



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Katowicach

LKA.410.003.04.2022

Pan
Tomasz Pawlak
Szpital Specjalistyczny w Chorzowie
ul. Zjednoczenia 10
Chorzów 41-500

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	Szpital Specjalistyczny w Chorzowie ul. Zjednoczenia 10 ¹ Chorzów 41-500
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dyrektor Tomasz Pawlak, od 1 lipca 2019 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił: Janusz Szymanowski, Dyrektor, od 1 sierpnia 2016 r. do 30 czerwca 2019 r.
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 dnia zakończenia czynności kontrolnych, z wykorzystaniem dowodów sporządzanych przed lub po tym okresie.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontroler	1. Piotr Jużków, starszy inspektor kp., upoważnienie do kontroli nr LKA/30/2022 z 2 lutego 2022 r.

(akta kontroli str. 1)

¹ Zwany dalej: „Szpitalem”.

² Dz. U. z 2022 r. poz. 623, zwana dalej: „ustawą o NIK”

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W Szpitalu obowiązywała aktualna procedura postępowania z odpadami, która była zgodna z przepisami dotyczącymi magazynowania, odbioru i zagospodarowania wytwarzanych zakaźnych odpadów medycznych, w tym wytworzonych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Pracownicy Szpitala zostali zapoznani z tą procedurą. W Szpitalu została wyznaczona osoba, na którą nałożono obowiązki w zakresie całościowej dbałości o właściwe postępowanie z odpadami zakaźnymi, w tym z wytwarzanymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, która odbyła szkolenia z zakresu postępowania z odpadami medycznymi. Bezpośredni nadzór i odpowiedzialność za te działania ciążyły na personelu realizującym poszczególne etapy postępowania z odpadami (pielęgniarki, sprzątaczkę, pracownicy techniczni).

Szpital posiadał aktualną decyzję Prezydenta Miasta Chorzowa pozwalającą na wytwarzanie odpadów i odpadów medycznych, a Marszałek Województwa dokonał rejestracji Szpitala w *Bazie danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami*⁴.

Postępowanie z odpadami powstałymi na terenie Szpitala było zgodne z przepisami, a wielkość wytworzonych w nim w badanym okresie zakaźnych odpadów medycznych – za wyjątkiem roku 2021 - nie przekraczała limitów określonych w decyzji Prezydenta Miasta Chorzowa.

Szpital zgodnie z przepisami, w trybie zamówień publicznych, dokonał wyboru wykonawcy usług w zakresie odbioru, transportu i zagospodarowania wytwarzanych odpadów medycznych.

Jako nieprawidłowe należy ocenić działania personelu Szpitala w zakresie postępowania z odpadami medycznymi. Pracownicy Szpitala nie wpisywali na workach na odpady medyczne godziny zamknięcia worka, nie korzystali ze stojaków na worki w gabinecie zabiegowym na oddziale zakaźnym, a w funkcjonującym w Szpitalu magazynie odpadów nie zapewniono odpowiedniej temperatury do ich przechowywania. Ponadto jako nieprawidłowe należy uznać przekroczenie o 1,94 Mg w 2021 r. limitu dla odpadów o kodzie 18 01 03*.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. 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 w strukturze organizacyjnej Szpitala funkcjonowało⁶ samodzielne stanowisko ds. epidemiologii, podlegające bezpośrednio Zastępcy dyrektora ds. Lecznictwa. Do zadań osoby na tym stanowisku należała współpraca z Powiatową i Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną, prowadzenie ewidencji wytwarzanych i utylizowanych odpadów oraz współudział w opracowywaniu standardów postępowania z odpadami medycznymi oraz nadzór

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁴ Zwanej dalej: „BDO”.

⁵ 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.

⁶ Zarządzenie Nr 1/2013 Dyrektora Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie z 7 stycznia 2013 r. w sprawie realizacji zarządzenia

nad wdrażaniem i przestrzeganiem tych standardów i zasad postępowania w ramach czynności dotyczących profilaktyki i kontroli zakażeń.

(akta kontroli str. 3)

Specjalista zatrudniony na stanowisku ds. epidemiologii posiadał wykształcenie kierunkowe w zakresie epidemiologii, a także brał udział w czterech⁷ szkoleniach dotyczących postępowania z odpadami szpitalnymi.

