 r. stosowano nieaktualne wzory kart przekazania odpadów.

(dowód: akta kontroli str. 194-204)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „Podczas przekazywania odpadów posługiwaliśmy się formularzami kart przekazania odpadów, dostarczonymi przez firmę odbierającą odpady. Na kartach nie były wypełnione rubryki NIP i REGON. Karty były potwierdzane przez naszego pracownika tylko podpisem, ponieważ taki sposób potwierdzania przekazania odpadów był przyjęty. Dopiero od lipca 2015 r. po sugestii firmy odbierającej odpady (...) pracownik Szpitala zaczął potwierdzać przekazanie odpadów swoim podpisem, pieczęcią Magazynu Odpadów Medycznych oraz datą. Karty przekazania odpadów medycznych za miesiąc styczeń 2015 r. były niezgodne z obowiązującym wówczas wzorem druku, ponieważ posługiwaliśmy się formularzami kart, jakie były dostarczane przez firmę odbierającą odpady”.

(dowód: akta kontroli str.459, 461)

Stosownie do art. 69 ust. 1 ustawy o odpadach, kartę przekazania odpadów sporządza posiadacz odpadów, który przekazuje odpady.

b) dokumenty o nazwie „karty ewidencji odpadów” nie zawierały danych o masie odpadów medycznych wytworzonych w Szpitalu w poszczególnych miesiącach danego roku, a wyłącznie dane o masie odpadów przekazanych do transportu, co było niezgodne z wzorem tych kart określonym w załącznikach nr 1 i nr 2 rozporządzeń Ministra Środowiska z dnia odpowiednio 8 grudnia 2010 r. i 12 grudnia 2014 r. Dokumenty te stanowiły jedynie zbiorcze zestawienie wszystkich kart przekazania odpadów przez Szpital w danym roku, co w konsekwencji spowodowało, że w Szpitalu prowadzona była ewidencja odpadów spełniająca wymogi ewidencji uproszczonej, o której mowa w art. 71

ustawy o odpadach. Szpital, w świetle dyspozycji art. 71 ustawy o odpadach¹⁵ był zobowiązany do prowadzenia pełnej ewidencji odpadów.

Porównanie ilości odpadów medycznych zaewidencjonowanych w zeszycie ewidencji odpadów medycznych¹⁶, z danymi w tym zakresie wykazanymi w dokumentach pn. „karty ewidencji odpadów” wykazało rozbieżności¹⁷.

(dowód: akta kontroli str. 205-226, 252-267, 453)

Pracownik odpowiedzialny za prowadzenie ewidencji odpadów medycznych wyjaśnił, że prowadząc karty ewidencji odpadów skupiał się bardziej na danych dotyczących masy odpadów przekazanych w datach ich odbioru przez firmę transportującą, niż na faktycznym wykazaniu danych odpadów wytworzonych w danym miesiącu. Uważał bowiem, że ilość odpadów, która jest w Szpitalu wytwarzana jest równa z tą ilością, która jest odbierana przez firmę transportującą. Uzasadnienie tej tezy zostało przedstawione w następujący sposób: „Uważałem za normalne, że odpady medyczne były przekazywane do magazynu odpadów i potem firma je odbierała”.

(dowód: akta kontroli str. 225, 226)

Stosownie do art. 70 ust. 2 ustawy o odpadach, wpisów do kart ewidencji odpadów dokonuje się niezwłocznie po zakończeniu miesiąca, którego dotyczą. W 2014 r. i 2015 r. dokonano czterech wpisów do kart ewidencji odpadów (w każdym roku), a w I półroczu 2016 – wpis do kart ewidencji odpadów miał miejsce w dniu rozpoczęcia kontroli NIK, tj. 19 lipca 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 226-249)

Powodem tego, jak wynikało z wyjaśnień odpowiedzialnego pracownika, był brak czasu na to zadanie i zbyt wiele obowiązków służbowych.

