



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO.410.006.03.2022

Krzysztof Zarychta
Dyrektor
Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala
im. dr Wł. Biegańskiego
ul. Kniaziewiczza 1/5
91-347 Łódź

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/22/39 - Postępowanie z zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym odpadami wytworzonymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego ¹ , ul. Kniaziewiczza 1/5, 91-347 Łódź
Kierownik jednostki kontrolowanej	Krzysztof Zarychta, Dyrektor Szpitala od dnia 1 września 2019 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: <ul style="list-style-type: none">– Elżbieta Szklarek, Dyrektor Szpitala w okresie od 18 lipca 2016 r. do 30 czerwca 2019 r.,– Andrzej Adamkiewicz, p.o. Dyrektora Szpitala w okresie od 1 lipca 2019 r. do 31 sierpnia 2019 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Postępowanie z wytwarzanymi zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym wytworzonymi 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 Łodzi
Kontroler	Agnieszka Tomalska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLO/55/2022 z 25 marca 2022 r. <p style="text-align: right;">(akta kontroli str. 1-3)</p>

¹ Dalej: „Szpital”.

² Dz. U. z 2022 r. poz. 623 (dalej: „ustawa o NIK”).

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

W latach 2019-2022 w Szpitalu podjęto działania w celu prawidłowej organizacji procesu postępowania z wytwarzanymi zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym wytworzonymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Wyznaczono komórki organizacyjne odpowiedzialne za właściwe postępowanie z odpadami oraz sprawowanie nadzoru nad tym procesem. Obowiązujące procedury postępowania z odpadami były aktualne i obejmowały również zasady postępowania w okresie pandemii COVID-19, a pracownicy Szpitala zostali z nimi zapoznani.

Szpital został zarejestrowany w bazie danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami (dalej: BDO), jednak aktualizacji danych rejestracyjnych w tym systemie dokonywano z opóźnieniem.

Z uwagi na profil działalności Szpitala (szpital zakaźny, a w okresie pandemii przekształcony w jednoimienny), zakaźne odpady medyczne stanowiły od 80,3% (w 2020 r.) do 100% (w 2021 r. i I kwartale 2022 r.) masy wytworzonych w tych okresach odpadów zakaźnych.

Klasyfikacji odpadów dokonywano na podstawie rozporządzenia Ministra Klimatu z dnia 2 stycznia 2020 r. w sprawie katalogu odpadów⁴, a prawidłowość segregacji odpadów oraz postępowania z odpadami medycznymi weryfikowano podczas cyklicznych kontroli wewnętrznych.

Prowadzona w szpitalu ewidencja odpadów medycznych zawierała wszystkie wymagane elementy, jednak prowadzona była z naruszeniem art. 66 ust. 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach⁵, bowiem nie odzwierciedlała masy odpadów zalegających - w trakcie pandemii COVID-19 - w magazynie.

Sporządzane w Szpitalu roczne sprawozdania o wytwarzanych odpadach i gospodarowaniu odpadami terminowo przekazywano do Urzędu Marszałkowskiego w Łodzi.

Postępowanie z odpadami medycznymi, co do zasady, zgodne było z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi⁶. Odpady te były gromadzone i segregowane w miejscu powstawania, transportowane do funkcjonującego w Szpitalu magazynu odpadów medycznych w workach, w kolorach odpowiednich do ich rodzaju i w większości przypadków prawidłowo oznaczonych. Jednak worki te nie były zamykane w sposób określony w § 3 ust. 1 ww. rozporządzenia, a na części z nich nie wskazano godziny otwarcia lub daty i godziny zamknięcia, co stanowiło naruszenie § 6 ust. 1 pkt 6 ww. rozporządzenia oraz pkt 4.1 i 4.2 wewnętrznej procedury QP-8.1/E „Postępowanie z odpadami medycznymi”. Ponadto w trakcie kontroli, stwierdzono pozostawiony bez nadzoru, niezabezpieczony worek koloru czerwonego z odpadami (bez oznaczenia miejsca powstania) co, w sytuacji prowadzenia w Szpitalu oddziałów chorób zakaźnych, mogło stanowić bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia ludzkiego.

Postępowania w sprawie wyboru wykonawców usług w zakresie odbioru, transportu i zagospodarowania odpadów były zgodne z przepisami, a stwierdzone błędy formalne nie miały wpływu na prawidłowość wyboru wykonawcy.

Koszty odbioru odpadów z działalności medycznej ogółem wynosiły 4.039,6 tys. zł, stanowiły 90,1% łącznej kwoty kosztów odbioru odpadów i – z uwagi na zakaźny profil Szpitala - niemal w całości (99,97%) dotyczyły zakaźnych odpadów medycznych. Z uwagi na przekształcenie Szpitala podczas pandemii w szpital jednoimienny,

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

⁴ Dz.U. z 2020 r. poz. 10, dalej: „rozporządzenie w sprawie katalogu odpadów”.

⁵ Dz.U. z 2021 r. poz. 779, ze zm., dalej: „ustawa o odpadach”.

⁶ Dz. U. poz. 1975, dalej: „rozporządzenie w sprawie postępowania z odpadami medycznymi”.

w latach 2020-2022 (I kwartał) koszty odpadów wytworzonych w związku z leczeniem pacjentów zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2 wyniosły 3.522,4 tys. zł i stanowiły odpowiednio: 80,3% (w 2020 r.) oraz po 100% (w 2021 r. i I kwartale 2022 r.) kosztów odbioru zakaźnych odpadów medycznych w poszczególnych latach tego okresu. Najwyższa Izba Kontroli wskazuje przy tym na dynamiczny, wynoszący 386%, wzrost kosztów odbioru i unieszkodliwienia odpadów medycznych w 2021 r. Główną przyczyną tego zjawiska był wzrost kosztu usługi za 1 kg, ustalanego przez jedyną na terenie woj. łódzkiego firmę posiadającą uprawnienia do odbioru i unieszkodliwienia odpadów medycznych, przy jednoczesnym, intensywnym wzroście liczby udzielanych świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów z COVID-19 oraz konieczności zachowania zasady bliskości, o której mowa w art. 20 ustawy o odpadach.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. Zadania związane z postępowaniem z odpadami, w tym zakaźnymi odpadami medycznymi oraz sprawowaniem nadzoru nad tym procesem, określono w obowiązujących w okresie objętym kontrolą następujących dokumentach: Regulaminie Organizacyjnym Szpitala⁷, zakresach czynności, procedurach dotyczących postępowania z odpadami⁸ oraz w umowach zawartych z firmami zewnętrznymi na świadczenie usług żywienia pacjentów i utrzymania czystości. W latach 2019 - 2022 w realizację tych zadań zaangażowanych było łącznie osiem osób (na dzień 31 maja 2022 r. sześć⁹), w tym trzy z tytułu pełnionych funkcji kierowniczych.

Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym, obsługę magazynów odpadów¹⁰ przypisano do zadań Działu Technicznego Szpitala, a nadzór nad gospodarką odpadami Szpitala – do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Techniczno-Administracyjnych.

Za prowadzenie spraw związanych z odpadami medycznymi i niebezpiecznymi odpowiedzialny był St. Inspektor ds. ochrony środowiska, zatrudniony w Dziale Technicznym. Do jego zadań należało m.in. kontrolowanie zabezpieczeń miejsca składowania ww. odpadów i nadzór nad bezpiecznym ich usuwaniem z terenu Szpitala.

Za odbiór wytwarzanych w Szpitalu odpadów z miejsc wytwarzania (oddziałów), przygotowanie do transportu i za transport wewnętrzny odpadów do magazynu odpadów medycznych lub magazynu odpadów komunalnych, odpowiedzialni byli wyznaczeni pracownicy firm świadczących usługi: żywienia (w przypadku pozostałości z żywienia pacjentów) i sprzątnięcia (w przypadku pozostałych rodzajów odpadów), a za prawidłowe przekazanie odpadów do przetworzenia – dwóch pracowników gospodarczych Działu Technicznego Szpitala.

Dodatkowo, za bieżący nadzór nad warunkami sanitarno-higienicznymi w oddziałach (obejmujący również gospodarkę odpadami) odpowiedzialne były Pielęgniarki

⁷ Wprowadzonego zarządzeniami wewnętrznymi Dyrektora Szpitala: Nr 91/2017 z dnia 28 listopada 2017 r. ze zm. oraz Nr 10/2020 z dnia 17 lutego 2020 r. ze zm.

⁸ Procedura QP-21/O „Zasady Gospodarki Odpadami”, Procedura QP-8.1/E „Postępowanie z odpadami medycznymi”, Procedura QP-06/O „Tryb i zasady żywienia pacjentów hospitalizowanych”, Procedura QP-19.1/E „Postępowanie z pacjentem przyjmowanym do Szpitala lub Przychodni Specjalistycznej w okresie pandemii SARS-CoV-2”.

⁹ Jeden z pracowników gospodarczych był zatrudniony do 15 maja 2019 r., a jeden do 28 lipca 2020 r.

¹⁰ Od dnia 1 marca 2019 r.

CP

Oddziałowe/Koordynujące, natomiast do sprawowania nadzoru nad przestrzeganiem procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami oraz do sprawowania nadzoru epidemiologicznego nad pracą zewnętrznych firm działających na terenie Szpitala zobowiązana była Sekcja ds. Zakażeń Szpitalnych.

(akta kontroli str. 4-76, 146-178)

Spośród ww. pracowników, tylko jeden (St. Inspektor ds. ochrony środowiska), bezpośrednio nadzorujący postępowanie z odpadami w Szpitalu, posiadał wykształcenie zgodne z profilem zatrudnienia (mgr inż. ochrony środowiska w zakresie ochrony zasobów naturalnych) i odbył (w 2012 r.) szkolenie w zakresie gospodarowania odpadami.

Jak wynika z wyjaśnień Dyrektora Szpitala, w trakcie pandemii szkolenia zewnętrzne były dostępne w stopniu ograniczonym, jednak w okresie wcześniejszym ww. pracownicy brali udział w szkoleniach wewnętrznych oraz szkoleniach stanowiskowych. Ponadto St. Inspektor ds. ochrony środowiska, w trakcie przygotowania do certyfikacji akredytacyjnej, objęty był szkoleniem m.in. z zakresu gospodarki odpadami oraz posiada dostęp do prenumeraty aktualizowanego w okresach kwartalnych opracowania „Teczka wymagań sanitarnych wraz z procedurami zapobiegającymi zakażeniom”. Opracowanie to zawiera m.in. aktualną wiedzę z zakresu gospodarki odpadami i udostępniane jest Działowi Technicznemu celem samokształcenia.