(akta kontroli str. 5)

2. W latach 2019-2022, zgodnie z wymogami określonymi w § 11 ust. 1 rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych, w Szpitalu obowiązywała procedura⁸ dotycząca gospodarowania odpadami, obejmująca: instrukcje stanowiskowe dotyczące odpadów, instrukcję zbierania odpadów medycznych i transportu do punktu magazynowania odpadów na terenie Szpitala, instrukcję dotyczącą segregowania i postępowania w przypadku uszkodzenia pojemnika/worka z odpadami medycznymi zakaźnymi oraz klasyfikację odpadów medycznych przy użyciu kodów odpadów określonych w obowiązujących w danym okresie przepisach⁹. Ponadto pracownicy Szpitala zostali zaznajomieni z *Wytycznymi zespołu konsultantów w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w zakresie działań mających na celu zapobieganie rozprzestrzeniania się zakażeń SARS-CoV-2 w środowisku szpitalnym* z 16 kwietnia 2020 r. oraz wytycznymi Ministra Klimatu i Głównego Inspektora Sanitarnego¹⁰.

(akta kontroli str. 5-28, 303-310)

Zgodnie z *Procedurą*, odpady medyczne do transportu przygotowywały sprzątaczkę, a następnie pracownik działu technicznego odbierał worki/kontenery z ustalonych stref oddziałów w godzinach od 9.00 do 10.30 rano oraz od 13.00 do 14.30 po południu. Odpady zbierane w godzinach wieczornych były przechowywane w specjalnych pojemnikach do następnego dnia. Kontenery opróżniano w punkcie gromadzenia odpadów oraz poddawano dezynfekcji. Opróżnianie kontenerów i pojemników odbywało się zgodnie z harmonogramem lub na żądanie osoby nadzorującej realizację umowy, tj. Specjalisty ds. Epidemiologii. Procedura ta w okresie objętym kontrolą nie była aktualizowana.

(akta kontroli str. 22)

Badanie losowej próby 20 pracowników Szpitala, w tym: 10 lekarzy, 5 pielęgniarek i 5 salowych, mających kontakt z odpadami na oddziałach szpitalnych wykazało, że we wszystkich przypadkach pracownicy zostali przeszkoleni przez pielęgniarkę epidemiologiczną, a fakt ten poświadczali podpisami. Ponadto, na każdym oddziale istniała możliwość wglądu do papierowej wersji *Procedury*. *Procedura* określała sposób postępowania z odpadami wskazując zadania należące do poszczególnych pracowników oraz określała sposób ich zbierania i przechowywania. Odpady w oznakowanych workach zbierane były dwa razy dziennie.

(akta kontroli str. 214,318)

⁷ *Selektywna Zbiórka Bioodpadów* 21 kwietnia 2021 r. oraz Konferencja Naukowo-Szkoleniowa w ramach XXIII Zjazdu Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych w formie ONLINE 12 maja 2021, *Gospodarka odpadami medycznymi w placówkach służby zdrowia* z 25 maja 2017 r. oraz *Prawidłowa gospodarka odpadami medycznymi w jednostkach służby zdrowia* IV edycja 23-24 czerwiec 2021 r.

⁸ Procedura nr 02/EP postępowanie z odpadami medycznymi z 10 lutego 2020 r., zwana dalej: *Procedurą*.

⁹ Odpowiednio: rozporządzenie Ministra Klimatu z dnia 2 stycznia 2020 r. w sprawie katalogu odpadów (Dz. U. poz. 10), a poprzednio - rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 9 grudnia 2014 r. w sprawie katalogu odpadów (Dz. U. poz. 1923), zwanych dalej: *katalogiem odpadów*.

¹⁰ Pismo HŚ.541.3.2020 Głównego Inspektora Sanitarnego z 9 kwietnia 2020 r.

3. Szpital posiadał ważne do 31 grudnia 2025 r., wydane przez Prezydenta Miasta Chorzów pozwolenie¹¹ na wytwarzanie odpadów powstałych w wyniku prowadzonej działalności, w którym określono roczne limity wytwarzanych odpadów¹². W 2021 r. Szpital wytworzył o 1,94 Mg więcej odpadów o kodzie 18 01 03*, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W pozostałych latach Szpital mieścił się w limitach określonych w *Pozwoleniu*.

(akta kontroli str. 60)

W okresie objętym kontrolą *Pozwolenie* na wytwarzanie odpadów nie było aktualizowane.

