



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Warszawie

LWA.410.004.03.2022

Pan
Marek Pacyna
Dyrektor
Radomskiego Szpitala Specjalistycznego
im. dr. Tytusa Chalubińskiego
ul. Lekarska 4
26-600 Radom

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/22/039 – Postępowanie z zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym odpadami wytworzonymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. Tytusa Chałubińskiego ¹ ul. Lekarska 4, 26-600 Radom
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marek Pacyna, Dyrektor Radomskiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Tytusa Chałubińskiego ² , od 18 stycznia 2016 r. (akta kontroli str. 2, 3)
Zakres przedmiotowy kontroli	Postępowanie z wytwarzanymi zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym wytwarzanymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2019 r. do zakończenia czynności kontrolnych, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed lub po tym okresie.
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 Warszawie
Kontroler	Ilona Bożek, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWA/36/2022 z 31 stycznia 2022 r. (akta kontroli str. 1)

¹ Dalej: Radomski Szpital Specjalistyczny, RSzS lub Szpital.

² Dalej: Dyrektor.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

Ocena ogólna

Uzasadnienie
oceny ogólnej

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działania Szpitala w zakresie postępowania z wytwarzanymi na jego terenie odpadami medycznymi, w tym powstałymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.

Radomski Szpital Specjalistyczny posiadał wpis do rejestru wytwórców odpadów w bazie danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami⁵ i prowadził ewidencję oraz sprawozdawczość w zakresie wytworzonych odpadów, w tym zakaźnych odpadów medycznych. W Szpitalu obowiązywała procedura „Postępowania z odpadami”, która spełniała wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi⁶. Pracownicy Szpitala zostali zapoznani z ww. procedurą. Zapewniono też szkolenia przypominające dla wszystkich pracowników, którzy byli odpowiedzialni za segregację odpadów w miejscu ich powstania. Wskazano komórki organizacyjne i osoby odpowiedzialne za nadzór nad postępowaniem. Zespół Kontroli Zakażeń przeprowadzał kontrole w zakresie przestrzegania procedury. Zapewniono odbiór odpadów niebezpiecznych, w tym zakaźnych odpadów medycznych, przez podmioty spełniające wymogi w zakresie odbioru i przetwarzania odpadów.

Mimo to, w Szpitalu nie zapewniono prawidłowego postępowania z zakaźnymi odpadami medycznymi, a nadzór w tym zakresie był nieskuteczny. Stwierdzono w szczególności, że odpady były przechowywane w warunkach i temperaturze niezgodnej z rozporządzeniem w sprawie odpadów medycznych oraz w sposób niepozwalający na ich pełną identyfikację. Nie były również zabezpieczone przed dostępem owadów i gryzoni oraz osób nieupoważnionych. Ewidencja odpadów medycznych prowadzona była niezgodnie ze stanem rzeczywistym, gdyż Szpital nie ewidencjonował wytwarzanych odpadów o kodzie 18 01 04, tj. pieluchomajtki, pampersy, opatrunki itp., które zamiast segregowania zgodnie ze źródłem ich pochodzenia były traktowane jako zmieszane odpady komunalne.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁷ kontrolowanej działalności

OBSZAR

Postępowanie z wytwarzanymi na terenie szpitala zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym wytwarzanymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19

Opis stanu
faktycznego

1. W okresie objętym kontrolą, zadania w zakresie postępowania z odpadami medycznymi⁸ w Szpitalu zostały przypisane Działowi Administracyjno-Gospodarczemu (DAG). Kierownik DAG⁹ sprawował bezpośredni nadzór nad składowaniem i wywozem odpadów niebezpiecznych. Ponadto do jego zadań należało prowadzenie dokumentacji z zakresu ochrony środowiska zgodnie z wymogami ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach¹⁰, monitorowanie źródeł

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

⁵ Zintegrowany system teleinformatyczny, w skład którego wchodzi funkcjonujący od dnia 24 stycznia 2018 r. Rejestr-BDO oraz moduły ewidencji i sprawozdawczości, dalej: BDO.

⁶ Dz. U. poz. 1975, dalej: rozporządzenie w sprawie odpadów medycznych.

⁷ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁸ Tj.: prowadzenie dokumentacji z zakresu ochrony środowiska i wdrażanie zmian związanych z wymogami przepisów ustawy o odpadach/ Program Gospodarki odpadami, selektywne gromadzenie odpadów, ewidencje odpadów niebezpiecznych/ oraz składowanie i wywóz odpadów niebezpiecznych (...) wytwarzanych we wszystkich placówkach Szpitala (Sekcja 22 §2 pkt 4 i 5 Regulaminu Organizacyjnego RSzS zaopiniowanego uchwałą nr 20 z dnia 17 grudnia 2018 r. Rady Społecznej RSzS, uchwałą Nr 19/2019 z dnia 04.11.2019 r. oraz nadanego Zarządzeniem nr 36 z dnia 21 grudnia 2018 r. Dyrektora RSzS.

⁹ Zgodnie z zakresem obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności z 17 sierpnia 2020 r. oraz zgodnie z Ad. 4 ust. 4 procedura „Postępowanie z odpadami”.

¹⁰ Dz. U. z 2022 r., poz. 699. Dalej: ustawa o odpadach.

powstawania nowych odpadów i przy udziale służb sanitarnych i pielęgniarek epidemiologicznych opracowywanie sposobów ich bezpiecznego unieszkodliwiania. Natomiast prowadzenie ewidencji odpadów wytworzonych w Szpitalu, w tym odpadów niebezpiecznych oraz terminowe sporządzanie sprawozdawczości w tym zakresie powierzono pracownikowi DAG, zatrudnionemu na stanowisku starszego specjalisty¹¹.

Ww. osoby posiadały wykształcenie w zakresie gospodarki i zarządzania nieruchomościami, finansów w ochronie pracy oraz administracji.