Zdaniem Dyrektora Szpitala, kompetencje personelu w przedmiotowym zakresie były adekwatne do powierzonych obowiązków, a żadna kontrola zewnętrzna nie wykazała uchybień w zakresie postępowania z odpadami medycznymi.

(akta kontroli str. 54-55, 1419-1426)

2. W zakresie dotyczącym postępowania z odpadami, w ramach Zintegrowanego Systemu Zarządzania, w Szpitalu obowiązywały procedury:

- a) „Zasady Gospodarki Odpadami”¹¹, określające rodzaje odpadów wytwarzanych w Szpitalu¹² oraz tryb postępowania z odpadami wg rodzajów, w tym gromadzonych selektywnie oraz zasady postępowania w magazynie odpadów medycznych (m.in. procedurę mycia i dezynfekcji pomieszczeń przez pracowników firmy świadczącej usługę sprzątnia, maksymalną wysokość temperatury w pomieszczeniu, sposób zabezpieczenia pracownika ważącego i przekazującego worki z odpadami do unieszkodliwienia). W zakresie medycznych odpadów specjalnych, procedura szczegółowo określała sposób postępowania z odpadami o kodach: 18 01 06* i 18 01 09¹³, a w przypadku

¹¹ Procedura QP-21/O, wydanie V, obowiązująca od 31 maja 2018 r.

¹² W tym:

- medyczne odpady zakaźne (o kodach: 18 01 02* - części ciała i organy oraz pojemniki na krew, worki i aparaty po przetoczeniu preparatów krwi, 18 01 03* - odpady medyczne zakaźne – ostre, inny materiał mogący zawierać żywe mikroorganizmy lub ich toksyny, 18 01 82* - pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych),
- medyczne odpady specjalne (o kodach: 18 01 06* - chemikalia, w tym odczynniki chemiczne zawierające substancje niebezpieczne, 18 01 08* - leki cytotoksyczne i cytostatyczne, 18 01 09 – leki inne niż wymienione w 19 01 08),
- medyczne odpady nieposiadające właściwości niebezpiecznych oraz pozostałości z żywienia pacjentów niezakaźnych (kod 18 01 04),
- odpady pozostałe (20 03 01 – odpady komunalne niesegregowane, 15 01 01 – opakowania z papieru i tektury, 15 01 02 – opakowania z tworzyw sztucznych, 15 01 07 – opakowania ze szkła, 16 06 04 – baterie alkaliczne (z wyłączeniem 16 06 03), 16 80 01 – magnetyczne i optyczne nośniki informacji, 16 02 13 – zużyte urządzenia zawierające niebezpieczne elementy (np. jarzeniówki), 17 01 07 – zmieszane odpady z betonu, gruzu ceglanego, materiałów ceramicznych i elementów wyposażenia inne niż wymienione w 17 01 06 (zawierające substancje niebezpieczne), 17 04 07 – mieszaniny metali).

¹³ Odpowiednio:

- odpady o kodzie 18 01 06* - odbierane są z Działu Diagnostyki Laboratoryjnej przez pracowników gospodarczych Szpitala i dostarczane do magazynu odpadów niebezpiecznych, skąd przekazywane są firmie zewnętrznej; wszystkie pojemniki muszą być oznaczone kodem odpadu;

odpadów o kodach: 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 82*, 18 01 04, 18 01 08* odsyłała do procedury QP-8.1/E.

Do pełnienia nadzoru nad prawidłowością i skutecznością funkcjonowania procedury zostali zobowiązani: Pielęgniarka Naczelna i kierownicy komórek organizacyjnych – odpowiedzialni za właściwe przeprowadzenie procesu zbierania i przekazywania odpadów do miejsc ich magazynowania na terenie Szpitala, Kierownik Apteki – odpowiedzialny za właściwe magazynowanie i unieszkodliwienie środków odurzających, St. Inspektor ds. ochrony środowiska – odpowiedzialny za prawidłowe gromadzenie odpadów oraz współpracę z firmami zewnętrznymi świadczącymi usługi w zakresie odbioru odpadów.

b) „Postępowanie z odpadami medycznymi”¹⁴, określająca tryb postępowania podczas: gromadzenia, odbierania z miejsc wytworzenia, oznaczania, transportu do magazynu odpadów medycznych lub magazynu odpadów komunalnych i przekazywania firmie zajmującej się unieszkodliwieniem w odniesieniu do powstających na terenie Szpitala:

- medycznych odpadów zakaźnych o kodach: 18 01 02*, 18 01 03* oraz innych materiałów mogących zawierać żywe mikroorganizmy lub ich toksyny,
- pozostałości z żywienia pacjentów, w tym z oddziałów: zakaźnych (18 01 82*) i pozostałych (18 01 04),
- odpadów niebezpiecznych niezakaźnych - leków cytotoksycznych i cytostatycznych (18 01 08*),
- pozostałych odpadów medycznych nieposiadających właściwości niebezpiecznych (18 01 04).

Zgodnie z ww. procedurą oraz treścią zawartych umów, za przygotowanie do transportu i za transport wewnętrzny odpadów wytwarzanych w Szpitalu do magazynu odpadów medycznych lub magazynu odpadów komunalnych, odpowiedzialni byli wyznaczeni pracownicy firm świadczących usługi: żywienia (w przypadku pozostałości z żywienia pacjentów) i sprzątnięcia (w przypadku pozostałych rodzajów odpadów), a za prawidłowe przekazanie odpadów do przetworzenia – wyznaczony pracownik Działu Technicznego Szpitala.

Nadzór nad przestrzeganiem zapisów ww. procedury pełniła Sekcja ds. Zakażeń Szpitalnych, a odpowiedzialność za prawidłowe jej stosowanie, zapoznanie podległego personelu z jej wymogami i sprawowanie nadzoru nad ich przestrzeganiem, przypisano: ordynatorom/ pielęgniarkom oddziałowym/ kierownikom.

c) „Tryb i zasady żywienia pacjentów hospitalizowanych”¹⁵ – dla poszczególnych pacjentów posiłki pakowane miały być w jednorazowe pojemniki, a odpady pokonsumpcyjne odbierane przez pracowników firmy zewnętrznej i gromadzone w workach opisanych w sposób określony w procedurze.

Do pełnienia nadzoru nad prawidłowością i skutecznością funkcjonowania procedury została zobowiązana Pielęgniarka Naczelna.

Ponadto w związku z ogłoszonym stanem pandemii, z dniem 2 marca 2020 r. wdrożona została procedura „Postępowanie z pacjentem przyjmowanym do Szpitala lub Przychodni Specjalistycznej w okresie pandemii SARS-CoV-2”¹⁶. Określała ona m.in. sposób postępowania z odpadami (wszystkie odpady miały status odpadów

– odpady o kodzie 18 01 09: przeterminowane środki odurzające przekazywane są do Apteki Szpitala, która przekazuje je do unieszkodliwienia z zachowaniem zasad wynikających z prawa farmaceutycznego; leki pozostałe – przeterminowane oraz nieużyte w całości umieszczane są w worku koloru czerwonego; protokół zniszczenia sporządzany zgodnie z zasadami określonymi w Receptariuszu.

¹⁴ Procedura QP-8.1/E, wydanie IV, obowiązująca od 26 lutego 2018 r.

¹⁵ Procedura QP-06/O, wydanie III obowiązujące od 20 marca 2017 r., wydanie IV obowiązujące od 21 października 2019 r. i wydanie V obowiązujące od 1 marca 2020 r.

¹⁶ Procedura QP-19.1/E.

GP

medycznych), zasady ich gromadzenia (w dwóch jednorazowych workach koloru czerwonego¹⁷ lub w czerwonym sztywnym pojemniku¹⁸), oznakowania (etykieta zgodna z procedurą QP-8.1/E) i poziom zapelnienia.

Procedura zakładała brak segregacji odpadów na komunalne i medyczne w oddziałach zakaźnych i przekształconych w zakaźne.

Za zapoznanie z procedurą podległego personelu i bieżący nadzór nad ich przestrzeganiem odpowiedzialni byli Ordynatorzy/ Pielęgniarki Oddziałowe/ Kierownicy. Nadzór na wykonywaniem procedury pełnić miała Sekcja ds. Zakażeń Szpitalnych.

(akta kontroli str. 77-87, 108-126)

Na przykładzie procedur: Postępowania z odpadami medycznymi (QP-8.1/E) i Postępowania z pacjentem przyjmowanym do Szpitala lub Przychodni Specjalistycznej w okresie pandemii SARS-CoV-2 (QP-19.1/E) ustalono, że pracownicy poszczególnych oddziałów szpitalnych pisemnie potwierdzili fakt zapoznania się z ich poszczególnymi wydaniem.

(akta kontroli str. 88-107, 127-139, 145)

Opracowana przez St. Inspektora ds. ochrony środowiska, wspólnie ze specjalistą ds. BHP Szpitala, „Instrukcja bezpiecznego i higienicznego postępowania z odpadami medycznymi w magazynie odpadów medycznych” określała m.in. zasady wydawania, w tym ważenia odpadów medycznych, zgłaszania firmie sprzątającej konieczności mycia i dezynfekcji pomieszczenia magazynu, procedurę postępowania w przypadku uszkodzenia worka lub zakłucia/skaleczenia jego zawartością. W instrukcji wskazano dwóch pracowników Działu Technicznego, bezpośrednio odpowiedzialnych za ważenie i oddawanie odpadów do unieszkodliwienia, którzy podpisem potwierdzili zapoznanie się z ww. Instrukcją.

(akta kontroli str. 140)

Prawidłowość segregacji odpadów oraz postępowania z odpadami medycznymi weryfikowano podczas cyklicznych kontroli wewnętrznych przeprowadzanych przez pracowników Sekcji ds. Zakażeń Szpitalnych oraz St. Inspektora ds. ochrony środowiska.

Pracownicy Sekcji ds. Zakażeń przeprowadzili po dwie kontrole w każdym roku w latach 2019-2021 oraz w I półroczu 2022 r. w wybranych oddziałach szpitalnych, w tym zakaźnych. W trakcie kontroli przeprowadzonych w latach 2020 i 2021 poddawano ocenie m.in. stan przygotowania pomieszczeń oddziałów do hospitalizacji pacjentów z podejrzeniem i potwierdzeniem zakażenia SARS-CoV-2. Żadna z ww. kontroli nie wykazała nieprawidłowości.