(akta kontroli str. 215)

Obowiązujące w Szpitalu procedury postępowania z odpadami były zgodne z postanowieniami § 11 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi¹³ oraz *Pozwolenia*. W Szpitalu wyodrębniono zamykany magazyn odpadów medycznych i pozostałych odpadów, magazynowano je w pomieszczeniu o podłożu zmywalnym, wyposażonym w wagę, kontenery oznaczone właściwymi kodami, aneks sanitarny oraz stację do dezynfekcji pojemników. Magazyn nie był jednak klimatyzowany i nie zapewniał wymaganej przepisami temperatury, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 64)

Marszałek Województwa Śląskiego wpisał z urzędu Szpital do BDO¹⁴. Szpitala nie obowiązywało polecenie Wojewody dotyczące limitów wytwarzanych odpadów. W kontrolowanym okresie wnioski dotyczący rejestru podmiotów wprowadzających produkty w opakowaniach i gospodarujących odpadami był aktualizowany w związku z uzupełnieniem wykazu wytwarzanych odpadów w terminie wynikającym z art. 59 ustawy o odpadach.

(akta kontroli str. 4)

4. Szpital w poszczególnych latach okresu objętego kontrolą wytworzył:

- w 2019 r. łącznie 37,563 Mg odpadów, w tym odpadów zakaźnych: 0,002 Mg o kodzie 18 01 02*, 18,485 Mg o kodzie 18 01 03* i 7,656 Mg o kodzie 18 01 82*;
- w 2020 r. łącznie 43,737 Mg, w tym odpadów zakaźnych: 0,001 Mg o kodzie 18 01 02*, 26,098 Mg o kodzie 18 01 03* i 7,709 Mg o kodzie 18 01 82*;
- w 2021 łącznie 46,677 Mg, w tym odpadów zakaźnych: 0,008 Mg o kodzie 18 01 02*, 31,936 Mg o kodzie 18 01 03* i 5,649 Mg o kodzie 18 01 82*.

(akta kontroli str. 213-215)

Klasyfikacja odpadów w Szpitalu odbywała się zgodnie z obowiązującą w nim *Instrukcją klasyfikowania odpadów*, stanowiącą załącznik nr 4 do *Procedury*.

Odpady medyczne o kodach 18 01 02*, 18 01 03* i 18 01 82*, zwane były *odpadami zakaźnymi* i zgodnie z zawartą w tej procedurze definicją, były to odpady niebezpieczne, które zawierały żywe mikroorganizmy lub ich toksyny, o których wiadomo lub co do których istniały wiarygodne podstawy do przyjęcia, że wywoływały choroby zakaźne u ludzi lub innych żywych organizmów.

Odpady medyczne o kodach 18 01 06*, 18 01 08*, zwane były *odpadami specjalnymi* i były to odpady niebezpieczne, które zawierały substancje chemiczne, o których

¹¹ Decyzja OS-6221/9/D/2015/AK pozwolenie nr 6/2015 z 14 grudnia 2015 r. Zwane dalej: *Pozwoleniem*.

¹² Roczne limity wytwarzanych odpadów: 18 01 02*- 200 kg, 18 01 03*- 30 ton, 18 01 04 – 15 ton, a 18 01 82*- 18 ton.

¹³ Dz.U. z 2017 poz.1975, zwane dalej: *rozporządzeniem w sprawie odpadów medycznych*.

¹⁴ Pismo OS-RW.7245.1224/2018 z 23 kwietnia 2018 r.

wiadomo lub co do których istniały wiarygodne podstawy do sądzenia, że wywoływały choroby niezakaźne u ludzi lub innych żywych organizmów albo mogły być źródłem skażenia środowiska.

Odpady medyczne o kodach 18 01 01, 18 01 04, 18 01 07, 18 01 09, 18 01 81 – zwane *odpadami pozostałymi*, były to odpady medyczne nie posiadające właściwości niebezpiecznych.

Do odpadów komunalnych zaliczono następujące grupy odpadów: komunalne pochodzące z pomieszczeń administracyjnych zaplecza warsztatowego i służb technicznych, odpady bytowe z oddziałów szpitalnych, naczynia stołowe i sztucce jednorazowego użytku z oddziałów niezakaźnych, pokonsumpcyjne z oddziałów szpitalnych niezakaźnych.