(akta kontroli str. 4, 6, 8, 12-20)

Dyrektor wyjaśnił, m.in., że osoby te posiadają długoletni staż pracy i doświadczenie na zajmowanych stanowiskach, znajomość obowiązujących aktów prawnych w zakresie odpadów. Mają zapewniony dostęp do systemu informacji prawnej oraz wsparcie Biura Radców Prawnych RSzS. Brały również udział w szkoleniach wewnątrzoddziałowych w zakresie postępowania z odpadami.

(akta kontroli str. 237, 239, 240)

2. W latach 2019-2022 obowiązywała procedura „Postępowanie z odpadami” opracowana przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych¹², która uwzględniała wszystkie rodzaje odpadów medycznych, w tym zakaźnych, oraz określała sposób ich klasyfikacji, segregacji, transportu i wstępnego magazynowania, zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych. W procedurze określono w szczególności sposób oznakowania odpadów, czas ich przechowywania w miejscu wytworzenia, sposób postępowania z wysoce zakaźnymi odpadami medycznymi¹³, zasady transportu i dezynfekcji pomieszczeń.

Zgodnie z procedurą za segregację odpadów w miejscu ich powstania odpowiedzialny był każdy pracownik. Pielęgniarka oddziałowa odpowiadała za przestrzeganie prawidłowości segregacji odpadów na stanowiskach pracy oraz szkolenie stanowiskowe nowych pracowników i szkolenia przypominające dla wszystkich pracowników w tym zakresie. Do zadań członków Zespołu Kontroli Zakażeń należało przeprowadzanie kontroli przestrzegania prawidłowości postępowania z odpadami. Kierownik DAG odpowiedzialny był za nadzór odbioru i transportu wewnętrznego, przechowywanie i odbiór odpadów przez firmę wewnętrzną.

(akta kontroli str. 49-51)

Procedura nie była aktualizowana w związku z wystąpieniem pandemii COVID-19. Natomiast w dniu 17 kwietnia 2020 r. Zespół Kontroli Zakażeń opracował Instrukcję utrzymania czystości w obszarze, w którym przebywają pacjenci w COVID-19, w której wskazano postępowanie z odpadami zgodnie z obowiązującymi procedurami oraz zalecono stosowanie podwójnych worków koloru czerwonego.

(akta kontroli str. 6, 58-60, 68-60)

Analiza dokumentacji z oddziałów: Obserwacyjno-Zakaźnego z Odcinkiem 1 dnia Leczenia Chorób Wątroby, Chirurgii Ogólnej oraz Dializ i Nefrologii wykazała, że pracownicy ww. oddziałów zapoznali się z procedurą oraz instrukcją utrzymania czystości w obszarze, w którym przebywają pacjenci COVID-19. Ostatnie szkolenia wewnątrzoddziałowe dla pracowników były przeprowadzane pod koniec 2021 r. Z procedurą zostali zapoznani również pracownicy DAG odpowiedzialni za transport

¹¹ Zgodnie z zakresem obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności z 19 stycznia 2018 r.

¹² Wersja 4 z dnia 18 czerwca 2018 r.

¹³ Pojemniki lub worki wymienia się tak często jak pozwalają na to warunki przechowywania oraz właściwości odpadów medycznych w nich zgromadzonych, nie rzadziej niż co 72 godziny, natomiast wysoce zakaźne odpady mogą być przechowywane w miejscu powstania nie dłużej niż 24 godziny.

wewnętrzny odpadów medycznych do punktu tymczasowego gromadzenia odpadów¹⁴.

(akta kontroli str. 52-57, 64-69)

W kontrolowanym okresie Zespół Kontroli Zakażeń przeprowadził łącznie 95 kontroli planowych, w tym 42 w 2019 r., 32 w 2020 r. i 21 w 2021 r.¹⁵ Kontroli doraźnych przeprowadzono łącznie 50, w tym po 10 w 2019 r. i w 2021 r. oraz 30 w 2020 r. Analiza protokołów kontroli wewnętrznej przeprowadzonych na oddziałach: Obserwacyjno-Zakaźnym i Chirurgii Ogólnej wykazała, że w trakcie kontroli planowych, przeprowadzanych dwa razy do roku, sprawdzano przestrzeganie zasad dezynfekcji, sterylizacji oraz segregacji odpadów na stanowiskach pracy. W trakcie jednej kontroli doraźnej, przeprowadzonej w związku z izolacją chorego stwierdzono prawidłowe postępowanie w zakresie wydzielenia stanowiska do gromadzenia odpadów, mycia i dezynfekcji rąk oraz prawidłowego przygotowania personelu. We wszystkich przypadkach nie stwierdzono nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 70-105)

3. W związku z wnioskiem o wpis do rejestru wytwórców odpadów z 21 listopada 2018 r. złożonym do Marszałka Województwa Mazowieckiego¹⁶, Szpital uzyskał wpis do bazy danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami¹⁷ pod numerem rejestrowym 000113947¹⁸. We wniosku zostały wskazane trzy miejsca wytwarzania odpadów, tj. przy ul. Tochtermana 1 w Radomiu (główna działalność lecznicza Szpitala), budynek Poradni Specjalistycznych przy ul. Lekarskiej 4 w Radomiu oraz budynek Oddziału Rehabilitacji przy ul. Giserskiej 21 w Radomiu. We wniosku Szpital zgłosił poszczególne kody odpadów, w tym odpadów medycznych, wytwarzanych w każdym z ww. miejsc.

W żadnym z miejsc wytwarzania odpadów nie zostały zgłoszone odpady o kodzie 18 01 04 (Inne odpady niż wymienione w 18 01 03 np. opatrunki z materiału lub gipsu, pościel, ubrania jednorazowe, pieluchy).