Ponadto w okresie objętym kontrolą (do 20 kwietnia 2022 r.) Pielęgniarka epidemiologiczna Szpitala przeprowadziła 112 kontroli stanu sanitarno-epidemiologicznego, obejmując nimi m.in. poprawność stosowania w poszczególnych oddziałach procedur dotyczących odpadów medycznych. Stwierdzane nieprawidłowości, dotyczące m.in. oznakowania worków z odpadami medycznymi, niewystarczającej ilości worków na odpady medyczne, czy przypadków nieprawidłowej segregacji odpadów (umieszczenia odpadów komunalnych w koszu na odpady medyczne) odnotowywane były – wraz z zaleceniami - w protokołach kontroli i eliminowane na bieżąco.

W ramach sprawowanego nadzoru, St. Inspektor ds. ochrony środowiska weryfikował na bieżąco (1-2 razy dziennie w dni robocze) stan pomieszczeń magazynu odpadów

¹⁷ W tym środki ochrony osobistej (fartuch ochronny barierowy/kombinezon, bluza i spodnie jednorazowego użytku, czapkę ochronną osłaniającą całą głowę oraz szyję, okulary ochronne/przyłbicę, rękawice jednorazowego użytku z długim mankietem, maskę szczelnie przykrywającą usta i nos N-95/FFP 3/FFP 3, ochraniacze na obuwie), jednorazowy sprzęt medyczny i pielęgnacyjny, bieliznę pościelową jednorazowego użytku, naczynia i sztucce jednorazowego użytku,

¹⁸ Przedmioty mające bezpośredni kontakt z pacjentem, w tym prześcieradło z leżanki, szpatulki, itp.

medycznych, a dwa razy w miesiącu, przeprowadzał szczegółową kontrolę magazynu w zakresie: jego stanu i czystości ogólnej (podłogi, ściany), temperatury, prawidłowości dezynfekcji i stosowanych środków, poprawności zamknięcia i oznakowania zgromadzonych worków z odpadami, wyposażenia stanowiska do mycia i dezynfekcji. W latach 2019-2022 (do 19 maja 2022 r.) przeprowadzono 59 takich kontroli. Stwierdzone nieprawidłowości, dotyczące m.in. przypadków przepełnienia magazynu, pęknięcia worków czy zabrudzonej lub niedokładnie umytej podłogi po transporcie odpadów odnotowywane były – wraz z zaleceniami – w protokołach kontroli, a w przypadku możliwości bieżącego ich usunięcia – niezwłocznie eliminowane.

(akta kontroli str. 179-208, 233-246)

W związku z kontrolą NIK, w dniu 4 maja 2022 r. Pielęgniarka Epidemiologiczna Szpitala - Kierownik Sekcji ds. Zakażeń Szpitalnych, przeprowadziła w czterech oddziałach szpitalnych i Przychodni Specjalistycznej¹⁹ kontrolę prawidłowości umieszczenia i oznakowania worków na odpady medyczne w ramach przestrzegania procedury QP-8.1/E „Postępowanie z odpadami medycznymi”.

Odpady medyczne we wszystkich ww. miejscach gromadzone były w workach polietylenowych koloru czerwonego, umieszczonych w wyznaczonych w tym celu miejscach, na stelażach z klapą otwieraną bezdotykowo (pedał) lub wózkach zabiegowych, oznaczone nazwą Szpitala, kodem komórki organizacyjnej, kodem odpadu, datą (3 i 4 maja 2022 r.) oraz – w czterech przypadkach²⁰ – godziną otwarcia/założenia worka. W żadnej z lokalizacji nie stwierdzono przepełnionego worka.

(akta kontroli str. 790-800)

3. W okresie objętym kontrolą Szpital nie posiadał aktualnych pozwoleń na wytwarzanie odpadów. Ostatnia posiadana przez Szpital decyzja w tym zakresie²¹ wygasła z dniem 21 września 2017 r. i w związku z wejściem w życie ustawy o odpadach, Szpital nie był zobowiązany do uzyskania kolejnego pozwolenia.

W dniu 29 października 2019 r. Szpital został zarejestrowany w BDO²².

W związku z uruchomieniem i wygaszeniem Szpitala Tymczasowego, Izolatorium oraz punktów szczepień, Szpital aktualizował dane ujęte w BDO.

Spośród ww. pięciu aktualizacji, jedna została przeprowadzona z zachowaniem terminu określonego w art. 59 ust. 1 pkt 2 ustawy o odpadach, a cztery z opóźnieniem w stosunku do terminu określonego w ww. przepisie, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 370-457)

Uprawnienia do obsługi BDO w okresie objętym kontrolą miało dwóch pracowników Szpitala (od czerwca 2022 r. - trzech²³), z których tylko jeden (St. Inspektor ds. ochrony środowiska) prowadził w systemie obsługę kart odbioru odpadów. Karty te sporządzane były dla każdego miejsca wytwarzania odpadów.

(akta kontroli str. 1405-1418, 1423, 1425)

¹⁹ Kontrolę przeprowadzono w ośmiu lokalizacjach, obejmujących: 1) Izbę Przyjęć Centralną Zakaźną, 2) Oddział Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Pasożytniczych dla Dorosłych Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii UM: umiejscowiony w budynku F oraz Gabinet Zabiegowy zlokalizowany w Pawilonie C, 3) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – Sala A, Śluza dla Odwiedzających, 4) Oddział Chorób Zakaźnych i Przewodu Pokarmowego Klinika Chorób Zakaźnych i Chorób Wątroby UM, 5) Przychodnię Specjalistyczną: Punkt Szczepień, Gabinet zabiegowy w części Poradni nabytych zaburzeń odporności (Poradnia WZW) oraz Gabinet zabiegowy Przychodni.

²⁰ Lokalizacje: Izba Przyjęć Centralna Zakaźna (4.05.2022 r. godz. 7:00); Oddział Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Pasożytniczych dla Dorosłych Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii UM; Odcinek C Parter (4.05.2022, godz. 7:40); Gabinet zabiegowy w części Poradni nabytych zaburzeń odporności - Poradnia WZW (4.05.2022; godz. 12:00) oraz Gabinet zabiegowy Przychodni Specjalistycznej (4.05.2022, godz. 12:15).

²¹ Decyzja Prezydenta Miasta Łodzi nr OSR-III-76610p/3/01/07 z dnia 21 września 2007 r.

²² Zawiadomienie nr RŚIII.7245.6971.2019.SA z dnia 28 października 2019 r.

²³ W czerwcu 2022 r., tj. trakcie kontroli NIK, kierownikowi Działu Technicznego zostały nadane uprawnienia do obsługi BDO, m.in. w zakresie wystawiania i zatwierdzania kart odbioru odpadów.

Stwierdzono przypadki zatwierdzania kart odbioru odpadów podczas nieobecności St. Inspektora ds. ochrony środowiska, w tym w dniach wolnych od pracy oraz poza godzinami pracy pracowników gospodarczych, wyznaczonych do obsługi magazynu odpadów medycznych, a także w tych samych godzinach co transport i przejęcie odpadów.

Zgodnie z treścią wyjaśnień i Instrukcji użytkownika BDO, system umożliwiał wypełnienie w systemie karty odbioru odpadów planując ich przekazanie do 30 dni do przodu. Podmiot transportujący, przed wygenerowaniem potwierdzenia wystawienia karty, mógł edytować dane w niej zawarte (m.in. faktyczną datę i godzinę odbioru odpadów, ich masę czy numer rejestracyjny pojazdu), a pracownik Szpitala nie miał wpływu na dane wprowadzane przez firmę zewnętrzną w zakresie dat i godzin dotyczących przejęcia.

Dyrektor Szpitala w złożonych wyjaśnieniach potwierdził, że z uwagi na obciążenie pracowników Działu Technicznego w czasie trwania pandemii dużą ilością dodatkowych obowiązków, St. Inspektor ds. ochrony środowiska, wykonywał – w sytuacjach tego wymagających - powierzone obowiązki związane z procesem wystawiania kart przekazania odpadów, również w czasie wolnym od pracy. Jak wynika z wyjaśnień Dyrektora Szpitala, w zakresie obowiązków Działu Technicznego, poza stałym nadzorem nad prawidłowo działającą infrastrukturą budowlaną, elektryczną, kanalizacyjną itp., zarówno na terenie Szpitala, jak i w podległych placówkach medycznych (Punkt Szczepień, Szpital Tymczasowy), było dostosowanie infrastruktury do potrzeb leczenia pacjentów na COVID-19 (budowa śluz, dostosowanie budynków) oraz zapewnienia ciągłości funkcjonowania Szpitala, w tym rozwiązywanie bieżących problemów związanych z brakiem dostępności butli z tlenem medycznym oraz zakłóconą płynnością odbiorów odpadów medycznych. Natomiast, pomimo jednoczesnego funkcjonowania w strukturze Szpitala trzech podmiotów leczniczych, liczba personelu technicznego, przez cały okres trwania pandemii nie uległa zmianie.

Ponadto, jak wynika z wyjaśnień Dyrektora Szpitala, przypadki zatwierdzania kart odbioru odpadów medycznych w tym samym czasie co ich transport i przejęcie, mogły być związane z odnotowywaniem przez kierowcę powyższego faktu na urządzeniu przenośnym i uzależnione od dostępności do Internetu, sprawności łącza oraz umiejętności obsługującego to urządzenie.

(akta kontroli str. 209-232, 711-777, 1418-1426, 1484-1488)

W okresie objętym kontrolą Szpital wytworzył ogółem 1 129,679 Mg odpadów, z czego odpowiednio: 193,149 Mg w 2019 r., 319,979 Mg w 2020 r., 484,729 Mg w 2021 r. i 131,822 Mg w I kwartale 2022 r.

Klasyfikacji odpadów dokonywano na podstawie rozporządzenia w sprawie katalogu odpadów.

Łączna masa odpadów medycznych wynosiła 836,853 Mg (z czego: 169,784 Mg w 2019 r., 198,779 Mg w 2020 r., 365,313 Mg w 2021 r. i 102,977 Mg w I kwartale 2022 r.) i stanowiła 74,1% masy ogółem odpadów Szpitala²⁴.

Spośród łącznej masy wytworzonych odpadów medycznych, większość (773,633 Mg i 62,809 Mg, tj. 92,4% i 7,5%) klasyfikowanych było w rodzaju 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 (...)* i 18 01 82* *Pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych*.