(akta kontroli str. 26)

W latach 2019-2022 odpady komunalne stanowiły odpowiednio 2% odpadów ogółem w 2019 r., 5% w 2020 r. oraz 5% w 2021 r. Odpady medyczne w tych latach stanowiły odpowiednio 98% w 2019 r. oraz 95% w latach 2020-2021 r. Zakaźne odpady medyczne stanowiły w latach 2019-2022 98% odpadów medycznych. Odpady związane z SARS-CoV-2 stanowiły odpowiednio 42% odpadów ogółem w 2020 r. oraz 66% w 2021 r.).

(akta kontroli str. 132)

Szpital przekazywał odpady zakaźne konsorcjom firm wybranych w drodze zamówień publicznych, zajmujących się unieszkodliwianiem odpadów medycznych, w skład których każdorazowo wchodziła firma posiadająca uprawnienia do unieszkodliwiania odpadów medycznych w procesie termicznego przekształcania odpadów¹⁵. W okresie od 1 stycznia do września 2019 r. podmiot unieszkodliwiający zakaźne odpady medyczne, zgodnie z art. 95 ust. 4 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach¹⁶, wystawiał dokumenty potwierdzające unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych. Dokument ten był zgodny z wzorem dokumentu określonego w załączniku do rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 13 stycznia 2014 r. w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych¹⁷.

(akta kontroli str. 136-198)

Szpital prowadził na bieżąco ilościową i jakościową ewidencję odpadów, zgodnie z art. 66 i art. 67 *ustawy o odpadach*, z zastosowaniem Kart Przekazania Odpadów¹⁸ i Kart Ewidencji Odpadów¹⁹, w formie papierowej oraz za pośrednictwem BDO. W latach 2019-2020 Szpital, zgodnie z art. 70 ust. 1 *ustawy o odpadach*, na bieżąco prowadził KEO w formie papierowej, potwierdzając za ich pomocą dane o ilości wytworzonych odpadów, a od 2021 r. ewidencja ta prowadzona była wyłącznie za pośrednictwem systemu BDO. W wyniku sprawdzenia czterech losowo wybranych KPO stwierdzono, że odpady przekazane ww. kartami zostały prawidłowo wykazane w KEO oraz że zgadzał się numer karty, data przekazania, kod i masa odpadów. Sprawozdania o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami za 2020 i 2021 r. zostały złożone Marszałkowi Województwa Śląskiego w wymaganym terminie, tj. do dnia 15 marca za poprzedni rok kalendarzowy, zgodnie z art. 76 ust. 1 *ustawy o odpadach*. Sprawozdanie za 2019 r. wymagało korekty, co Szpital uczynił w wyznaczonym terminie.

¹⁵ Proces D10.

¹⁶ Dz. U. z 2021 r. poz. 779, ze zm., zwana dalej: *ustawą o odpadach*.

¹⁷ Dz. U. 2014, poz. 107.

¹⁸ Dalej zwana: KPO

¹⁹ Dalej zwana: KEO

(akta kontroli str. 199-210)

5. W Szpitalu odpady gromadzone były w miejscu ich wytworzenia²⁰ we właściwych pojemnikach²¹ lub workach. Następnie je zbierano i transportowano do zamkniętego na klucz magazynu odpadów. Stwierdzono jednak przypadek, że worek nie zawierał oznaczenia wytwórcy odpadów oraz godziny rozpoczęcia korzystania z worka oraz fakt, że na oddziale zakaźnym worki oznaczono późniejszą godziną rozpoczęcia korzystania z worka niż miało to miejsce, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 53-59)

Szpital - zgodnie z § 7 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi²² – posiadał magazyn odpadów. Pomieszczenie magazynowe posiadało niezależne wejście zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych za pomocą drzwi zamkniętych na klucz. Ściany i podłogi w nim wykonane były z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję. W pomieszczeniu znajdowały się zbiorcze pojemniki oznaczone właściwymi kodami, a także stanowisko dezynfekcji pojemników, lodówka²³ na odpady o kodzie 18 01 02* oraz waga. Pomieszczenie nie było klimatyzowane, a w dniu oględzin panowała w nim temperatura 22°C. Na workach zamkniętych trwale przy pomocy opasek zaciskowych znajdowały się nalepki, które nie były opatrzone godziną zamknięcia worka, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 53-59)

Szpital informował pacjentów i personel o procedurach postępowania z odpadami poprzez zamieszczanie tablic z informacjami o kodach oraz segregacji odpadów na każdym oddziale, w pokojach zabiegowych oraz poprzez oznaczenie odpowiednich pojemników na odpady właściwym dla pojemnika kodem i workiem. Ponadto, zgodnie z certyfikatem ISO²⁴, personel każdego oddziału miał do dyspozycji papierową wersję *Procedury* oraz dostęp do jej wersji elektronicznej w wewnętrznej sieci Szpitala.