(akta kontroli str. 106-115)

Dyrektor wyjaśnił, że w kontrolowanym okresie Szpital nie otrzymał żadnego polecenia Wojewody Mazowieckiego w zakresie gospodarowania odpadami medycznymi wytwarzanymi przez Szpital, w tym wytwarzanymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 np. dotyczącego limitów wytwarzanych odpadów, sposobu postępowania z odpadami, w tym wskazania innych instalacji ich unieszkodliwiania.

(akta kontroli str. 4, 5, 7)

4. W latach 2019-2022 Szpital wytworzył łącznie 2 446,792 Mg odpadów, w tym 749,927 Mg w 2019 r., 699,232 Mg w 2020 r., 797,835 Mg w 2021 i 199,798 Mg w I kwartale 2022 r. Największy udział w ilości odpadów (71,3%) stanowiły odpady komunalne niesegregowane w ilości 1 743,855 Mg¹⁹. Odpady medyczne, których wytworzono w ilości 533,208 Mg²⁰ stanowiły 21,8%. Pozostałą część (6,7%)

¹⁴ Pracownicy ci zostali zapoznani również z Instrukcją dezynfekcji i mycia wózków do transportu zwłok i odpadów medycznych, pojemników do transportu odpadów medycznych, chłodni do tymczasowego gromadzenia odpadów medycznych (wydanie 3 z dnia 26 lutego 2020 r. opracowane przez Kierownika DAG i zatwierdzone przez Zastępcę Dyrektora ds. Eksploatacyjnych).

¹⁵ W 2022 r. w I kwartale nie przeprowadzono kontroli wewnętrznych.

¹⁶ Wniosek złożony przy piśmie znak III-222-90/18.

¹⁷ Zintegrowany system teleinformatyczny, w skład którego wchodzi funkcjonujący od dnia 24 stycznia 2018 r. Rejestr-BDO oraz moduły ewidencji i sprawozdawczości, dalej: BDO.

¹⁸ Informację o wpisie Szpital uzyskał w piśmie Marszałka Województwa Mazowieckiego z dnia 19 lutego 2019 r. znak OS-WO-II.7250.5.17272.2018.ES.

¹⁹ W tym 527,700 Mg w 2019 r., 518,500 Mg w 2020 r., 560,075 Mg w 2021 r. i 137,580 Mg w I kwartale 2022 r. Do wyliczenia ilości odpadów komunalnych niesegregowanych przyjęto przelicznik: 1m³ = 0,250 Mg.

²⁰ W tym 151,239 Mg w 2019 r., 143,310 Mg w 2020 r., 185,817 Mg w 2021 r. i 52,842 Mg w I kwartale 2022 r.

stanowiły odpady komunalne segregowane²¹ (82,310 Mg) oraz pozostałe odpady²² (87,419Mg).

(akta kontroli str. 121)

W okresie objętym kontrolą wytworzono 526,121 Mg²³ zakaźnych odpadów medycznych²⁴, co stanowiło 98,7% wszystkich odpadów medycznych przekazanych do unieszkodliwienia w ww. okresie. Prowadzona przez Szpital dokumentacja nie pozwalała na wskazanie faktycznych ilości zakaźnych odpadów medycznych wytworzonych w latach 2020-2022 (I kwartał) w związku z leczeniem pacjentów zakażonych SARS-CoV-2.

Na podstawie wskaźnika określającego ilość wytworzonych odpadów medycznych przez jednego pacjenta zakażonego SARS-CoV-2²⁵, tj. 36,8 kg oraz liczby hospitalizowanych w tym okresie pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 oszacowano, że Szpital wytworzył łącznie 189,004 Mg tych odpadów (co stanowiło 49,1% zakaźnych odpadów medycznych wytworzonych w tym okresie tj. 379,679 Mg), w tym 63,259 Mg w 2020 r., 105,726 Mg w 2021 r. i 20,019 Mg w I kwartale 2022 r.

(akta kontroli str. 22-25, 116, 117, 121)

Na podstawie ewidencji odpadów stwierdzono, że Szpital wytworzył w kontrolowanym okresie następujące ilości zakaźnych odpadów medycznych (wg kodów):

- a) 18 01 02* Części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwaty służące do jej przechowywania (z wyłączeniem 18 01 03*) – 3,161 Mg, w tym w 2019 r. 1,775 Mg, w 2020 r. 0,549 Mg, w 2021 r. 0,607 Mg oraz w I kwartale 2022 r. 0,230 Mg.
- b) 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 18 01 80 i 18 01 82 – 518,943 Mg, w tym w 2019 r. 142,080 Mg, w 2020 r. 140,509 Mg, w 2021 r. 184,290 Mg i w I kwartale 2022 r. 52,064 Mg.
- c) 18 01 82* Pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych – 4,017 Mg, w tym w 2019 r. 2,587 Mg, w 2020 r. 0,909 Mg, w 2021 r. 0,392 Mg i w I kwartale 2022 r. 0,129 Mg.

(akta kontroli str. 122-191)

Od stycznia do końca października 2019 r.²⁶, odpady były przekazywane do Zakładu Termicznej Utylizacji Odpadów w Belchatowie, tj. poza obszar województwa mazowieckiego. Od listopada 2019 r. odpady były przekazywane do spalarni w Płocku, prowadzonej przez członka konsorcjum, z którym zawarto w trybie przetargu nieograniczonego umowę na świadczenie usług z dnia 31 października 2019 r., a następnie umowy z dnia 2 grudnia 2021 r. W tym czasie stwierdzono cztery przypadki, przekazania odpadów do przetworzenia poza województwem mazowieckim²⁷ z powodu postępu technologicznego lub awarii instalacji termicznej

²¹ Tj. odpady o kodach 15 01 01 (opakowania z papieru i tektury), 20 02 01 (odpady ulegające biodegradacji), 20 03 07 (odpady wielkogabarytowe).