Masa odpadów sklasyfikowanych w rodzaju 18 01 03* wynosiła: 147,762 Mg w 2019 r., 187,915 Mg w 2020 r., 342,091 Mg w 2021 r. i 95,865 Mg w I kwartale 2022 r. i stanowiła odpowiednio: 87,0%, 94,5%, 93,6% i 93,1% łącznej masy odpadów

²⁴ Odpowiednio: 87,9% w 2019 r., 62,1% w 2020 r., 75,4% w 2021 r. i 78,1% w I kwartale 2022 r.

medycznych. Natomiast masa odpadów sklasyfikowanych w rodzaju 18 01 82* wynosiła: 21,791 Mg w 2019 r., 10,758 Mg w 2020 r., 23,160 Mg w 2021 r. i 7,100 Mg w I kwartale 2022 r., a jej udział w łącznej masie odpadów medycznych stanowił odpowiednio: 12,8%, 5,4%, 6,3% i 6,9%.

Ponadto, w okresie objętym kontrolą w Szpitalu wytworzono:

- 0,341 Mg odpadów klasyfikowanych w rodzaju 18 01 06* *Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, zawierające substancje niebezpieczne,*
- 0,064 Mg odpadów w rodzaju 18 01 09 *Leki (...),*
- 0,006 Mg odpadów w rodzaju 18 01 02* *Części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania (z wyłączeniem 18 01 03*).*

Z uwagi na profil działalności Szpitala (szpital zakaźny) oraz wykorzystywanie bazy oddziałowej na potrzeby pacjentów chorych na COVID-19, 836,442 Mg (tj. 99,95%)²⁵ spośród odpadów z działalności medycznej stanowiły zakaźne odpady medyczne, w tym 627,753 Mg wytworzone w latach 2020-2022 (I kwartał) w związku z leczeniem pacjentów zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2. Stanowiły one od 80,3% (w 2020 r.) do 100% (w 2021 r. i I kwartale 2022 r.) masy wytworzonych w tych okresach zakaźnych odpadów medycznych.

(akta kontroli str. 458-466, 1353-1367)

W okresie od 14 marca 2020 r. do 20 października 2020 r. Szpital nie ewidencjonował odpadów w rodzaju 18 01 82*.

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala, w związku z ogłoszeniem pandemii w marcu 2020 r. i koniecznością zachowania bezpieczeństwa personelu medycznego, pomocniczego oraz transportującego odpady medyczne, zgodnie z obowiązującą procedurą QP-19.1/E, odpady te były traktowane jako 18 01 03*.

Z treści wyjaśnień wynika, że Szpital jest przeznaczony do hospitalizacji chorych z chorobami zakaźnymi, w tym zaraźliwymi i wysoce niebezpiecznymi, podlegającymi różnego rodzaju izolacji, wymagającymi wzmoczonego reżimu sanitarnego i zaostrzenia procedur, również w zakresie postępowania z odpadami medycznymi. Szpital, z uwagi na posiadane w swojej strukturze oddziały o profilu zakaźnym, ma opracowane standardowe procedury postępowania, natomiast ze względu na swój charakter oraz dynamikę pojawiających się na świecie nowych chorób wysoce zakaźnych i zaraźliwych wymaga opracowywania na bieżąco postępowania dostosowanego do zagrożenia. Standardowe procedury nie przewidują wszystkich nowo pojawiających się chorób o nieznannej etiologii, ani sposobu postępowania dla zabezpieczenia bezpieczeństwa zarówno pacjenta, jak i personelu, które jest priorytetem dla Szpitala. Po ogłoszeniu pandemii, cały Szpital został przekształcony w jednoimienny, przeznaczony do hospitalizacji zakażonych SARS-CoV-2. Nagłe pojawienie się nieznanego wirusa, brak wiedzy na temat jego rozprzestrzeniania się i przeżycia na poszczególnych powierzchniach oraz duża śmiertelność z powodu zakażenia nim na świecie, spowodowały brak jasnych wytycznych postępowania w tym zakresie oraz strach u pracowników Szpitala. Dodatkowa segregacja odpadów w danym czasie stwarzała ryzyko przeniesienia zakażenia. W powyższej sytuacji, Zespół Kontroli Zakażeń, opierając się na własnych doświadczeniach, wydał zalecenia stosowania jednego rodzaju odpadów o kodzie 18 01 03*. Takie zalecenie ułatwiło zachowanie bezpieczeństwa i spokoju przy wykonywaniu czynności przy pacjencie personelowi Szpitala. Dzięki takiemu postępowaniu Szpital nie odnotował zakażenia wśród personelu i co za tym idzie, wystąpienia ogniska epidemicznego. Taka sytuacja pozwoliła na zachowanie ciągłości opieki nad stale rosnącą liczbą hospitalizowanych pacjentów chorych na COVID-19.

(akta kontroli str. 520-765, 1356-1367, 1484-1488)

²⁵ Masa wytworzonych zakaźnych odpadów medycznych wynosiła: 169,553 Mg w 2019 r., 198,673 Mg w 2020 r., 365,251 Mg w 2021 r. i 102,965 Mg w I kwartale 2022 r. i stanowiła od 99,86% w 2019 r. do 99,99% w 2022 r. łącznej masy wytworzonych odpadów medycznych.

CP

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie wytwarzano odpadów o kodach: 18 01 01, 18 01 04, 18 01 07 i 18 01 08*. Jak wynika z wyjaśnień Dyrektora Szpitala, wynikało to z faktu, iż:

- narzędzia chirurgiczne używane do zabiegów są nowe i w przypadku ich uszkodzenia są oddawane do producenta celem serwisowania;
- w latach 2020-2021 nie wykonywano planowanych zabiegów operacyjnych z uwagi na przekształcenie Oddziału Kardiochirurgii do hospitalizacji pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2;
- zlikwidowano w Szpitalu działalność Zakładu Patomorfologii, w którym prowadzone były sekcje zwłok;
- ze względu na specyfikę Szpitala i hospitalizację pacjentów ze schorzeniami zakaźnymi, bądź nosicielami lub zakażonymi patogenami wielolekoopornymi, wszelkie odpady z kontaktu z pacjentem traktowane były jako medycznie zakaźne i ewidencjonowane jako 18 01 03*. Pozostałe odpady z pomieszczeń administracyjnych traktowane są jako odpady komunalne;
- w ww. okresie nie wygenerowano odpadów w rodzaju 18 01 08*, zgłoszonych dla potrzeb Oddziału Dermatologii.

Jednocześnie Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wytworzenie w 2020 r. 6 kg odpadów w rodzaju 18 01 02* miało charakter incydentalny i związane było z trudnym zabiegiem wykonywanym na Bloku Kardiochirurgicznym.

(akta kontroli str. 458-466, 520-521, 1356-1367)

Pomimo braku wytwarzania odpadów o ww. kodach, Szpital nie zaktualizował rodzajów wytwarzanych odpadów w rejestrze BDO.

Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynika, że czas pandemii traktowany był jako okres przejściowego kryzysu, w związku z czym nie było podstaw do dokonywania zmian w rejestrze rodzajów wytwarzanych odpadów. Pomimo, iż część odpadów będących w rejestrze, nie była wytwarzana, Szpital, celem zabezpieczenia możliwości ich powstania, wykazał je przy dokonywaniu rejestracji. Odpady w chwili ich wytworzenia (zwłaszcza odpady z grupy medycznej) wymagają utylizacji w krótkim czasie, dlatego Szpital nie może oczekiwać na ich ponowne wprowadzenie do rejestru, z uwagi na administracyjny czas oczekiwania na zaakceptowanie zmian aktualizacyjnych, który wynosi maksymalnie 30 dni.

(akta kontroli str. 393-404, 1484-1488)

Szpital nie posiadał danych wagowych odpadów komunalnych wytworzonych w 2019 r. Masa wytworzonych w latach 2020-2022 (I kwartał) przez Szpital odpadów komunalnych wyniosła 177,125 Mg²⁶ i stanowiła odpowiednio: 30,2% w 2020 r., 12,6% w 2021 r. i 14,6% w I kwartale 2022 r. łącznej masy odpadów w każdym roku okresu objętego kontrolą.

(akta kontroli str. 458-466)

Prowadzona w szpitalu ewidencja odpadów medycznych (karty ewidencji odpadów i karty przekazania odpadów) zawierała informacje określone w art. 67 ust. 3 i 3a pkt 1 i 2 ustawy o odpadach.

W 2019 r. dokumenty ewidencji odpadów sporządzane były w wersji papierowej, a od 2020 r. - elektronicznie, za pośrednictwem indywidualnego konta w BDO, a wpisy w systemie uzupełniane były na bieżąco (nie rzadziej niż raz w tygodniu).

Wpisów do ewidencji wytworzonych odpadów medycznych dokonywano na podstawie roboczych notatek i kart przekazania odpadów, a dane dotyczące masy odpadów wykazane w kartach ewidencji odpadów wytworzonych i w kartach przekazania odpadów były tożsame, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 520-710)

²⁶ Z czego: 96,68 Mg w 2020 r., 61,18 Mg w 2021 r. i 19,265 Mg w I kwartale 2022 r.

Kontrola kart ewidencji odpadów i kart przekazania odpadów wykazała, że wytworzone w Szpitalu odpady medyczne, w tym zakaźne, w całym okresie objętym kontrolą odbierane były przez [REDAKTOWANE] oraz dodatkowo, w okresie od 11 maja 2021 r. do 30 czerwca 2021 r., przez [REDAKTOWANE], wskazane w poleceniu Wojewody Łódzkiego²⁷.

Oba przedsiębiorstwa zlokalizowane były na terenie Województwa Łódzkiego, prowadziły działalność na podstawie prawomocnych decyzji oraz dysponowały spalarniami przystosowanymi do spalania odpadów medycznych.

Posiadanie aktualnych zezwoleń na transport i unieszkodliwianie odpadów medycznych było jednym z wymagań wynikających z treści zawartych umów na usługę odbioru i unieszkodliwienia odpadów medycznych.

(akta kontroli str. 520-765, 857-879, 885-888, 905-921, 925-927, 937-940, 968-972, 986-1014, 1099-1102, 1127-1139)

Odbiór odpadów medycznych realizowany był w obecności pracowników Szpitala:

- w przypadku siedziby Szpitala – pracownika gospodarczego (w godzinach pracy) lub tleniarza²⁸ (poza godzinami pracy i w dni wolne – w trakcie nasilenia pandemii);
- w Izolatorium – Pielęgniarki Naczelnej;
- w Punkcie Szczepień – osoby koordynującej;
- w Szpitalu Tymczasowym - pielęgniarki koordynującej lub salowej pełniącej dyżur.