(dowód: akta kontroli str. 226)

10. Pomimo zakazu zbierania zakaźnych odpadów medycznych poza miejscem ich wytwarzania, określonym w art. 23 ust. 1 pkt 3 ustawy o odpadach, Szpital w okresie od stycznia do kwietnia 2014 r. odebrał 8 kg takich odpadów wytworzonych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych pracownikom Kopalni. Podstawą udzielania tych świadczeń w przychodni przyzakładowej na Warencie i gabinecie lekarsko-pielęgniarskim na odkrywcę „Władysławów”, a także zapewnienia obsługi gabinetu w Turku, była umowa z 1 października 2007 r. Aneks do tej umowy, obowiązującym od 1 stycznia 2010 r., wprowadzono zapis zobowiązujący Kopalnię do płatności na rzecz Szpitala kwoty 9,30 zł netto za odbiór 1 kg odpadów medycznych. W okresie od stycznia do kwietnia 2014 r. Szpital z tytułu odbioru 8 kg wytworzonych w tych miejscach zakaźnych odpadów medycznych osiągnął przychody w wysokości 55,80 zł.

¹⁵ W myśl art. 71 pkt 1 ustawy o odpadach, uproszczoną ewidencję odpadów, tj. z zastosowaniem jedynie karty przekazania odpadów, prowadzić mogły podmioty, które wytwarzają odpady niebezpieczne w ilości do 100 kilogramów rocznie lub wytwarzają odpady inne niż niebezpieczne, niebędące odpadami komunalnymi, w ilości do 5 ton rocznie.

¹⁶ Przedłożony do kontroli NIK zeszyt ewidencji odpadów medycznych prowadzony od 31 marca 2016 r.

¹⁷ Odpady o kodzie 18 01 02*: w maju 2016 r. wytworzono w Szpitalu 0,029 Mg, a przekazano 0,035 Mg (różnica 0,006 Mg); w czerwcu 2016 r. wytworzono w Szpitalu 0,056 Mg, a przekazano 0,062 Mg (różnica 0,006 Mg). Odpady o kodzie 18 01 03*: w kwietniu 2016 r. wytworzono w Szpitalu 1,999 Mg, a przekazano 1,955 Mg (różnica 0,044 Mg); w maju 2016 r. wytworzono w Szpitalu 2,098 Mg, a przekazano 1,793 Mg (różnica 0,305 Mg); w czerwcu 2016 r. wytworzono w Szpitalu 2,111 Mg, a przekazano 2,480 Mg (różnica 0,369 Mg).

(dowód: akta kontroli str. 67-77, 112, 425, 464-475)

W ocenie NIK, nieprawidłowości tej nie usprawiedliwiają wyjaśnienia Dyrektora Szpitala, który stwierdził, że Szpital nie odbierał odpadów od Kopalni, tylko z przychodni przyzakładowej przy Kopalni, w której pracowali pracownicy Szpitala. Przychodnia była w strukturach Szpitala. Szpital dostarczał materiały niezbędne do jej funkcjonowania (igły, strzykawki, itp.) i dlatego, odpady medyczne w niej powstałe były przewożone do magazynu odpadów Szpitala. Odpady te były przewożone do magazynu w Szpitalu przez pracownika przychodni, a transportowane były w lodówce termicznej przenośnej.

(dowód: akta kontroli str. 24, 32, 51, 54, 450-452)

NIK zwraca uwagę, że jedynym miejscem wytwarzania odpadów niebezpiecznych wskazanym w decyzji Starosty Tureckiego był Szpital zlokalizowany w Turku, przy ulicy Poduchowne 1.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie sposób postępowania w Szpitalu z odpadami medycznymi.

2. Wykonywanie umów z podmiotami odbierającymi odpady medyczne w celu ich unieszkodliwienia, a także egzekwowanie i przechowywanie obowiązującej dokumentacji oraz przestrzeganie zakazu unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych poza obszarem województwa wielkopolskiego.