(akta kontroli str. 215)

6. W okresie objętym kontrolą zorganizowano dwa postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na usługę odbioru, transportu i utylizacji odpadów niebezpiecznych w latach 2021-2022. W specyfikacjach istotnych warunkach zamówienia na ww. usługi, opracowanych do tych przetargów, Szpital wymagał zezwolenia na odbiór, transport i utylizację odpadów objętych postępowaniem. Wszyscy wykonawcy dysponowali specjalistycznymi samochodami, czynną spalarnią oraz przedstawili zezwolenie na odbiór, transport i unieszkodliwianie odpadów niebezpiecznych, w tym zakaźnych. Spalarnia, w której unieszkodliwiano odpady niebezpieczne, zlokalizowana była na obszarze województwa, na terenie którego zostały one wytworzone, zgodnie z zapisami ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo ochrony środowiska²⁵ oraz *ustawy o odpadach*. W latach 2019-2020 Szpital organizował zamówienie ww. usług w trybie pozaustawowym ze względu na wartość zamówienia poniżej progów ustalających konieczność zastosowania ustawy. Postępowania te zorganizowano

²⁰ Gabinety zabiegowe, sale szpitalne, pomieszczenia pracownicze, ciągi komunikacyjne itp.

²¹ Odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach były zbierane do pojemników pozostałe do kublów wyposażonych w worek.

²² Dz. U. poz. 1975, zwane dalej: *rozporządzeniem w sprawie odpadów*.

²³ Temperatura w lodówce nie przekraczała 10 stopni Celsjusza.

²⁴ ISO 20204/05/2020/J/R z 5 maja 2020 r., ważne do 5 maja 2023 r.

²⁵ Dz. U. 2020 poz. 1219 ze zm.

w oparciu o wewnętrzną procedurę zamówień do równowartości 30 tys. €. Ponadto, w marcu 2020 r. Szpital zawarł umowę²⁶ o wartości 58,3 tys. zł brutto w trybie art. 6 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych²⁷. Szpital zawarł w umowach zapisy dotyczące przejmowania odpowiedzialności za odpady z chwilą ich odebrania przez wykonawcę oraz wystawianie KPO.

(akta kontroli str. 79-93)

Szpital w okresie objętym kontrolą zawierał umowy na zagospodarowanie odpadów zakaźnych na okres od trzech do 12 miesięcy. W każdej z zawartych umów określono cenę za zagospodarowanie 1 kg odpadów, przy czym w okresie objętym kontrolą ceny za unieszkodliwianie odpadów o kodzie 18 01 03*, 18 01 82*, a także 18 01 02* wynosiły od 3,02 zł w 2019 r. do 5,00 zł w marcu 2022 r. (wzrost o 65% w stosunku do 2019 r.)

W latach 2019-2021 nie stwierdzono przypadków przekroczenia określonych w umowach limitów masy wytwarzanych i przekazanych do unieszkodliwienia odpadów.

(akta kontroli str. 78, 92, 94, 105, 112)

7. W latach 2019-2021 Szpital wydał na zagospodarowanie odpadów medycznych łącznie 547 383 zł, w tym 139 993 zł w 2019 r., 179 337 zł w 2020 r. oraz 228 053 zł w 2021 r. Suma wydana na zagospodarowanie odpadów zakaźnych wytworzonych w związku z leczeniem SARS-CoV-2 wyniosła łącznie 250 905 zł, z czego 76 037 zł (42%) w 2020 r. i 174 868 zł (77%) w 2021 r.