Osoby te przekazywały do Działu Technicznego informacje o wadze odebranych odpadów. W przypadku odbioru odpadów z siedziby Szpitala – na sporządzanych w tym celu roboczych notatkach (niszczonych po odnotowaniu w BDO danych o masie odebranych odpadów), a w przypadku pozostałych lokalizacji – telefonicznie. Jak wynika z wyjaśnień Dyrektora Szpitala, w związku z trwającą pandemią oraz ze względu na fakt, iż papier jest również nośnikiem wirusa SARS-CoV-2, ograniczona została do minimum ilość dokumentów w formie papierowej. Najbezpieczniejszym kanałem informacji była droga telefoniczna.

Dyrektor Szpitala w wyjaśnieniach podał także, że pandemia wirusa SARS-CoV-2 była sytuacją kryzysową, w której nie było gotowych rozwiązań i jasnych wytycznych. W tym czasie Szpital funkcjonował w sposób ekstremalny na wielu płaszczyznach. Kadra zarządzająca, personel medyczny oraz administracyjny, w oparciu o posiadaną wiedzę i doświadczenie, w pierwszej kolejności skupiali się na realizacji działań zapewniających bezpieczeństwo pacjentów i personelowi.

(akta kontroli str.1357, 1419-1426, 1477-1488)

Wypełniając obowiązek wynikający z art. 75 ust. 1 ustawy o odpadach, Szpital sporządzał roczne sprawozdania o wytwarzanych odpadach i gospodarowaniu odpadami za lata 2019-2021 i terminowo przekazywał je do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego tj. w terminie do dnia 15 marca za poprzedni rok kalendarzowy. Wszystkie ww. sprawozdania sporządzone zostały za pośrednictwem BDO, a poza jednym przypadkiem, kody i ilości odpadów medycznych ujętych w sprawozdaniach były zgodne z prowadzoną w Szpitalu ewidencją odpadów wytworzonych.

W sprawozdaniu za 2019 r. odpady o masie 0,36 Mg ujęto w rodzaju 15 01 06 *Zmieszane odpady opakowaniowe*, zamiast 15 01 02 *Opakowania z tworzyw sztucznych*, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 458-461, 467-505, 520-710)

²⁷ [REDAKTOWANE] z o.o. wydane zostało polecenie Wojewody Łódzkiego RT-II.7015.15.2021 z dnia 30 kwietnia 2021 r. nakazujące mu w terminie do 31 maja 2021 r. transportowanie, magazynowanie oraz unieszkodliwianie odpadów medycznych. Decyzją RT-II.7015.15.2021 z dnia 28 maja 2021 r. Wojewoda Łódzki przedłużył termin obowiązywania terminu polecenia do 31 lipca 2021 r.

²⁸ Tleniarze świadczą pracę w systemie 24 godzinnym.

Szpital, zgodnie z art. 95 ust. 4 ustawy o odpadach, posiadał dokumenty potwierdzające unieszkodliwienie przekazywanych zakaźnych odpadów medycznych o kodach 18 01 03* i 18 01 82* w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 4 września 2019 r.²⁹. Obowiązek dokumentowania unieszkodliwienia został zniesiony z dniem 6 września 2019 r. w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie ustawy o utrzymaniu czystości i porządku w gminach oraz niektórych innych ustaw³⁰ i - jak wyjaśnił dyrektor Szpitala, po 5 września 2019 r. Szpital nie występował o informację potwierdzającą unieszkodliwienie przekazywanych zakaźnych odpadów medycznych.

(akta kontroli str. 506-519, 1484-1488)

5. Odpady, w tym odpady medyczne gromadzone i segregowane były w miejscu powstawania, transportowane do magazynu odpadów medycznych przez pracowników firmy świadczącej usługę sprzątnięcia, w workach w kolorach odpowiednich do ich rodzaju, oznaczonych – co do zasady - w sposób zgodny z wymogami rozporządzenia w sprawie sposobu postępowania z odpadami medycznymi. W szczególności worki zawierały oznaczenia co do kodu odpadów medycznych w nich przechowywanych, nazwy wytwórcy odpadów medycznych, numeru REGON wytwórcy odpadów medycznych, numeru księgi rejestrowej wytwórcy odpadów medycznych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³¹, wraz z podaniem organu rejestrowego, daty i godziny otwarcia (rozpoczęcia użytkowania). Na części worków wskazano również datę i godzinę zamknięcia, a zgromadzone worki nie były całkowicie wypełnione.

(akta kontroli str. 179-180, 778-782)

Kontrola wykazała, że stosowanym zamknięciem worków było ich zawiązanie u góry na węzeł, na części worków brak było oznaczenia godziny ich otwarcia lub zamknięcia, w trakcie kontroli stwierdzono pozostawiony przed budynkiem magazynu odpadów medycznych bez nadzoru, czerwony worek z odpadami, a w wyniku oględzin tego magazynu stwierdzono, że jeden ze zgromadzonych w nim worków był rozerwany w sposób umożliwiający wypadnięcie odpadów, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 778-782)

Na terenie Szpitala (na terenie administracyjnym oraz w oddziałach szpitalnych) znajdowały się oznaczone pojemniki na komunalne odpady segregowane.

(akta kontroli str. 1405-1417)

6. W okresie objętym kontrolą Szpital przekazywał odpady medyczne dwóm podmiotom na podstawie umów, zawartych odrębnie dla każdej z lokalizacji prowadzonej działalności medycznej. Były to umowy:

– na odbiór i unieszkodliwienie odpadów medycznych z siedziby Szpitala:

- nr 164/ZP/PN/18 z dnia 26 czerwca 2018 r., [redacted] na okres od 1 lipca 2018 r. do 30 czerwca 2021 r.³²,
- nr 336/ZP/PN/21 z dnia 28 czerwca 2021 r., zawarta z [redacted] na okres od 1 lipca 2021 r. do 30 czerwca 2022 r.³³;

Umowy te zawarte zostały w wyniku przeprowadzonych postępowań przetargowych (przetarg nieograniczony). Kontrola obu postępowań

²⁹ Do 5 września 2019 r. podmiot unieszkodliwiający zakaźne odpady medyczne był zobowiązany do wystawienia dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienia zakaźnych odpadów medycznych (art. 95 ust. 4 ustawy o odpadach).

³⁰ Art. 95 ust. 4 uchylony 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.

³¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 633 ze zm.

³² Dotyczy odbioru odpadów o kodach: 18 01 01, 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 04, 18 01 06*, 18 01 07, 18 01 08*, 18 01 09 i 18 01 82*.

³³ Dotyczy odpadów o kodach: 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 09 i 18 01 82*.

o udzielenie zamówień publicznych poprzedzających zawarcie ww. umów nie wykazała nieprawidłowości w zakresie wyboru Wykonawcy;

- nr 324/21 z dnia 11 maja 2021 r., zawarta z [REDAKTOWANE] z o.o. na okres od 1 lipca 2021 r. do 30 czerwca 2022 r.;
Ww. umowa, zawarta została na podstawie art. 6a 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 kryzysowych³⁴ i dotyczyła odbioru odpadów wyłącznie o kodach 18 01 03* i 18 01 82*.

Postępowania w sprawie wyboru wykonawców usług w zakresie odbioru, transportu i zagospodarowania odpadów były zgodne z przepisami, a stwierdzone błędy formalne nie miały wpływu na prawidłowość wyboru wykonawcy, o czym w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 806-1263, 1306-1392)

W związku z zaistnieniem sytuacji nadzwyczajnej, związanej z wystąpieniem COVID-19 i koniecznością realizacji działalności medycznej w innych lokalizacjach, Szpital, bez zastosowania przepisów Prawa zamówień publicznych, zawarł z [REDAKTOWANE] z o.o. umowy na odbiór i unieszkodliwienie odpadów medycznych:

- w rodzaju 18 01 03* z prowadzonego³⁵ na podstawie polecenia Wojewody Łódzkiego Izolatorium dla osób chorych na COVID-19, niewymagających hospitalizacji³⁶ (umowa nr 157/20 z dnia 16 kwietnia 2020 r. zawarta na podstawie art. 6 ustawy covidowej³⁷ na okres od 20 kwietnia 2020 r. do 19 października 2020 r.) i rozwiązana z dniem 8 czerwca 2020 r. w związku z wygaszeniem Izolatorium);
- w rodzajach 18 01 03* i 18 01 82* z siedziby utworzonego i prowadzonego³⁸ na podstawie decyzji Ministra Zdrowia³⁹ Szpitala Tymczasowego (umowy: nr 338/20 z dnia 1 grudnia 2020 r., zawarta na podstawie art. 46c ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁴⁰ na okres – po zmianach – od 1 grudnia 2020 r. do 30 czerwca 2021 r. oraz umowa nr 642/21 z dnia 26 listopada 2021 r. zawarta na podstawie art. 6 ustawy covidowej na okres od 26 listopada 2021 r. do 31 maja 2022 r. i rozwiązana z dniem 20 marca 2022 r. w związku z likwidacją Szpitala Tymczasowego);
- w rodzaju 18 01 03* z utworzonego i prowadzonego⁴¹ na podstawie decyzji Wojewody Łódzkiego⁴² Punktu Szczepień przeciwko wirusowi SARS-Cov-2 (umowa nr 373/21 z dnia 30 czerwca 2021 r. zawarta na podstawie art. 6a ustawy covidowej⁴³ na okres od 1 lipca 2021 r. do 31 grudnia 2021 r.).

(akta kontroli str. 857-958)

³⁴ Dz. U. z 2021 r. poz. 2095 (dalej: „ustawa covidowa”) – w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy.

³⁵ W okresie od 16 kwietnia 2020 r. do 31 maja 2020 r.

³⁶ W Ośrodku Rekolekcyjno-Konferencyjnym Archidiecezji Łódzkiej w Porszewicach.

³⁷ W brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy.

³⁸ W okresie od 22 marca 2021 r. do 21 marca 2022 r.

³⁹ Decyzje: DBC.532.2.60.2021(1) z dnia 19 marca 2021 r. polecająca utworzenie szpitala tymczasowego w terminie nie późniejszym niż od dnia 22 marca 2021 r., DBC.532.2.60.2021(2) z dnia 10 czerwca 2021 r. polecająca pozostawienie szpitala tymczasowego w gotowości od dnia 11 czerwca 2021 r., DBC.532.2.60.2021(3) z dnia 1 grudnia 2021 r. polecająca w trybie natychmiastowym wznowienie udzielanie świadczeń w szpitalu tymczasowym, DBC.532.2.60.2021(4) z dnia 14 marca 2022 r. uchylająca z dniem 21 marca 2022 r. decyzję DBC.532.2.60.2021(1) z dnia 19 marca 2021 r.