Opis stanu faktycznego

1. W kontrolowanym okresie w Szpitalu obowiązywały trzy umowy na odbiór, transport i unieszkodliwianie odpadów medycznych:

- umowa zawarta z ECO-ABC Sp. z o.o. z Bełchatowa 28 lipca 2011 r., w której wartość wykonania ww. usługi w okresie od 1 sierpnia 2011 r. do 31 lipca 2014 r. ustalono w wysokości 157.075,20 zł brutto,
- umowa zawarta z ECO-ABC Sp. z o.o. z Bełchatowa 31 lipca 2014 r., w której wartość wykonania ww. usługi w okresie od 1 sierpnia 2014 r. do 31 lipca 2015 r. ustalono w wysokości 53.631,07 zł brutto,
- umowa zawarta z Zakładem Utylizacji Odpadów Sp. z o.o. z Konina 17 lipca 2015 r., w której wartość wykonania ww. usługi w okresie od 20 lipca 2015 r. do 19 lipca 2017 r. ustalono w wysokości 116.899,20 zł brutto.

(dowód: akta kontroli str. 415-424)

Podmioty świadczące dla Szpitala usługi transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych posiadały zezwolenia wymagane na przewóz i unieszkodliwienie takich odpadów.

2. W latach 2014-2015 (do 13 lipca), odpady medyczne niebezpieczne wytworzone w Szpitalu zostały przekazane wykonawcy do przewozu na obszarze województwa łódzkiego i kujawsko – pomorskiego celem ich unieszkodliwienia na obszarze tych województw, odpowiednio w Bełchatowie (odległość od Turka ok. 104 km) i we Włocławku (odległość od Turka ok. 106 km). Od 20 lipca 2015 r. odpady te były przekazywane do instalacji w Koninie (odległość od Turka ok. 44 km).

(dowód: akta kontroli str. 415-424)

Wyboru wykonawcy usługi odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych (zaproszenia do składania ofert z 8 lipca 2014 r. i z 22 czerwca 2015 r.), dokonano na podstawie zarządzenia dyrektora w sprawie udzielania

zamówień publicznych, których wartość nie przekracza równowartości kwoty 30.000 euro. W zarządzeniu tym zapisano, że wyboru wykonawcy winno dokonywać się w Szpitalu pod względem takich elementów jak najkorzystniejsza cena i inne ważne kryteria, np. przydatność do stosowania, jakość, itp.

W zaproszeniach do składania ofert na wykonanie ww. usług, wystosowanych w obu postępowaniach do Zakładu Utylizacji Odpadów Sp. z o.o. w Koninie i do ECO-ABC Sp. z o.o. w Bełchatowie jedynym kryterium oceny ofert była cena.

(dowód: akta kontroli str. 353-414)

3. W umowach na wykonanie usługi odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych, zapisano m. in., że odbiór odpadów medycznych o kodzie 18 01 02*, których czas przechowywania w przechowalni odpadów nie mógł przekroczyć 72 godzin, powinien odbywać się ze Szpitala:

- w poniedziałek, środę i piątek - zapis w umowie zawartej 28 lipca 2011 r., obowiązującej do 31 lipca 2014 r.,
- co 72 godziny – zapis w umowach z 31 lipca 2014 r. i 17 lipca 2015 r., obowiązujących od 1 sierpnia 2014 r. do 19 lipca 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 415, 419, 422)

Analiza poddanych kontroli NIK kart przekazania ww. odpadów medycznych i zeszytu ewidencji łóżysk, wykazała, że odpady o kodzie 18 01 02* odbierane były ze Szpitala od 4 do 8 dni od ich wytworzenia. Od połowy grudnia 2015 r. odpady te odbierane były tylko raz w tygodniu - w czwartek.

