



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO.410.006.04.2022

Piotr Kagankiewicz
Dyrektor
Szpitala Powiatowego
w Radomsku
ul. Jagiellońska 36
97-500 Radomsko

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 Powiatowy w Radomsku, ul. Jagiellońska 36, 97-500 Radomsko (dalej: „Szpital”).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Piotr Kagankiewicz, Dyrektor Szpitala od dnia 25 lipca 2016 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 sporządzonych przed lub po tym okresie.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Łodzi
Kontroler	Stanisław Wlazło, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LLO/79/2022 z 13 kwietnia 2022 r.

(akta kontroli str. 1-2)



¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

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, a pracownicy Szpitala zostali z nimi zapoznani.

Szpital posiadał aktualną decyzję na wytwarzanie odpadów, jednak pomimo przekroczenia ilości wytworzonych odpadów medycznych w porównaniu do limitu określonego w decyzji w przypadku odpadów o kodach 18 01 03* i 18 01 08*, nie wystąpił o jej aktualizację. W trakcie kontroli NIK, Starosta Radomszczański stwierdził wygaśnięcie przedmiotowej decyzji.

Prowadzona w szpitalu ewidencja odpadów medycznych zawierała wszystkie wymagane elementy i, co do zasady, prowadzona była na bieżąco. Stwierdzono jedynie jednostkowe przypadki w 2021 r. odstępstwa od tej zasady w odniesieniu do dwóch rodzajów odpadów, dla których nie wytworzono karty ewidencji odpadów, dokonując wpisów do ewidencji na podstawie karty przekazania odpadów.

Roczne sprawozdania o wytwarzanych odpadach i gospodarowaniu odpadami, terminowo przekazane zostały Marszałkowi Województwa Łódzkiego. W sprawozdaniu za 2021 r. zawyżono jednak o 17,956 Mg w porównaniu do stanu faktycznego masę wytworzonych odpadów medycznych o kodzie 18 01 08*, co zostało skorygowane w trakcie kontroli NIK.

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 medycznymi³. Odpady medyczne, w tym zakaźne, gromadzone były i segregowane w miejscu ich powstania w pojemnikach i workach w kolorach odpowiednich do ich rodzaju i w większości przypadków prawidłowo oznaczonych. Odpady były magazynowane w pomieszczeniu przystosowanym wyłącznie do tego celu, które spełniało wymogi określone w § 7 ww. rozporządzenia. Niemniej jednak przeprowadzone oględziny wykazały przypadki niewłaściwego oznaczania pojemników z odpadami, brak wyposażenia przenośnego urządzenia chłodniczego w termometr do pomiaru temperatury wewnątrz urządzenia oraz, że worki z odpadami medycznymi nie były zamykane w sposób określony w § 3 ust. 1 ww. rozporządzenia. Postępowania w sprawie wyboru wykonawcy usług w zakresie odbioru, transportu i zagospodarowania odpadów były zgodne z przepisami.

² Najwyższa Izba Kontroli formuluje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ Dz. U. poz. 1975, dalej „rozporządzenie w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi”.

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. Szpital funkcjonował jako podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, działający w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Organem tworzącym Szpital był Powiat Radomszczański. Placówka prowadziła działalność w oparciu o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzony przez Wojewodę Łódzkiego.

Zgodnie z regulaminem organizacyjnym Szpitala⁴, zadania związane z prowadzeniem gospodarki odpadami szpitalnymi, w tym medycznymi oraz nadzorem nad wywozem tych odpadów należały do *Sekcji Gospodarczej, Grupy Utrzymania Ruchu, Inspektora Budowlanego*.

Ze Statutu⁵ Szpitala wynikało, że w strukturze organizacyjnej Szpitala brak było Sekcji o wskazanej wyżej nazwie, Statut wyodrębniał natomiast oddzielnie *Sekcję Gospodarczą* oraz *Sekcję Utrzymania Ruchu*.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w przypadku gospodarki odpadami regulamin organizacyjny zachowuje w zasadzie swoją aktualność – Sekcja Gospodarcza i Sekcja Utrzymania Ruchu nadal są odpowiedzialne za gospodarkę odpadami w zakresie w jakim szczegółowo reguluje to Procedura ŚO 13 – *Gospodarka odpadami* (procedurę opisano szczegółowo w dalszej części wystąpienia pokontrolnego).

Bezpośredni nadzór nad Sekcją Gospodarczą i Utrzymania Ruchu pełnił Zastępca Dyrektora ds. Technicznych, do zadań którego należało m.in. kierowanie i nadzorowanie bezpośrednio działalnością Szpitala w zakresie spraw technicznych i administracyjno-gospodarczych, w szczególności nadzorowanie i koordynowanie pracy podległych komórek organizacyjnych.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w zakresie odpadów medycznych zakaźnych, nadzór nad gospodarką odpadami dodatkowo sprawowała „*Epidemiologia*”.