⁴⁰ Dz. U. z 2019, poz. 1239 ze zm.

⁴¹ W okresie od 22 marca 2021 r. do 31 grudnia 2021 r.

⁴² Decyzje: PNIK.6333.2.2021 z dnia 14 stycznia 2021 r. polecająca uruchomienie od dnia 25 stycznia 2021 r. punktu szczepień przeciwko wirusowi Sars-CoV-2 w lokalizacji ww. szpitala tymczasowego w hali EXPO w Łodzi, PNIK.6333.2.2021 z dnia 18 marca 2021 r. polecająca przeniesienie od 22 marca 2021 r. punktu szczepień do lokalizacji przy ul. Lumumby 14, PNIK.6333.2.2021 z dnia 30 grudnia 2021 r. uchylająca decyzję PNIK.6333.2.2021 z dnia 14 stycznia 2021 r.

⁴³ W brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy.

GP

We wszystkich umowach wykonawców zobowiązano do:

- posiadania i przedłożenia aktualnych przez cały czas trwania umowy zezwoleń na prowadzenie działalności w zakresie transportu oraz odzysku lub unieszkodliwienia odpadów o kodach odpowiadających przedmiotowi zamówienia, wydanych na podstawie ustawy o odpadach;
- transportu opadów pojazdami przystosowanymi do transportu odpadów niebezpiecznych;
- unieszkodliwienie odpadów poprzez ich spalanie w przystosowanej do tego spalarni, spełniającej wymagania, o których mowa w art. 143 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo ochrony środowiska⁴⁴, w instalacjach spełniających wymagania ustawy o odpadach i w sposób zgodny z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 października 2016 r. w sprawie wymagań i sposobów unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych⁴⁵.

Wszystkie umowy określały cenę za odbiór i unieszkodliwienie 1 kg odpadów medycznych, które Wykonawcy mieli odbierać z każdej z lokalizacji prowadzonej działalności medycznej oraz wysokość ogólnej i nieprzekraczalnej wartości zamówienia. Zawarte z ██████████ umowy dotyczące odbioru odpadów medycznych z siedziby Szpitala określały dodatkowo miesięczne limity odpadów medycznych.

Ustalona w realizowanych umowach (po zmianach) wysokość ww. miesięcznych limitów odpadów zmieniała się w zależności od rozwoju pandemii i w przypadku siedziby Szpitala wynosiła: w okresie do 31 stycznia 2021 r. - 13.100 kg, od 1 lutego 2021 r. do 24 maja 2021 r. wzrastała i wynosiła odpowiednio: 25.000 kg w okresie do 11 kwietnia 2021 r. (wzrost o 90,8%) i 33.000 kg w okresie do 24 maja 2021 r. (wzrost o kolejne 32%), po czym w okresie od 25 maja 2021 r. do 30 czerwca 2021 r. została zmniejszona do 24.000 kg miesięcznie. Ustalony kolejną umową miesięczny limit odpadów od dnia 1 lipca 2021 r., w związku z analogicznym do poprzedniego roku, oczekiwanym spadkiem zachorowań na COVID-19, wynosił 14.250 kg i od dnia 19 stycznia 2022 r. do 30 czerwca 2022 r. zwiększony został do 15.200 kg.

Szpital prowadził ilościowy i wartościowy monitoring realizowanych umów. Wraz z rozwojem sytuacji pandemicznej, w przypadku zbliżającego się wykorzystania ustalonej w umowach kwoty ogólnej i nieprzekraczalnej wartości zamówienia, wartość ta była podnoszona na mocy aneksów do umów, dotyczących zmiany terminu ich obowiązywania, przy jednoczesnej aktualizacji stawki za 1 kg odpadów.

Określona w umowie z 2018 r. i niezmienna do 31 stycznia 2021 r. stawka za odbiór 1 kg odpadów z siedziby Szpitala, ustalona była pierwotnie w wysokości 2,47 zł brutto i aneksem z dnia 1 lutego 2021 r. została zwiększona o 180%. Kolejne wzrosty zmiany stawki brutto wynosiły: 0,03 zł (0,4%) od 12 kwietnia 2021 r., 0,02 zł (0,3%) od 1 lipca 2022 r. oraz o 0,24 zł (3,5%).

Stawki odbioru odpadów, ustalone: w kwietniu 2020 r. dla Izolatorium w Porszewicach, w grudniu 2020 r. dla Szpitala Tymczasowego w Łodzi oraz w marcu 2021 r. dla Punktu Szczepień przy ul. Lumumby w Łodzi były odpowiednio o 206%, 179,8% i 9,7%⁴⁶ wyższe od obowiązującej wówczas stawki dla siedziby Szpitala.

W umowach, oprócz ceny za odbiór i unieszkodliwienie 1 kg odpadów medycznych, określono również koszty odbioru odpadów z Izolatorium w Porszewicach, które obejmowały dodatkowo stałą miesięczną opłatę abonamentową oraz stałą opłatę za unieszkodliwienie odpadów, będącą iloczynem ilości odbiorów i wskazanej w umowie stawki, a z Punktu Szczepień przy ul. Lumumby w Łodzi – w okresie od 22 marca 2021 r do 30 czerwca 2021 r. - stałą miesięczną opłatę abonamentową obejmującą

⁴⁴ Dz. U. z 2021 r. poz. 1973, ze zm.

⁴⁵ Dz. U. poz. 1819.

⁴⁶ Po uwzględnieniu aneksu z dnia 1 lutego 2021 r. do umowy nr 164/ZP/PN/18 z dnia 26 czerwca 2018 r.

jeden odbiór odpadów w miesiącu oraz kwotę opłaty za każdy dodatkowy odbiór odpadów (powyżej jednego w miesiącu).

(akta kontroli str. 806-1263, 1306-1392)

Zawarcie umów (bez zastosowania Pzp) oraz kolejnych aneksów poprzedzone było korespondencją z Wykonawcą, m.in. w zakresie uzgodnienia (negocjacji) ceny odbioru 1 kg odpadów. W jej wyniku m.in. jeden z Wykonawców od 1 lipca 2021 r. obniżył o 0,62 zł brutto stawkę za odbiór odpadów z Punktu Szczepień przy ul. Lumumby w Łodzi i ustalił ją na poziomie stawki określonej w tym czasie dla odbioru odpadów z siedziby Szpitala oraz zrezygnował z dodatkowych opłat (miesięcznej opłaty abonamentowej oraz za każdy dodatkowy odbiór odpadów powyżej jednego w miesiącu).

(akta kontroli str. 857-875, 928-936)

Zgodnie z umową nr 324/21, w okresie od 11 maja 2021 do 30 czerwca 2021 r. odpady medyczne z siedziby Szpitala miało odbierać również [REDAKTOWANE]

[REDAKTOWANE] Ustalona w umowie łączna masa odpadów wynosiła 45.000 kg, a stawka za 1 kg odebranych odpadów była niższa o 0,44 zł od stawki wynikającej z umów realizowanych w tym okresie przez [REDAKTOWANE]

W okresie obowiązywania ww. umowy, Przedsiębiorstwo [REDAKTOWANE] pięciokrotnie (w dniach: 1.05, 13.05., 14.05, 19.05 i 7.06.2021 r.) odebrało z siedziby Szpitala odpady medyczne w rodzaju 18 01 03* w łącznej masie 11.720 kg.

W tym samym okresie [REDAKTOWANE] wykonało 35 kursów, odbierając 48.150 kg odpadów ww. rodzaju.

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala, z uwagi na pandemię i duży wzrost chorujących pacjentów, ilość generowanych odpadów medycznych drastycznie wzrosła, a jedyna firma mająca stosowne uprawnienia do odbioru i unieszkodliwienie odpadów medycznych – [REDAKTOWANE] miała ogromny problem z systematycznym odbiorem odpadów medycznych od podmiotów leczniczych. W związku z powstającym ryzykiem zagrożenia epidemiologicznego, Wojewoda Łódzki wydał decyzję dla firmy [REDAKTOWANE] zezwalającą na transportowanie, magazynowanie oraz unieszkodliwienie odpadów medycznych ze szpitali w sytuacji stwierdzonego braku na obszarze województwa łódzkiego technicznych i organizacyjnych możliwości unieszkodliwienia, zgodnie z obowiązującymi przepisami, odpadów medycznych wytworzonych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Mailem z dnia 7 maja 2021 r. Zastępca Dyrektora Departamentu Środowiska Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego poinformował podmioty lecznicze, dla których Marszałek Województwa Łódzkiego jest organem założycielskim, o konieczności korzystania przez podmioty lecznicze z usług firmy [REDAKTOWANE], dopiero w przypadku braku możliwości realizacji usługi przez ww. firmę, z usług firmy [REDAKTOWANE].

Ponadto Dyrektor Szpitala w wyjaśnieniach wskazał na otrzymaną w dniu 11 czerwca 2021 r. podczas rozmowy telefonicznej z Prezesem Zarządu [REDAKTOWANE] odmowę realizacji usługi z uwagi na brak możliwości odbioru i unieszkodliwienie tak dużej ilości odpadów.

Po 31 maja 2021 r. sytuacja epidemiczna uległa stabilizacji i firma [REDAKTOWANE] realizowała zlecenia w sposób systematyczny, zgodny z zapisami umowy, w związku z czym, mimo oferowanej niższej ceny, Szpital nie miał podstawy kontynuowania współpracy z firmą [REDAKTOWANE]

(akta kontroli str. 711-765, 857-875, 905-924, 1405-1417)

Poniesione przez Szpital w latach 2019-2022 (I kwartał) koszty odbioru i zagospodarowania odpadów wyniosły łącznie 4.484,2 tys. zł, z czego 480,5 tys. zł w 2019 r., 644,3 tys. zł w 2020 r., 2.576 tys. zł w 2021 r. i 783,4 tys. zł w I kwartale 2022 r.

Koszty odbioru odpadów z działalności medycznej ogółem wynosiły 4.039,6 tys. zł (w tym: 419,4 tys. zł w 2019 r., 493 tys. zł w 2020 r., 2.395,6 tys. zł w 2021 r.