(dowód: akta kontroli str. 198, 454-457)

4. W latach 2014-2016 (I półrocze) Szpital, jako wytwórca zakaźnych odpadów medycznych, nie występował do podmiotów, którym zlecił wykonanie usługi unieszkodliwienia odpadów, z wnioskami o wydanie dokumentów potwierdzających ich unieszkodliwienie. Zawarte umowy nie zawierały zapisu o obowiązku wydania takiego dokumentu.

(dowód: akta kontroli str. 415-424, 452)

5. W latach 2014 – 2016 (I półrocze) koszty odbioru, transportu i unieszkodliwienia odpadów medycznych wyniosły odpowiednio 54.325,17 zł, 57.466,96 zł i 28.441,79 zł. Koszt transportu oraz unieszkodliwienia jednej tony (Mg) odpadów wyniósł w tym okresie odpowiednio 2.254,44 zł, 2.242,26 zł i 2.267,72 zł. Udział ww. kosztów w całkowitych kosztach funkcjonowania Szpitala stanowił 0,16% w 2014 r. i 0,17% w 2015 r. i I połowie 2016 r.

Przychody uzyskane przez Szpital od innych podmiotów z tytułu gospodarowania zakaźnymi odpadami medycznymi wyniosły 12.652,60 zł netto.

(dowód: akta kontroli str. 425)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W latach 2014 - 2015 (do 13 lipca) Szpital przekazywał wytworzone odpady medyczne w celu ich transportu i unieszkodliwienia firmie zlokalizowanej poza terenem województwa wielkopolskiego, co naruszało „zasadę bliskości” określoną w art. 20 ust. 3-6 ustawy o odpadach.

(dowód: akta kontroli str. 383-421)

W wyjaśnieniach Dyrektor podał, że głównym czynnikiem wpływającym na decyzję rozstrzygnięcia udzielenia zamówienia publicznego był zły stan finansowy Szpitala oraz kierowanie się ustawą Prawo zamówień publicznych. Została wybrana oferta z najwyższą wartością punktową w kryteriach określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, tj. wyłącznie cena. Ponadto, Dyrektor Szpitala wskazał, że „wąskie rozumienie zasady bliskości interpretowane, jako jedynie fizyczna odległość (ilość kilometrów) instalacji od miejsca wytwarzania odpadów, może prowadzić do naruszenia konkurencyjności w postępowaniach o udzielenie zamówienia – dawałoby to, z jednej strony monopol administratorowi danej instalacji na dyktowanie wysokich cen potencjalnym oferentom, w związku z kosztem zagospodarowania odpadów, a z drugiej strony, taki administrator miałby możliwość uczestniczenia w postępowaniu, jako oferent, co mogłoby mu kreować uprzywilejowaną pozycję. Wskazane okoliczności naruszałyby uczciwą konkurencję i pozostawałyby w sprzeczności z przepisami ustawy prawo zamówień publicznych. Tym samym, złożenie oferty przez takiego wykonawcę (administratora czy właściciela instalacji) mogłoby być postrzegane, jako czyn nieuczciwej konkurencji.

(dowód: akta kontroli str. 450, 453)

2. W Szpitalu nie egzekwowano warunków zawartych umów w zakresie odbioru i transportu zakaźnych odpadów medycznych o kodzie 18 01 02* i przynajmniej 91-krotnie dopuszczono do odbioru tych odpadów ze Szpitala po upływie od 4 do 8 dni od ich wytworzenia, podczas gdy, zgodnie z zawartymi umowami, czas ich odbioru ze Szpitala nie mógł przekroczyć 72 godzin od ich wytworzenia. W Szpitalu nie naliczono i nie wystąpiono o zapłatę kar umownych (w wysokości 0,5% wartości brutto nieodebranej partii odpadów medycznych za każdy dzień zwłoki) z tytułu niedotrzymania przez wykonawców terminu wykonania przedmiotu umów, choć klauzulę taką zawarto w umowach.