²² M.in. odpady o kodach 15 01 02 (opakowania z tworzyw sztucznych), odpady z grupy 16 02 (zużyte urządzenia zawierające niebezpieczne elementy) odpady z grupy 17 (np. odpady z budowy, gruz itp.)

²³ W tym 146,442 Mg w 2019 r., 141,967 Mg w 2020 r., 185,289 Mg w 2021 r. i 52,423 Mg w I kwartale 2022 r.

²⁴ O kodach 18 01 02*, 18 01 03* i 18 01 82*.

²⁵ Do wyliczenia przyjęto masę wytworzonych odpadów medycznych i liczby hospitalizacji pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 w okresie od kwietnia do września 2020 r., w którym Szpital funkcjonował w formule szpitala jednoimiennego zakaźnego.

²⁶ Tj. trakcie prowadzenia postępowań o zamówienie publiczne w zakresie świadczenia usług odbioru i unieszkodliwienia odpadów niebezpiecznych P-44-2018, P-05-2019, P-32-2019, z uwagi na konieczność zapewnienia ciągłości odpadów zawierano umowy na okresu krótsze z firmą z Belchatowa.

²⁷ W dniach 12 i 19 sierpnia, 18 września 2020 r. oraz 29 kwietnia 2021 r. odpady zostały przekazane do spalarni w Belchatowie.

w Płocku, o czym Szpital był informowany drogą mailową przez podmiot odbierający odpady. Podmioty przyjmujące odpady do zagospodarowania posiadały aktualne pozwolenia na prowadzenie instalacji²⁸.

(akta kontroli str. 122-191, 194-206)

Kierownik DAG wyjaśnił m.in., że dokonując w 2019 r. wyboru wykonawcy na odbiór i unieszkodliwianie odpadów niebezpiecznych na etapie sprawdzania ofert, w przypadku umów obowiązujących w okresie od stycznia do maja dokonano wyboru Wykonawcy, który oferował najniższą cenę oraz jego spalarnia znajdowała się najbliżej Szpitala. Natomiast w kolejnych okresach pomimo skierowania zapytań do kilku wykonawców otrzymano ofertę tylko od jednego wykonawcy.

(akta kontroli str. 271-272)

Ilości przekazanych do unieszkodliwienia odpadów były ewidencjonowane na kartach przekazania odpadów oraz kartach ewidencji odpadów sporządzanych odrębnie dla każdego rodzaju odpadów oraz miejsca ich wytworzenia. W 2019 r. Karty Ewidencji Odpadów (KEO) i Karty Przekazania Odpadów (KPO) były sporządzane w wersji papierowej, co było zgodne z art. 236a ustawy o odpadach, który dopuszczał stosowanie tej formy dokumentów do dnia 31 grudnia 2020 r. Od 2020 r. KPO sporządzane były w systemie BDO, natomiast Szpital rozpoczął sporządzanie KEO w systemie dopiero od 1 stycznia 2022 r., co zostało opisane w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 117, 122, 123)

Karty przekazania odpadów były sporządzane na bieżąco i zawierały odpowiednie dane wymagane art. 67 ustawy o odpadach, w szczególności dane identyfikacyjne podmiotów przekazującego, odbierającego i przyjmującego odpady, kod odpadu i ilość, datę i godzinę rozpoczęcia transportu odpadów, potwierdzenie ich dostarczenia do następnego posiadacza odpadów (podmiotu przetwarzającego).

(akta kontroli str. 122, 123, 140, 141, 189-190, 192)

Szpital posiadał dokumenty potwierdzające unieszkodliwienie przekazanych odpadów medycznych w okresie od stycznia do 5 września 2019 r., zgodnie z art. 95 ust. 4 ustawy o odpadach²⁹.

(akta kontroli str. 122, 123, 128, 129)

Zgodnie z art. 75 ust. 1 pkt 2 ustawy o odpadach Szpital terminowo sporządził roczne sprawozdania w zakresie wytworzonych odpadów za lata 2019-2021 i przekazał do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego. Dane ilościowe zakaźnych odpadów medycznych wykazane w sprawozdaniach były zgodne z danymi wykazanymi w KEO. Dane wykazane w KEO były zgodne z danymi KPO.

(akta kontroli str. 122-127, 134-139, 162-169)

W kontrolowanym okresie Szpital nie ewidencjonował odpadów o kodzie 18 01 04, chociaż na innych oddziałach niż zakaźny były wytwarzane w ramach działalności leczniczej odpady takie jak: pieluchomajtki, pampersy, opatrunki. Odpady te były traktowane, co do zasady, jako zmieszane odpady komunalne i odbierane przez wykonawcę usług w zakresie odbioru i zagospodarowania odpadów komunalnych.

²⁸ Były to pozwolenia zintegrowane: dla przedsiębiorcy z Belchatowa wydane przez Marszałka Województwa Łódzkiego bezterminowo obejmujące zezwolenie na przetwarzanie, wytwarzanie o zbieranie odpadów oraz pozwolenie dla przedsiębiorcy z Płocka wydane przez Marszałka Województwa Mazowieckiego bezterminowo obejmujące przetwarzanie i wytwarzanie odpadów.

²⁹ Do dnia 5 września 2019 r. podmiot unieszkodliwiający odpady medyczne był zobowiązany do wystawienia dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych, co było podstawą przejścia odpowiedzialności za gospodarowanie tymi odpadami na następnego posiadacza odpadów. Art. 95 ust. 4 ustawy o odpadach uchylony został przez art. 6 pkt 31 lit. a ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 1579) zmieniającej nin. ustawę z dniem 6 września 2019 r.