CP

i 731,6 tys. zł w I kwartale 2022 r.), stanowiły 90,1% (w poszczególnych latach odpowiednio: 87,3%, 76,5%, 93% i 93,4%) łącznej kwoty kosztów odbioru odpadów i – z uwagi na zakaźny profil Szpitala - niemal w całości (99,97%) dotyczyły zakaźnych odpadów medycznych, których koszt odbioru i unieszkodliwienia wynosił łącznie 4.038,2 tys. zł⁴⁷. Z uwagi na przekształcenie Szpitala, podczas pandemii, w szpital jednoimienny, koszty odpadów wytworzonych w związku z leczeniem w latach 2020-2022 (I kwartał) pacjentów zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2 wyniosły 3.522,4 tys. zł i stanowiły odpowiednio: 80,3% (w 2020 r.) oraz po 100% (w 2021 r. i I kwartale 2022 r.) kosztów odbioru zakaźnych odpadów medycznych w poszczególnych latach tego okresu.

Poniesione w 2020 r. koszty odbioru i unieszkodliwienia odpadów medycznych były o 17,5% wyższe od poniesionych w 2019 r. Dynamiczny (wynoszący 386%) wzrost kosztów tych usług miał miejsce w 2021 r. Poniesione w I kwartale 2022 r. koszty odpadów medycznych stanowiły 30,5% analogicznych kosztów poniesionych w 2021 r.

(akta kontroli str. 264-369, 1265-1305)

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala, powodem wzrostu kosztów odbioru i unieszkodliwienia odpadów medycznych w okresie 2020 - 2022 był wzrost ceny usługi za 1 kg, przy jednoczesnym, intensywnym wzroście ilości udzielanych świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów z COVID-19. Na terenie woj. łódzkiego tylko jedna firma posiada uprawnienia do odbioru i unieszkodliwienia odpadów medycznych, stąd Szpital nie ma możliwości dokonania wyboru usługodawcy w oparciu o konkurencyjność cenową. Natomiast od września 2020 r. Szpital systematycznie był przekształcany w szpital „covidowy” oraz nastąpiło uruchomienie Szpitala Tymczasowego (2021 r.) i Masowego Punktu Szczepień (2021 r.), co się przełożyło bezpośrednio na wzrost generowanych odpadów medycznych.

Dodatkowo Kierownik Sekcji ds. Zamówień wyjaśnił, że we wszystkich prowadzonych przez Szpital postępowaniach przetargowych oferty składała tylko jedna firma. Wynikało to z konieczności zachowania określonej w art. 20 ustawy o odpadach zasady bliskości, zgodnie z którą, co do zasady, unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych poza obszarem województwa, na którym zostały wytworzone, jest zakazane. W sytuacji, gdy na obszarze województwa łódzkiego działa tylko jedna instalacja unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych, wybór oferty złożonej przez innego wykonawcę (spoza województwa) jest praktycznie niemożliwy, gdyż mógłby nastąpić tylko w sytuacji braku możliwości przerobowych istniejącej instalacji. Ponadto Kierownik w wyjaśnieniach wskazał, że cel zasady bliskości wydaje się szczególnie rozmijać z rzeczywistością w przypadku podmiotów leczniczych zlokalizowanych niedaleko granicy województwa (np. w Skierniewicach, Rawie Mazowieckiej czy Łowiczu), dla których odległość do instalacji zlokalizowanej w Żyrardowie (woj. mazowieckie) jest kilkukrotnie mniejsza, niż do instalacji w Bełchatowie na terenie województwa łódzkiego.

(akta kontroli str. 1264, 1405-1417)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Cztery z pięciu wniosków aktualizacyjnych w zakresie miejsc prowadzenia działalności sporządzonych w związku z uruchomieniem i wygaszeniem Szpitala Tymczasowego, Izolatorium oraz punktów szczepień, złożono w systemie BDO w terminie od 35 do 116 dni od dat uruchomienia lub wygaszenia tych placówek, wskazanych w decyzjach Wojewody Łódzkiego, tj. z opóźnieniem od 5 do 86 dni w stosunku terminu określonego w art. 59 ust. 1 pkt 2 ustawy o odpadach.

⁴⁷ Koszt odbioru i unieszkodliwienia zakaźnych odpadów medycznych wynosił: 418,8 tys. zł w 2019 r., 492,7 tys. zł w 2020 r., 2.395,2 tys. zł w 2021 r. i 731,5 tys. zł w I kwartale 2022 r., co stanowiło odpowiednio: 99,86%, 99,9%, 99,98% i 99,99% kosztów odbioru, transportu i zagospodarowania odpadów medycznych w tych latach.

Jak wynika z wyjaśnień Dyrektora Szpitala, wg przyjętej w Szpitalu interpretacji ww. art. 59 ustawy o odpadach, zmiany zachodzące w działalności rozumiane są jako wytworzenie pierwszego odpadu związanego z przyjęciem pierwszego pacjenta. Przed wystawieniem pierwszej karty obioru odpadów, w BDO musiało być utworzone Miejsce Prowadzenia Działalności (MPD). Terminy pierwszych odbiorów odpadów miały miejsce: 29 kwietnia 2020 r. – w przypadku Izolatorium, 8 lutego 2021 r. - w przypadku Szpitala Tymczasowego oraz 7 kwietnia 2021 r. - w przypadku Punktu Szczepień przy ul. Lumumby, co oznacza, że MPD dla ww. placówek musiało zostać utworzone przed wystawieniem KPO. Data wykonania tej czynności nie jest jednak w systemie widoczna, a próby uzyskania takiej informacji od HelpDesku systemu BDO, okazały się bezskuteczne. Dyrektor w wyjaśnieniach przyznał jednocześnie, że doszło do opóźnień w aktualizacji danych, co tłumaczył natłokiem obowiązków związanych z uruchomieniem i zamknięciem podległych placówek, wynikających z nasilenia pandemii COVID-19 i przyjęcia za najwyższy priorytet, zapewnienia odpowiedniego standardu leczenia pacjentów. Wskazał też, że na chwilę obecną wszystkie pochodne MPD widnieją w systemie jako nieaktywne, a wnioski aktualizacyjne zostały pozytywnie zweryfikowane i zatwierdzone.

(akta kontroli str. 397-457, 1368-1392, 1394-1404)

2. Sprawozdanie roczne o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami za 2019 r. sporządzone było w sposób nierzetelny. W sprawozdaniu bowiem odpady o masie 0,36 Mg ujęto w rodzaju 15 01 06 *Zmieszane odpady opakowaniowe*, zamiast 15 01 02 *Opakowania z tworzyw sztucznych*. Jak wyjaśnił St. Inspektor ds. ochrony środowiska, spowodowane to było pomyłką. Korektę sprawozdania przekazano do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego w dniu 26 kwietnia 2022 r., tj. w trakcie kontroli NIK.

(akta kontroli str. 458-461, 467-505, 520-710)

3. Szpital, w okresie pandemii, wbrew obowiązkowi określonymu w art. 66 ust. 1 ustawy o odpadach nie prowadził na bieżąco ilościowej i jakościowej ewidencji wytwarzanych odpadów medycznych, gdyż w ww. ewidencji nie uwzględniono odpadów zalegających w magazynie odpadów medycznych.

Kontrole przeprowadzane w magazynie odpadów wykazywały ich zaleganie w okresie pandemii, co nie znalazło odzwierciedlenia w prowadzonej ewidencji. Masy odpadów, wykazywane w tym okresie w kartach ewidencji odpadów wytworzonych i w kartach przekazania odpadów, były zgodne.

Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynika, że worki z odpadami dostarczane były do magazynu odpadów medycznych przez pracowników firmy świadczącej usługę sprzątnięcia i składowane w boksie na odpady niezważone. Pracownik gospodarczy Szpitala ważył te odpady w dni robocze, po czym prznosił do boksu na odpady zważone. Następnie odpady odbierane były – po uprzednim ponownym zważeniu - w całości przez firmę odbierającą. Takie rozwiązanie nie wpływało na ewidencję, sprawdzało się w niepandemicznym okresie pracy Szpitala i nie budziło zastrzeżeń ze strony instytucji kontrolujących postępowanie z odpadami. W czasie pandemii, proces ten był zakłócony ze względu na ilość i dynamikę wytwarzanych odpadów. Niewydolność [REDAKTOWANE] w odbiorze odpadów, skutkowało ich zaleganiem w magazynie. Celem zmniejszenia ilości zalegających odpadów, firma dokonująca odbiorów wykonywała usługę poza ustalonym harmonogramem, w tym w dni wolne. Wówczas ewidencja odpadów wytworzonych prowadzona była na podstawie rzeczywistej masy odpadów, ustalonej przy dokonywaniu odbioru i przekazywanej St. Inspektorowi ds. ochrony środowiska, przez uczestniczących w tym procesie pracowników Szpitala. Dyrektor Szpitala wskazał, że przyczyną powyższej sytuacji był ogólnopolski kryzys dokonywania odbiorów odpadów medycznych.

GP

NIK wskazuje, że na zaleganie odpadów w magazynie wskazywano zarówno w uzasadnieniu wniosku o zawarcie umowy odbioru odpadów medycznych z Firmą [REDAKTOWANE], jak i w dokumentach pokontrolnych z cyklicznych kontroli magazynu odpadów medycznych⁴⁸. Jednocześnie, wyniki analizy danych ujętych w ewidencji odpadów nie wskazywały na niewydolność [REDAKTOWANE] w odbiorze odpadów, na którą powoływano się w ww. dokumentach.

(akta kontroli str. 239-246, 520-765, 857-875, 922-923, 1477-1488)

4. W następujących przypadkach w Szpitalu postępowano z odpadami w sposób niezgodny z przepisami rozporządzenia w sprawie sposobu postępowania z odpadami medycznymi:

a) w trzech oddziałach szpitalnych i Przychodni Specjalistycznej⁴⁹ worki na odpady medyczne nie były oznaczone godziną otwarcia. Dodatkowo, podczas oględzin stwierdzono dwa worki z OiT bez daty i godziny zamknięcia, w sytuacji gdy w myśl § 6 ust. 1 pkt 6 ww. rozporządzenia oraz pkt 4.1 i 4.2 wewnętrznej procedury QP-8.1/E „Postępowanie z odpadami medycznymi”, worek winien być oznakowany oznaczeniem identyfikującym zawierającym datę i godzinę otwarcia (rozpoczęcia użytkowania) oraz datę i godzinę zamknięcia.

b) w trakcie kontroli, w dniu 28 kwietnia 2022 r., przed pomieszczeniem magazynu odpadów medycznych, w pobliżu ciągu komunikacyjnego dla ruchu pieszego i kołowego, znajdował się jeden worek z odpadami medycznymi, koloru czerwonego (bez oznaczenia miejsca powstania). Worek ten, pozostawiony bez nadzoru obok kontenera na odpady, nie był zabezpieczony przed dostępem osób nieupoważnionych, a także owadów, gryzoni i innych zwierząt. W ww. miejscu nie było urządzeń umożliwiających monitorowanie temperatury przechowywania ww. odpadów. Przy ww. odpadach nie było pracownika Szpitala, ani osób przyjmujących odpady do transportu, odpady medyczne zgromadzone w wyżej opisany sposób pozostawione były bez nadzoru. Brak oznakowania worka stanowił naruszenie § 6 ust. 1 pkt 6 ww. rozporządzenia, a fakt pozostawienia worka przed magazynem odpadów medycznych – naruszenie wymogów dotyczących ich magazynowania, określonych w § 1 ust. 2 w zw. z § 7 ww. rozporządzenia.