(dowód: akta kontroli str. 415-424, 454-457)

Dyrektor Szpitala, jako powód ww. nieprawidłowości, podał przeoczenie zapisów w umowach dotyczących terminu odbioru odpadów z zachowaniem okresu 72 godzin, natomiast, jako powód nienaliczania kar umownych podał, nieinformowanie Dyrektora Szpitala o nieterminowym odbieraniu odpadów.

(dowód: akta kontroli str. 450, 453, 458-460)

3. Szpital nie posiadał dokumentów potwierdzających unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych wytworzonych w latach 2014 – 2016 (I połowa). Dokumenty te są niezbędne do zwolnienia Szpitala z odpowiedzialności za ich zbieranie lub przetwarzanie, stosownie do postanowień art. 27 ust. 5 i 6 ustawy o odpadach.

(dowód: akta kontroli str. 452)

Brak realizacji obowiązku określonego w art. 27 ust. 5 dyrektor Szpitala wyjaśnił następująco: „SP ZOZ w Turku nie występował o dokumenty potwierdzające unieszkodliwienie odpadów medycznych, ponieważ sugerowaliśmy się tym, że w chwili przekazania odpadów firmie odbierającej i potwierdzającej ten fakt wydaniem karty przekazania odpadów, automatycznie odpowiedzialność za gospodarowanie odpadami przechodzi na kolejnego posiadacza odpadów”.

(dowód: akta kontroli str. 449, 452)

obowiązującej dokumentacji oraz nieprzestrzeganie zakazu unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych poza obszarem województwa wielkopolskiego.

IV. Uwagi i wnioski

W dniu 14 września 2016 r. Dyrektor Szpitala został poinformowany, na podstawie art. 51 ust. 1 ustawy o NIK, o stwierdzeniu bezpośredniego niebezpieczeństwa dla zdrowia ludzkiego, spowodowanego nieprawidłowym przechowywaniem i postępowaniem z zakaźnymi odpadami medycznymi. W toku kontroli, Dyrektor Szpitala powiadomił kontrolera o działaniach podjętych w celu likwidacji przedmiotowego zagrożenia.

(dowód: akta kontroli str. 189, 190)

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny 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 Kontroli¹⁸, wnosi o:

- 1) zapewnienie funkcjonowania skutecznych mechanizmów kontroli zarządczej, o której mowa w art. 69 ust 1 ustawy o finansach publicznych, w obszarze postępowania z odpadami medycznymi,
- 2) wyeliminowanie z procedury postępowania z odpadami medycznymi w Szpitalu zapisów niespójnych z innymi wewnętrznymi regulacjami Szpitala oraz wzajemnie się wykluczających, a także uzupełnienie tej procedury o wskazanie sposobu postępowania z odpadami medycznymi wytwarzanymi w poszczególnych oddziałach i jednostkach organizacyjnych Szpitala,
- 3) wyegzekwowanie od podmiotów unieszkodliwiających odpady medyczne wytworzone w Szpitalu w latach 2014-2016 dokumentów potwierdzających ich unieszkodliwienie,
- 4) naliczenie i wyegzekwowanie od usługodawcy kar umownych z tytułu przekroczenia terminów odbioru odpadów medycznych,
- 5) rzetelne i bieżące prowadzenie ilościowej i jakościowej ewidencji odpadów medycznych wytworzonych w Szpitalu,
- 6) podjęcie działań organizacyjnych mających na celu zapewnienie prawidłowego postępowania z odpadami medycznymi, których wytwórcami są inne podmioty,
- 7) zapewnienie bezpiecznego przechowywania wykorzystywanego środka transportu (kontener na odpady medyczne) oraz zapewnienie prawidłowego oznakowania worków na odpady medyczne.

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

¹⁸ Dz. U. z 2015 r. poz. 1096 ze zm. oraz z 2016 poz. 677.

pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Poznaniu.

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 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie 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.

Poznań, dnia listopada 2016 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontroler

Dyrektor

Ewa Kruszyńska
specjalista kontroli państwowej

z up. Grzegorz Malesiński
Wicedyrektor