Skutkiem takiego postępowania było nieprawidłowe prowadzenie ewidencji odpadów i niewykazanie ww. odpadów w sprawozdaniach, co zostało opisane w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 124, 130, 134, 138, 162, 166, 168, 235, 236, 238, 241-267)

5. Oględziny punktu tymczasowego gromadzenia medycznych odpadów zakaźnych, mobilnego kontenera – chłodni, podoczyszczalni ścieków oraz chłodni w Zakładzie Patomorfologii RSzS³⁰ wykazały m.in. że magazyny odpadów zakaźnych spełniały wymagania określone w §7 rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych, w szczególności: posiadały niezależne wejście, były zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych, ściany i podłogi wykonane były z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję, były zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt oraz posiadały zabezpieczenia techniczne przed rozprzestrzenianiem się magazynowanych odpadów, obejmujące również gromadzenie ewentualnych odcieków z tych odpadów.

Pomieszczenia były wyposażone w urządzenia chłodzące. Termostaty sterujące urządzeniami chłodzącymi wskazywały temperaturę 6°C. Przy pomieszczeniach zapewniono dostęp do bieżącej ciepłej i zimnej wody, dozowniki mydła i płynu dezynfekcyjnego. Wszystkie pomieszczenia oraz wózki wykorzystywane transportu wewnętrznego były utrzymane w należytej czystości.

(akta kontroli str. 207-221)

W magazynie zakaźnych odpadów medycznych przeznaczonym do składowania odpadów o kodzie 18 01 03* znajdowało się 35 worków, z których 33 posiadały etykiety wymagane zgodnie z procedurą Postępowanie z odpadami. Dwa worki nie posiadały oznaczeń pozwalających na identyfikację rodzaju odpadu. Stwierdzono, że spośród 33 worków z etykietami, 12 posiadało wszystkie oznaczenia wymagane procedurą, w szczególności podane były daty i godziny otwarcia oraz zamknięcia worków. Na pozostałych dane były niepełne. Zgodnie z procedurą 33 worki były koloru czerwonego, w dwóch przypadkach odpady były zamknięte w workach innego koloru. Dwa worki były uszkodzone, przez które widoczna była zawartość.

(akta kontroli str. 207-210)

Oględziny mobilnego kontenera-chłodni, który z zgodnie z umową na świadczenie usług w zakresie odbioru i unieszkodliwiania odpadów niebezpiecznych i innych niż niebezpieczne³¹ był podstawiony przez wykonawcę usługi do tymczasowego gromadzenia odpadów wykazały, że pomimo posiadania agregatu chłodniczego nie był podłączony do źródła zasilania, w skutek czego znajdujące się w nim odpady składowane były w temperaturze zbliżonej do temperatury otoczenia tj. około 26°C. Drzwi kontenera nie były zabezpieczone przed dostępem osób postronnych – lekko uchylone. Przed kontenerem znajdował się worek koloru czerwonego, nieoznakowany. Po otwarciu drzwi stwierdzono, że kontener był wypełniony odpadami w około ½ pojemności. Stwierdzono również, że część worków przeznaczonych do przechowywania odpadów medycznych była uszkodzona. Na podłodze leżały materiały prawdopodobnie skażone wydzielinami (waciki itp.). Stan kontenera nie pozwalał na sprawdzenie czy i w jaki sposób worki były oznakowane oraz jakie odpady były tam składowane.

(akta kontroli str. 207, 210, 219, 220)

Zaistniała sytuacja mogła stanowić bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia ludzkiego, o czym kontroler poinformował Dyrektora Szpitala w trybie art. 51 ust. 1 ustawy o NIK, zobowiązując go do niezwłocznego poinformowania o podjętych działaniach zapobiegających.

³⁰ Oględziny przeprowadzone w dniach 12, 13 i 16 maja 2022 r.

³¹ Umowa z 30 listopada 2021 r.

Dyrektor poinformował, że kontener został w trybie natychmiastowym podłączony do źródła energii celem chłodzenia odpadów, uszkodzone worki, odpady leżące na podłodze oraz nieoznakowany worek leżący na zewnątrz kontenera zostały odpowiednio zabezpieczone, drzwi zamknięto i zabezpieczono przed dostępem osób postronnych oraz poinformowano wykonawcę usługi o niezwłocznym odbiorze odpadów.

(akta kontroli str. 222, 223)

Oględziny przeprowadzone w dniu następnym oraz przedstawione do kontroli KPO potwierdziły, że odpady zostały przekazane do unieszkodliwienia 13 maja 2022 r.

(akta kontroli str. 210, 211)

W trakcie oględzin magazynów odpadów zakaźnych stwierdzono, że nie były w nich przechowywane odpady o kodzie 18 01 02*.

Kierownik DAG wyjaśnił, że odpady tj. części ciała i organy z oddziałów chirurgicznych są przekazywane do Oddziału Patomorfologii i tam przechowywane w chłodni. Natomiast odpady w oddziale ginekologicznego (np. łożyska oraz pojemniki na krew) są przechowywane na tym oddziale w zamrażarce. Na dzień przed odbiorem odpady są transportowane do punktu tymczasowego gromadzenia odpadów zakaźnych, a odbiór odbywa się raz w tygodniu.

(akta kontroli str. 207-210, 230)

Oględziny stacjonarnej chłodni w Zakładzie Patomorfologii przeprowadzone w dniu 16 maja 2022 r. wykazały, że przechowywane były w niej odpady o kodzie 18 01 02* w workach czerwonych prawidłowo oznakowanych. Odpady były przechowywane w temperaturze 6,2°C. Z oznaczenia jednego worka wynikało, że został on otwarty w dniu 12 maja 2022 r. o godzinie 7.22 i zamknięty 13 maja 2022 o godzinie 7. (minuty nieczytelne). Worek ten nie został przekazany do unieszkodliwienia w dniu 13 maja 2022 r. wraz z pozostałymi odpadami. Zgodnie z harmonogramem odbioru odpadów określonym w umowie z wykonawcą odbiór odpadów miał nastąpić w dniu 18 maja 2022 r., tj. w czasie przekraczającym 72 godziny od zamknięcia worka.