Dodatkowo, NIK wskazuje, że taki sposób pozostawienia w ww. lokalizacji zgromadzonych odpadów medycznych, zwłaszcza w sytuacji prowadzenia w Szpitalu oddziałów chorób zakaźnych, stanowi bezpośrednio zagrożenie dla życia i zdrowia ludzkiego, o czym – w trybie art. 51 ust. 1 ustawy o NIK – poinformowano Dyrektora Szpitala.

c) w wyniku oględzin magazynu odpadów medycznych stwierdzono rozerwany worek, z którego odpady mogły wypaść. Stanowiło to naruszenie § 4 ust. 3 rozporządzenia, zgodnie z którym, w przypadku uszkodzenia pojemnika lub worka, o którym mowa w § 3, umieszcza się go w całości w innym większym nieszkodzonym pojemniku lub worku spełniającym te same wymagania.

Informując o podjętych działaniach Dyrektor Szpitala wskazał na: incydentalny charakter zdarzenia, wydane polecenie niezwłocznego zabezpieczenia worka,

⁴⁸ Zapelniony magazyn lub nie w pełni odebrane odpady wykazały kontrole przeprowadzone w dniach: 11 stycznia 2021 r., 25 lutego 2021 r., 8 kwietnia 2021 r., 26 kwietnia 2021 r., 28 maja 2021 r., 8 czerwca 2021 r., 10 listopada 2021 r., 22 listopada 2021 r., 10 stycznia 2022 r. i 14 marca 2022 r.

⁴⁹ Brak godziny otwarcia worków z odpadami medycznymi stwierdzono w: 1) Pododdziale F Oddziału Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Pasożytniczych dla Dorosłych Klinice Chorób Zakaźnych i Hepatologii UM; 2) Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, 3) Oddziale Chorób Zakaźnych i Przewodu Pokarmowego Klinice Chorób Zakaźnych i Chorób Wątroby UM (dotyczy zarówno worka umieszczonego na stelażu, jak i na wózku zabiegowym) oraz 4) Punkcie Szczepień w Poradni Specjalistycznej.

niezwłoczne poinformowanie o zaistniałej sytuacji firmy świadczącej kompleksowe usługi utrzymania czystości na terenie Szpitala i zobowiązanie jej do starannego wykonywania usługi, wzmożenia nadzoru oraz pilnego przeprowadzenia szkolenia wśród pracowników o sposobie postępowania z odpadami, a także prowadzonej analizie możliwości technicznych zamontowania stałego monitoringu miejsca składowania odpadów medycznych. Ponadto z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynika, że rozerwany worek w pomieszczeniu magazynu odpadów medycznych został uszkodzony w wyniku ciężaru zalegających na nim innych worów i natychmiast po oględzinach worek został przepakowany i prawidłowo oznaczony przez pracownika Działu Technicznego. Dyrektor zapewnił, że w trakcie szkoleń z zakresu postępowania z odpadami pracownikom zostanie przekazana informacja o bezwzględnym zakazie rzucania pełnymi workami, a w przypadku stwierdzenia rozerwania któregokolwiek z nich, o obowiązku natychmiastowego przepakowania zawartości w szczelny worek.

W wyniku działań podjętych w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami przez Kierownika Sekcji ds. Zakażeń Szpitalnych, w dniu 5 maja 2022 r. pracownicy firmy świadczącej usługę sprzątaną zostali przeszkoleni w zakresie wymogów ww. procedury QP-8.1/E „Postępowanie z odpadami medycznymi”. Dodatkowo, w dniu 21 czerwca 2022 r. szkoleniem m.in. w zakresie procedury postępowania z odpadami medycznymi objęto wszystkie pielęgniarki łącznikowe, które zobowiązane zostały również do prowadzenia bieżącego nadzoru nad prawidłowym oznakowaniem i odbieraniem odpadów z oddziałów, w tym weryfikacji prawidłowości wypełnienia naklejek na losowo wybranych workach. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości, pielęgniarki zostały zobowiązane do zgłaszania takich faktów do Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz przeprowadzenia szkolenia stanowiskowego;

(akta kontroli str. 778-805, 1421-1428)

- d) worki gromadzone w magazynie odpadów medycznych były zamknięte poprzez ich zawiązanie u góry na węzeł, w sytuacji gdy w myśl § 3 ust. 1 ww. rozporządzenia, odpady medyczne winny być gromadzone w workach z możliwością jednokrotnego zamknięcia.

Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynika, że taki sposób zamykania worków nie był dotychczas kwestionowany podczas corocznych kontroli Powiatowego Inspektora Sanitarnego, a gromadzenie odpadów zgodnie z rozporządzeniem w workach z folii polietylenowej, niezależnie od sposobu zamknięcia, daje możliwość otwarcia przez przecięcie i rozerwanie.

(akta kontroli str. 778-782, 1484-1488)

Zdaniem NIK, ww. przepis w sposób jednoznaczny określa obowiązek gromadzenia odpadów medycznych w workach z możliwością jednokrotnego zamknięcia, a stosowany w Szpitalu sposób zamykania worków na węzeł, nie spełnia powyższego wymogu.

5. Szpital, w poniższych przypadkach, przy udzielaniu zamówień publicznych naruszył przepisy ustawy covidowej oraz ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych⁵⁰. I tak:
- a) ogłoszenie o udzieleniu zamówienia i zawarciu umów nr 324/21 z dnia 11 maja 2021 r. na odbiór odpadów z siedziby Szpitala oraz nr 642/21 z dnia 26 listopada 2021 r. na odbiór odpadów ze Szpitala Tymczasowego opublikował w Biuletynie Zamówień Publicznych w dniach odpowiednio: 31 maja 2021 r. i 28 kwietnia 2022 r., tj. z opóźnieniem 13 i 146 dni w stosunku do terminu określonego w art. 6a ust. 2 ustawy covidowej.

⁵⁰ Dz.U. z 2021 r. poz. 1129, ze zm. (dalej: nupzp).

(akta kontroli str. 857-875, 950-952)

- b) informację o złożonych w postępowaniu ZP 18/21 ofertach, Szpital przekazał Prezesowi Urzędu Zamówień Publicznych w dniu 16 maja 2022 r., tj. z opóźnieniem 326 dni w stosunku do terminu wskazanego w art. 81 nupzp oraz rozporządzenia Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dnia 21 grudnia 2020 r. w sprawie informacji o złożonych wnioskach o dopuszczenie do udziału w postępowaniu lub ofertach⁵¹.

Informację tę zamieszczono na Platformie e-Zamówienia 333 dni po dacie otwarcia ofert w ramach ww. postępowania (17 czerwca 2021 r.).

(akta kontroli str. 857-875, 1085-1091, 1099-1102)

- c) w umowie 336/ZP/PN/21 na odbiór i unieszkodliwienie odpadów medycznych nie określono łącznej maksymalnej wysokości kar umownych, których mogą dochodzić strony, tj. jednego z obligatoryjnych postanowień umowy, wymienionego w art. 436 pkt 3 nupzp.

(akta kontroli str. 857-875, 1085-1090, 1099-1102)

Jak wynika z wyjaśnień Dyrektora Szpitala, przyczyną powyższych nieprawidłowości było spiętrzenie zadań wykonywanych przez osoby odpowiedzialne za ww. czynności. W okresie trwania pandemii osoby te były dodatkowo odpowiedzialne za:

- zawieranie umów na usługi lub dostawy w okresie organizacji i funkcjonowania Szpitala Tymczasowego, w tym umów cywilno-prawnych z personelem medycznym,
- przygotowywanie umów na dodatkowe zamówienia (np. leki, sprzęt jednorazowego użytku, gazy medyczne itp.) wynikające ze zwiększonych potrzeb Szpitala,
- rozpatrywanie wniosków kontrahentów Szpitala o zmiany umów ze względu na okoliczności związane z COVID-19.

Ponadto, jak wskazał Dyrektor Szpitala, nie bez znaczenia dla wykonywanych zadań były także utrudnienia w organizacji pracy wymuszone zachorowaniami i kwarantanną części pracowników z powodu COVID-19.

(akta kontroli str. 1368-1373, 1393)

NIK zauważa, że ww. nieprawidłowości miały charakter formalny i nie wpłynęły na prawidłowość dokonanego wyboru Wykonawcy usługi.

IV. Uwagi i wnioski

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

Uwagi

NIK zwraca uwagę na konieczność:

1. Prowadzenia rzetelnej ewidencji odpadów medycznych przyjmowanych do magazynu odpadów medycznych oraz przekazywanych firmie zewnętrznej celem unieszkodliwienia.
2. Wzmocnienia nadzoru nad firmą zewnętrzną świadczącą usługę sprzątnięcia, odpowiedzialną za odbiór odpadów z oddziałów szpitalnych, w tym za prawidłowe oznaczenie worków oraz ich dostarczanie do magazynu odpadów medycznych.
3. Gromadzenia odpadów medycznych w workach z możliwością jednokrotnego zamknięcia.
4. Terminowego:
 - a. zgłaszania zmian danych w BDO;

⁵¹ Dz.U. z 2020 r. poz. 2406.

- b. publikowania ogłoszeń o udzielonych zamówieniach publicznych i zawarciu umów;
 - c. przekazywania Prezesowi Urzędu Zamówień Publicznych informacji o złożonych w postępowaniach ofertach.
5. Ujmowania w treści zawieranych umów w sprawie udzielenia zamówień publicznych, wszystkich elementów wymaganych przepisami nupzp.

Wnioski NIK nie sformułowała wniosków pokontrolnych.

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 Łodzi. 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 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag 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.

Łódź, 13 lipca 2022 r.

Kontroler
Agnieszka Tomalska
Główny specjalista k.p.


.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Łodzi
p.o. Dyrektor
Piotr Walczak


.....
podpis