W zakresie wzrostu kosztów Dyrektor wyjaśnił, że za każdym razem, niezależnie od tego czy szacowana wartość zamówienia była niższa czy wyższa od 130 tys. zł netto, Szpital prowadził postępowanie w sprawie wyłonienia firm utylizujących odpady według zasad Prawa zamówień publicznych, w sposób otwarty dla wszystkich wykonawców. Dodał też, że *Szpital publikuje ogłoszenia odpowiednio albo na swojej stronie internetowej albo na stronie prowadzonego postępowania. Zawsze dostęp do tych dokumentów jak i możliwość wzięcia udziału ma każdy Wykonawca z terenu całego kraju. W zakresie ceny w złożonych ofertach Wykonawca kalkuluje ją samodzielnie w oparciu o przygotowaną dokumentację i Szpital jako Zamawiający nie ma żadnego wpływu na to jak się one ukształtują.*

(akta kontroli str. 132)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W 2021 r. Szpital przekroczył określony w *Pozwoleniu* limit wytwarzania odpadów dla kodu 18 01 03* o 1,94 Mg.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: *W pozwoleniu nr 6/2015 z dnia 14. grudnia 2015 r. Szpital może wytworzyć 30 Mg/rok o kodzie 18 01 03*, a szpital wytworzył o 1,94 Mg/rok więcej. Powodem zaistniałej sytuacji jest fakt, iż Szpital Specjalistyczny w Chorzowie od samego początku pandemii w sposób nieprzerwany prowadzi działania w zakresie leczenia pacjentów z COVID-19 i ta sytuacja w sposób bezpośredni przełożyła się również na okresowe zwiększenie ilości odpadów o kodzie 18 01 03*.*

Szpital zgodnie z pozwoleniem może wytworzyć 30 Mg/rok odpadów o kodzie 18 01 03 i wydawało się, że w obliczu zbliżającej się pandemii ta ilość jest

²⁶ Nr 281/03/2020/ZP z 13 marca 2021 r.

²⁷ Dz. U. z 2021 r. poz. 2095 ze zm.

wystarczająca, ponieważ w poprzednich latach (2018-2019) w Szpitalu było wytworzonych około 18 Mg/rok odpadów o kodzie 18 01 03*. Wygenerowany zapas wg dopuszczenia w dotychczasowym pozwoleniu w ilości 12 Mg/rok stanowił dodatkowe zabezpieczenie, jednak w rzeczywistości okazało się, że wytworzono więcej niż przewidywano i to spowodowało przekroczenie w ilości odpadów o kodzie 18 01 03*. W Szpitalu w szczytowym okresie pandemii było 99 łóżek covidowych ustalonych Decyzją Wojewody Śląskiego, a to wiąże się ze zwiększoną ilością personelu zajmującego się opieką nad pacjentem z COVID-19. Każdorazowo personel ubierał się w środki ochrony osobistej zgodnie z zaleceniami i wytycznymi dla personelu pracującego w strefie COVID. Ilość wykorzystanych jednorazowych środków ochrony osobistej i sprzętu jednorazowego przełożyła się na zwiększoną ilość odpadów o kodzie 18 01 03*. Przekroczenie wytworzonych ilości zakaźnych odpadów medycznych o kodzie 18 01 03* nie nastąpiło skokowo, tylko było zwiększane proporcjonalnie do wytworzonych ilości miesięcznych i wyniosło średnio w przeliczeniu 162 kg na miesiąc, a miesięcznie wytwarzanych odpadów o kodzie 18 01 03* było średnio 2661,7 kg. Szpital nie aktualizował pozwolenia, gdyż obecnie nastąpił spadek wytwarzanych odpadów o kodzie 18 01 03*. W sytuacji, kiedy będzie następował wzrost (widoczny, w co miesięcznych ilościach) odpadów o kodzie 18 01 03* Szpital podejmie działania zapobiegające przekroczeniu ilości wytwarzanych odpadów dopuszczonej aktualnym pozwoleniem lub Szpital wystąpi o zaktualizowanie pozwolenia. Szpital w zakresie odpadów zakaźnych medycznych przestrzegał zasad i procedur oraz stosował się do »Wytycznych Ministra Klimatu i Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie postępowania z odpadami wytwarzanymi w czasie występowania zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 i zachorowań na wywoływaną przez niego chorobę COVID-19«.

Najwyższa Izba Kontroli nie podziela argumentacji przedstawionej w powyższych wyjaśnieniach. Zdaniem NIK bowiem, wzrost ilości wytwarzanych odpadów był na tyle rozciągnięty w czasie, że widząc zachodzącą dynamikę wytwarzania odpadów, Dyrektor miał wystarczającą ilość czasu na podjęcie odpowiednich działań formalno-prawnych pozwalających na zmianę przyznaných Szpitalowi limitów w tym zakresie, a tym samym zapobieżenie ich przekroczeniu. Z tego względu, przekroczenie ww. limitu należy uznać za działanie niezgodne z *Pozwoleniem*, a niepodjęcie przez Dyrektora odpowiednich działań zapobiegawczych należy ocenić jako działanie nierzetelne.