Kierownik DAG wyjaśnił, że odpad nie został odebrany przez wykonawcę ponieważ nie został zgłoszony do odbioru przed zabraniem odpadów. Pojazd z naczepą był poza terenem szpitala, więc nie było możliwości przekazania worka w tym transporcie.

(akta kontroli str. 210, 211, 235, 137, 238, 447-451)

6. W okresie od 1 stycznia do 31 października 2019 r. realizacja usług odbioru, transportu i zagospodarowania odpadów niebezpiecznych, w tym zakaźnych odpadów medycznych była zlecana pięciokrotnie³² podmiotowi na podstawie art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych³³ przy zastosowaniu regulaminu udzielania zamówień publicznych o wartości nieprzekraczającej kwoty wskazanej w art. 4 pkt 8 Pzp³⁴. Powodem udzielenia zamówień w tym trybie były trudności z rozstrzygnięciem postępowań prowadzonych od 2018 r.³⁵

(akta kontroli str. 269, 274-335)

Zastępca Dyrektora wyjaśniła m.in., że mając na względzie art. 6a Pzp Szpital udzielał zamówień w częściach, aby zabezpieczyć ciągłość odbioru odpadów niebezpiecznych, w niektórych sytuacjach ze względu na korzystniejszą ofertę

³² Na podstawie umów: nr 54/U/2018 z 19 grudnia 2018 r., nr 9/U/2019 z 18 kwietnia 2019 r., nr 16/U/2019 z 6 czerwca 2019 r., nr 20/U/2019 z 23 lipca 2019 r. i nr 28/U/2019 z 1 października 2019 r.

³³ Dz. U. z 2019 r. poz. 1843 ze zm., dalej Pzp.

³⁴ Regulamin wprowadzony Zarządzeniem Nr 32 z 4 października 2016 r. Dyrektora RSS.

³⁵ P-44-2018 unieważnione 5 grudnia 2018 r. z uwagi na cenę oferty przekraczającą kwotę przeznaczoną na sfinansowanie zamówienia. Kolejne postępowanie ogłoszone 16 stycznia 2019 r. zakończone wyborem oferenta, który w dniu 30 maja 2019 r. odstąpił od podpisania umowy. Postępowania P-32-2019 r. ogłoszone 17 czerwca 2019 r. zostało unieważnione z uwagi na cenę oferty przekraczającą kwotę przeznaczoną na sfinansowanie zamówienia. W wyniku postępowania wszczętego 7 sierpnia 2019 r. wyłoniono wykonawcę w dniu 22 października 2019 r.

cenową. Zamawiający nie dokonał podziału zamówienia celem nieuprawnionego wyłączenia stosowania ustawy ponieważ na przełomie 2018 i 2019 r. przeprowadził cztery postępowania zgodnie z Pzp i w wyniku rozstrzygnięcia ostatniego doszło do wyłonienia wykonawcy.

(akta kontroli str. 274-278)

Od 1 listopada 2019 r. usługi odbioru i unieszkodliwiania odpadów niebezpiecznych, w tym zakaźnych odpadów medycznych zostały powierzone konsorcjum dwóch firm wyłonionemu w drodze postępowań w trybie przetargu nieograniczonego³⁶, tj. na podstawie odpowiednio art. 39 Pzp oraz art. 132 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych³⁷. W ogłoszeniach oraz Specyfikacjach Warunków Zamówienia, publikowanych w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej, jako główny warunek udziału w postępowaniu, wskazano m.in. posiadanie aktualnego zezwolenia na prowadzenie działalności w zakresie odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów o kodach 18. Lider konsorcjum oraz konsorcjant posiadali stosowne zezwolenia oraz dysponowali spalarnią odpadów niebezpiecznych na terenie województwa mazowieckiego. Przedmiot umowy obejmował m.in. kompleksowe świadczenie usług w zakresie odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów niebezpiecznych. Wykonawcę zobowiązano do zapewnienia przenośnego kontenera – chłodni z agregatem chłodniczym o pojemności nie mniejszej niż 3 tony i nie większej niż 5 ton. Odbiór odpadów następował wg harmonogramu z częstotliwością raz w tygodniu. Zastrzeżono prawo Zamawiającego do zgłoszenia konieczności dodatkowego awaryjnego odbioru odpadów.

(akta kontroli str. 194-205, 269, 336-451)

W kontrolowanym okresie cena netto za 1 kilogram odpadów niebezpiecznych wzrosła o 144,3%. Od stycznia do końca maja 2019 r. wynosiła 2,46 zł, od czerwca do lipca 2019 r. – 2,61 zł, od sierpnia do września 2019 r. – 4 zł, w październiku 2019 r. – 4,60 zł, od listopada 2019 r. do 1 grudnia 2021 r. - 5,80 zł, od 2 grudnia 2021 r. – 8,47 zł.

(akta kontroli str. 118, 119, 280, 288, 295, 303, 304, 312, 313, 321, 326, 334, 433, 445, 446)

7. W latach 2019-2022 (I kwartał) w związku z odbiorem, transportem i unieszkodliwieniem odpadów niebezpiecznych, w tym medycznych Szpital poniósł koszty³⁸ w wysokości 3 277,0 tys. zł, w tym 629,7 tys. zł w 2019 r., 930,0 tys. zł w 2020 r., 1 220,7 tys. zł w 2021 r. i 496,6 tys. zł w I kwartale 2022 r., co stanowiło 0,42% ogólnych kosztów działalności operacyjnej Szpitala, które wyniosły 783 483,1 tys. zł³⁹.

Koszty odbioru i utylizacji odpadów niebezpiecznych, w tym medycznych w 2021 r. wzrosły o 93,8% w porównaniu do roku 2019. Przyczyną wzrostu kosztów był wzrost ceny netto za 1 kg odpadów, która wynosiła 2,46 zł na początku 2019 r., a następnie wzrosła do 5,8 zł netto od listopada 2019 r.⁴⁰. Wzrost ceny spowodował, że pomimo, że w 2020 r. ilość odpadów oddanych do utylizacji zmalała w porównaniu do 2019 r. o 18,741 Mg⁴¹ koszty utylizacji wzrosły o 47,7%. Kolejną przyczyną wzrostu wydatków w 2021 r. był wzrost ilości odpadów oddanych do utylizacji o 30,8% w porównaniu do roku poprzedniego⁴².

³⁶ Postępowanie RSS/SZP/P-45/2019 – umowa nr. 32/U/2019 z 31 października 2019 r., postępowanie RSS/SZP/P-29/2021 – umowa nr 26/U/2021 z 31 listopada 2021 r.

³⁷ Dz. U. z 2021 r. poz. 1129 ze zm. – dotyczy zamówienia wszczętego i udzielonego w 2021 r.

³⁸ Na podstawie umów o świadczenie usług w zakresie odbioru i unieszkodliwiania odpadów niebezpiecznych i innych niż niebezpieczne.

³⁹ W tym 211 121,0 tys. zł w 2019 r., 229 860,7 tys. zł w 2020 r., 272 902,1 tys. zł w 2021 r. i 69 599,3 tys. zł w I kw. 2022 r.

⁴⁰ Od 2 grudnia 2021 r. cena wynosiła 8,47 zł netto.

⁴¹ W 2019 r. oddano do utylizacji 167,3 Mg odpadów niebezpiecznych, w tym medycznych, natomiast w 2020 r. 148,473 Mg.

⁴² W 2021 r. oddano do utylizacji 187,7 Mg odpadów medycznych.

Kierownik DAG wyjaśnił, że przyczyną mniejszej ilości odpadów w 2020 r. była zmniejszona liczba hospitalizacji z uwagi na fakt, że w okresie od kwietnia do września Szpital funkcjonował w formule szpitala zakaźnego jednoimiennego. Natomiast w 2021 r. Szpital działał w systemie „mieszanym” co przełożyło się na zwiększenie liczby pacjentów.

(akta kontroli str. 118-120, 463)

Prowadzona w Szpitalu dokumentacja nie pozwalała na wskazanie kosztów odbioru, transportu i unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych w związku z leczeniem pacjentów zakażonych SARS-CoV-2. Oszacowane⁴³ koszty wyniosły w 2020 r. 396,3 tys. zł, w 2021 r. 695,1 tys. zł i w I kwartale 2022 r. 169,6 tys. zł, co stanowiło odpowiednio 42,6%, 56,9% i 34,2% kosztów odbioru odpadów niebezpiecznych poniesionych w latach 2020, 2021 i w I kwartale 2022 r.

(akta kontroli str. 23-25, 116, 117)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Od 1 stycznia do 31 grudnia 2021 r. KEO sporządzano w wersji papierowej, poza systemem BDO, co było niezgodne z art. 67 ust. 6 ustawy o odpadach, który stanowi, że dokumenty ewidencji odpadów sporządza się za pośrednictwem indywidualnego konta w Bazie danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami.

Zastępca Dyrektora ds. Eksploatacyjnych wyjaśniła, że powodem prowadzenia KEO poza systemem informatycznym było przeoczenie pracownika.

(akta kontroli str. 117, 122, 123)

2. Szpital nie prowadził segregacji i ewidencji odpadów o kodzie 18 01 04 na oddziałach innych niż zakaźny, chociaż były one wytwarzane⁴⁴ i traktował je jak zmieszane odpady komunalne, co stanowiło naruszenie art. 66 ust. 1 w zw. z art. 4 ust. 3 ustawy o odpadach, zgodnie z którym posiadacz odpadów obowiązany jest do prowadzenia (...) ilościowej i jakościowej ewidencji odpadów zgodnie z katalogiem odpadów, które są klasyfikowane z uwzględnieniem m.in. źródła ich powstania.

Dyrektor wyjaśnił m.in. że klasyfikacja tych odpadów zależy od stanu zdrowia pacjenta, który takie materiały używa. W przypadku stwierdzenia, że pacjent jest zarażony chorobą zakaźną, materiały są klasyfikowane do kodu 18 01 03* i personel postępuje zgodnie z procedurą postępowania z odpadami medycznymi. W pozostałych przypadkach te materiały są traktowane jako zmieszane odpady komunalne z uwagi, na to, że gips, pieluchomajtki, pampersy nie są odpadem zakaźnym ani niebezpiecznym i pochodzą w przeważającej części z oddziałów neonatologicznego, dziecięcego i zakładu opieki długoterminowej oraz Poradni Ortopedycznej i Oddziału Ortopedii.

(akta kontroli str. 124, 130, 134, 138, 162, 166, 168, 235, 236, 238, 241-267)

Zdaniem NIK nie ma podstaw do tego aby ww. odpady zaliczać do odpadów komunalnych, gdyż są one wytwarzane w związku ze świadczeniem opieki medycznej, a zgodnie z rozporządzeniem Ministra Klimatu z dnia 2 stycznia 2020 r w sprawie katalogu odpadów⁴⁵ odpady grupy 18 01 stanowią odpady z opieki okołoporodowej, diagnozowania, leczenia i profilaktyki medycznej. Podkreślić należy, że z uwagi na źródło powstania odpady te są obciążone ryzykiem, iż mogą się w nich znaleźć odpady niebezpieczne, w tym zakaźne, co

⁴³ Na podstawie wskaźnika ilości wytworzonych odpadów medycznych przez jednego pacjenta zakażonego COVID-19 (36,8 kg), liczby hospitalizowanych pacjentów zakażonych koronawirusem oraz ceny odbioru i unieszkodliwiania 1 kg odpadów obowiązującej w poszczególnych okresach.