(akta kontroli str. 317)

2. Na workach, w których gromadzono odpady medyczne, nie oznaczano godziny zamknięcia worka, co było niezgodne z § 3 *Procedury* oraz instrukcją stanowiskową dotyczącą segregacji odpadów medycznych. Instrukcja ta w punkcie czwartym wskazywała, że na każdym worku powinna znajdować się naklejka z datą i godziną otwarcia oraz zamknięcia worka.

Jak wyjaśnił Dyrektor: *Takie postępowanie było zawsze wymagane. Przyczyną zaniechania tej czynności doszukuję się w ostatnim okresie fali covid, kiedy Szpital miał duże obciążenie łóżek covidowych, ale również borykał się z problemami kadrowymi – zachorowania wśród personelu: kwarantanny/izolacje, z pewnością miały wpływ na znacznie zwiększony zakres prac dla poszczególnych pracowników i mogły się przyczynić do ww. zaniechań. Jednocześnie pragnę nadmienić, iż w celu przywrócenia prawidłowego funkcjonowania zasady wg *Procedury Nr 02 EP »Postępowanie z odpadami medycznymi«*, w której jest opisane, jak trwale oznaczyć pojemnik i/lub worek z odpadami medycznymi – wprowadzono obowiązek odbycia szkolenia przypominającego w terminie niezwłocznym. Szpital ma naklejki opisane widocznym kodem odpadów w nich przechowywanych, a także oznaczenie siedziby wytwórcy odpadu (adresu zamieszkania) oraz daty otwarcia i zamknięcia worka.*

W obecnym czasie wprowadzono szkolenie przypominające, pierwsze zaplanowano na 30 marca. Okres magazynowania odpadów wynika z daty ich powstania /gromadzenia w magazynie szpitalnym i wg tej daty ustalane są odbiory dla firmy zewnętrznej. W Szpitalu Specjalistycznym w Chorzowie są to dni: poniedziałek, środa i piątek.

Ponadto, w jednym przypadku stwierdzono korzystanie z worka na odpady przed wpisaną godziną rozpoczęcia korzystania z worka. Dyrektor wyjaśnił, że: *Szpital ma naklejki opisane widocznym kodem odpadów w nich przechowywanych, a także oznaczenie siedziby wytwórcy odpadu (adresu zamieszkania) oraz daty otwarcia i zamknięcia worka. Ww. opis na worku wynika z błędu personelu. Sytuacja została zgłoszona do właściwych osób celem poprawy, a temat został uwzględniony w szkoleniu przypominającym kierowanym do właściwego personelu.*

(akta kontroli str. 53-59,298-311)

W ocenie NIK, powyższe wyjaśnienia nie odnoszą się do przyczyn opisanego wyżej nieprzestrzegania obowiązujących w Szpitalu zasad obchodzenia się z odpadami medycznymi oraz wskazują na potrzebę podjęcia działań mających na celu zwiększenie wiedzy personelu na ten temat oraz skuteczniejszego nadzoru nad przestrzeganiem przyjętych w Szpitalu procedur.

3. W magazynie odpadów panowała temperatura 22°C, co było niezgodne z § 8 pkt 2 rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych oraz § 5 pkt 3 *Procedury*, zgodnie z którym temperatura w magazynie odpadów nie powinna być wyższa niż 18°C.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: *Magazynowanie odpadów medycznych o kodzie 18 01 02* jest zgodne z procedurą, bo dla tego kodu w magazynie jest lodówka z termometrem, która mieści ilości wytwarzanych w szpitalu o tym kodzie odpadów. Odpady o kodach 18 01 03* są magazynowane w temperaturze do 18 stopni, tak jak wymagają tego przepisy. Zauważyć należy, że wchodzeniu do pomieszczenia i utrzymaniu otwartych drzwi wejściowych (odbiór odpadów z oddziałów i wydawanie odpadów firmie zewnętrznej) temperatura ulega nieznacznemu podwyższeniu ze względu na przepływ cieplejszego powietrza z sąsiadującym pomieszczeniem, co skutkuje nieznacznym wzrostem temperatury jaki wykazał termometr. Dodatkowo informuje, iż odpady o kodzie 18 01 02* przechowywane są zgodnie z procedurą w lodówce w temperaturze do 10° C.*