⁴⁴ Np.: pieluchomajtki, pampersy, opatrunki.

⁴⁵ Dz. U. z 2020 r. poz. 10.

również ma znaczenie w kontekście art. 27 ustawy o odpadach, który nakłada na wytwórcę odpadów obowiązek do gospodarowania wytworzonymi przez siebie odpadami lub zlecenie wykonania obowiązku gospodarowania odpadami wyłącznie uprawnionemu podmiotowi celem odpowiedniego zagospodarowania. Ponadto, zgodnie z art. 21. ust. 1 ustawy o odpadach zakazuje się mieszania odpadów niebezpiecznych różnych rodzajów, mieszania odpadów niebezpiecznych z odpadami innymi niż niebezpieczne, a także mieszania odpadów niebezpiecznych z substancjami, materiałami lub przedmiotami, w tym rozcieńczania substancji niebezpiecznych.

Konsekwencją powyższego sposobu postępowania było niewykazywanie odpadów o kodzie 18 01 04 w rocznych sprawozdaniach o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami.

3. W trakcie oględzin miejsc tymczasowego magazynowania odpadów medycznych stwierdzono, że:

- zakaźne odpady medyczne o nieznanach kodach przechowywane w workach koloru czerwonego magazynowane były w mobilnym kontenerze – chłodni (nie podłączonym do źródła zasilania) w temperaturze powyżej 18°C, pomimo, że zgodnie z § 8 rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych wstępne magazynowanie odpadów medycznych o kodzie 18 01 02* odbywa się tylko w temperaturze do 10°C, a odpadów o kodach 18 01 03*, 18 01 82* tylko w temperaturze do 18°C;
- ww. zakaźne odpady medyczne przechowywane w mobilnym kontenerze – chłodni nie zostały zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni i innych zwierząt oraz osób nieupoważnionych (drzwi kontenera były lekko uchylone, a przed kontenerem znajdował się nieoznakowany worek z odpadami koloru czerwonego), co było niezgodne z § 7 ust. 4 pkt 2 i 3 rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych;
- dwa spośród 35 worków z odpadami, przechowywanych w tymczasowym magazynie odpadów zakaźnych były uszkodzone (widoczna była ich zawartość), a w mobilnym kontenerze – chłodni stwierdzono uszkodzenia worków (ich zawartość była porzucana na podłodze), co było niezgodne z § 4 ust. 3 rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych, który stanowi, iż w przypadku uszkodzenia pojemnika umieszcza się go w całości w innym większym nieuszkodzonym worku spełniającym te same wymagania;
- 23 spośród 35 worków przechowywanych w tymczasowym magazynie odpadów zakaźnych nie posiadały oznaczeń (dwa worki) lub posiadały oznaczenia niepełne (na etykietach 21 worków brak było m.in. oznaczenia kodów odpadów, daty lub godziny otwarcia/zamknięcia worka), co uniemożliwiało pełną identyfikację odpadów i było niezgodne z § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych;
- dwa spośród 35 worków przechowywanych w tymczasowym magazynie odpadów zakaźnych były koloru innego niż czerwony, co było niezgodne z § 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych;
- odpady o kodzie 18 01 02* magazynowane w dniu 16 maja 2022 r. w chłodni w Zakładzie Patomorfologii przechowywane były powyżej 72 godzin, co było niezgodne z § 8 ust. 1 rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych, który stanowi, że czas ich przechowywania nie może przekroczyć 72 godzin.

(akta kontroli str. 207-211, 216, 217, 219-223, 235, 237, 238)

Odnosząc się do niewłaściwych warunków magazynowania odpadów Dyrektor wyjaśnił m.in., że mobilny kontener – chłodnia nie został podłączony do źródła energii przez przeoczenie, gdyż w dniu poprzednim nastąpiła wymiana naczepek (kontenerów) i odbiór odpadów. Odnosnie do przechowywania odpadów o kodzie

18 01 02* wyjaśnił, że odpady te są przechowywane we właściwych warunkach i zabezpieczone w okresie maksymalnie 7 dni a w przeważającej ilości w okresie krótszym. W odpowiedzi na pytanie dlaczego Szpital nie zapewnił odbioru tych odpadów z zachowaniem 72 godzinowego czasu przechowywania wyjaśnił, że wprowadzenie do umowy wymogu odbierania odpadu na każde wezwanie spowoduje wzrost i tak już wysokich kosztów ponoszonych przez Szpital w tym zakresie. Taki wymóg może skutkować również brakiem złożenia oferty na świadczenie usługi odbioru odpadów, gdyż z uwagi na konieczność zachowania zasady bliskości, liczba wykonawców jest ograniczona przy dużej liczbie wytwórców odpadów medycznych na terenie województwa. W jego ocenie taki sposób postępowania i terminy odbioru nie stanowią zagrożenia epidemiologicznego.

(akta kontroli str. 223, 237, 238)

IV. Wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o:

1. Oznaczanie worków z niebezpiecznymi odpadami medycznymi zgodnie z wymogami określonymi w § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi.
2. Zapewnienie warunków wstępnego magazynowania odpadów medycznych określonych w rozporządzeniu w sprawie odpadów medycznych.
3. Prowadzenie ewidencji odpadów zgodnie ze stanem rzeczywistym, tj. uwzględniając wszystkie rodzaje odpadów wytworzonych w związku ze świadczoną opieką medyczną.
4. Prawidłową segregację odpadów o kodzie 18 01 04.
5. Wzmocnienie nadzoru nad postępowaniem w Szpitalu 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 Warszawie. 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
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę 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.

Warszawa, dnia 29 czerwca 2022 r.

Kontroler
Ilona Bożek
główny specjalista k.p.



Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Warszawie

p.o. DYREKTOR
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Warszawie



Michał Musiał