W tym zakresie wyjaśnień udzielił także Kierownik Sekcji ds. Infrastruktury i Rozwoju, który wskazał, że: *W magazynie odpadów medycznych Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie, który zlokalizowany jest w piwnicy budynku C funkcjonuje system wentylacji mechanicznej. Dotychczas nie zgłaszano problemów ze zbyt wysoką temperaturą powietrza w magazynie. Jednak zważywszy na wskazany w ww. piśmie pomiar oraz wzięwszy pod uwagę potrzebę zapewnienia dla tego typu pomieszczeń temperatury na poziomie max 18° C lub max. 10° w przypadku przechowywania niektórych innych odpadów medycznych wykonany zostanie system klimatyzacji zapewniający spełnienie powyższego wymogu.*

NIK nie podziela przedstawionej przez Dyrektora argumentacji, gdyż Szpital powinien zapewnić w pomieszczeniu magazynowym taką temperaturę, aby przy jego normalnym użytkowaniu, uwzględniając zmiany temperatury związane z wejściem do tego pomieszczenia i wyjściem z niego, temperatura tam panująca nigdy nie przekraczała poziomu wskazanego w ww. rozporządzeniu.

(akta kontroli str. 53-59,298-311)

4. Personel na oddziale zakaźnym korzystał z czerwonego worka na zakaźne odpady medyczne niezgodnie z zasadami bezpieczeństwa obowiązującymi przy pracy

z odpadami medycznymi. Stwierdzono bowiem, że worka tego nie oznaczono właściwą naklejką oraz że został on przywiązany do wózka transportowego. Zgodnie z § 3 pkt 2 i 3 *Procedury* worki na odpady medyczne zakaźne należało umieszczać na stelażach lub kubłach z pokrywami, a każdy worek powinien być oznakowany nazwą odpadów, kodem, nazwą jednostki organizacyjnej z której pochodzą.

Dyrektor wyjaśnił, że stwierdzona sytuacja miała miejsce w momencie, kiedy personel przeliczał opakowania leków i do gromadzenia zbędnych opakowań błędnie użyty został worek czerwony, zamiast niebieskiego. Dodał, że na oddziale znajduje się stelaż na worki czerwone, zaś personel przy tego typu czynności powinien użyć koszyczka. Stwierdził też, że: *Sytuacja została zgłoszona do właściwych osób celem poprawy, a temat został uwzględniony w szkoleniu przypominającym kierowanym do właściwego personelu.*

W ocenie NIK przedstawiona przez Dyrektora argumentacja nie usprawiedliwia stosowania przez personel niewłaściwych worków oraz wskazuje, że zapisy *Procedury* dotyczące odpadów medycznych zakaźnych, nie były na terenie Szpitala w pełni przestrzegane.

(akta kontroli str. 53-59,313)

IV. Uwagi i wnioski

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

Uwaga przypadek przekroczenia w 2021 r. określonego w *Pozwoleniu* limitu odpadów, wskazuje, zdaniem NIK, na potrzebę przeanalizowania ilości wytwarzanych przez Szpital odpadów medycznych pod kątem ewentualnego wystąpienia do Prezydenta Miasta Chorzowa o aktualizację *Pozwolenia* w zakresie limitów wytwarzanych odpadów,

oraz wnosi o:

- Wnioski
1. Dokonanie analizy obowiązującej na terenie Szpitala *Procedury* pod kątem stosowania właściwych worków na odpady i ich oznakowania.
 2. Przeprowadzenie szkolenia pracowników oraz zwiększenie nadzoru w zakresie przestrzegania zasad postępowania z odpadami medycznymi, w tym zakaźnymi, ze szczególnym uwzględnieniem właściwego stosowania i oznaczania worków na odpady.
 3. Podjęcie działań mających na celu zapewnienie właściwej temperatury w magazynie odpadów medycznych, zgodnie z wymogami określonymi w *Pozwoleniu*.

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 Katowicach. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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

Katowice, dnia 10 maja 2022 r.

Kontroler

Piotr Jużków

St. inspektor kontroli państwowej

**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach**

.....