Z regulaminu organizacyjnego wynikało, że do zadań specjalisty ds. Epidemiologii należało nadzorowanie i monitorowanie stanu sanitarno – epidemiologicznego Szpitala oraz koordynowanie wypracowywaniem standardów organizacji pracy we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala w szczególności sposobów zbierania, gromadzenia i utylizacji odpadów.

(akta kontroli str.3-135, 704-707)

2. W okresie objętym kontrolą zadaniami związanymi z postępowaniem z odpadami medycznymi zajmowało się w Szpitalu siedem osób, w tym jedna z tytułu pełnionej funkcji kierowniczej, tj. zastępca dyrektora do spraw technicznych, dwie osoby zatrudnione na stanowisku specjalisty ds. epidemiologii oraz cztery (w tym dwie do 2021 r.⁶) zatrudnione w Sekcji Gospodarczej. Do zadań zastępcy dyrektora do spraw technicznych należało m.in. nadzór nad całą działalnością logistyczną szpitala za wyjątkiem gospodarki lekami, materiałami opatrunkowymi i krwią oraz nad przestrzeganiem i realizacją wymogów techniczno – sanitarnych. Zgodnie z zakresem czynności osób zatrudnionych na stanowisku specjalisty ds. epidemiologii do ich zadań należała m.in. koordynacja i monitoring przestrzegania

⁴ Uchwała Nr 1/2014 Rady Społecznej Szpitala Powiatowego w Radomsku z dnia 17 stycznia 2014 r. ze zm.

⁵ Nadanym uchwałą Nr XLIII/299/2018 Rady Powiatu Radomszczańskiego z dnia 26 kwietnia 2018 r. ze zm. – ostatnia zmiana z dnia 20 grudnia 2018 r. – uchwała Nr IV/17/2018 (załącznik nr 1).

⁶ Jedna osoba – od 1 czerwca 2019 r. do dnia 7 marca 2021 r., a druga - od 8 marca 2021 r. do 31 lipca 2021 r.

standardów organizacyjnych dotyczących sposobów zbierania, gromadzenia i przekazywania do utylizacji odpadów, w tym medycznych. Do zadań koordynatora Sekcji Gospodarczej oraz osób zatrudnionych na stanowisku inspektora w Sekcji Gospodarczej należały m.in. nadzór nad gospodarowaniem oraz wywozem odpadów szpitalnych oraz prowadzenie ewidencji, dokumentacji okresowej oraz sprawozdawczości z zakresu ochrony środowiska.

Zastępca dyrektora szpitala do spraw technicznych posiadał wykształcenie kierunkowe w zakresie inżynierii środowiska, osoby zatrudnione jako specjaliści ds. epidemiologii – wykształcenie wyższe medyczne oraz specjalizację w zakresie pielęgniarstwa epidemiologicznego, a osoby zatrudnione w Sekcji Gospodarczej – wykształcenie wyższe i średnie (m.in. w zakresie biotechnologii, ekonomii, informatyki).

Osoby zajmujące się nadzorem nad gospodarowaniem oraz wywozem odpadów szpitalnych uczestniczyły w następujących szkoleniach związanych z odpadami:

- „Gospodarka odpadami – najnowsze zmiany” (w 2019 r.),
- „Sprawozdawczość o wytworzonych odpadach i o gospodarowaniu odpadami w systemie BDO (w 2020 r. i 2021 r.),
- „Gospodarka odpadami w 2021 roku – najnowsze zmiany (w 2021 r.),
- „Gospodarka odpadami medycznymi, okres pandemii oraz ostatnie zmiany – w podejściu praktycznym” (w 2021 r. i 2022 r.),
- „Zarządzanie odpadami medycznymi w 2022 r. – problematyczne zagadnienia” (w 2022 r.).

(akta kontroli str.136-155)

3. W Szpitalu od dnia 9 stycznia 2020 r. obowiązywała procedura akredytacyjna Nr ŚO 13 „Gospodarka odpadami”⁷. W procedurze określono zasady postępowania przy gromadzeniu odpadów medycznych w pojemnikach lub workach w miejscach ich wytwarzania, transportu wewnętrznego i wstępnego magazynowania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, celem zminimalizowania zagrożenia dla życia i zdrowia ludzi oraz środowiska. Procedura zawierała uregulowania dotyczące m.in. segregowania odpadów medycznych z wyszczególnieniem odpowiednich kodów, w tym odpadów zakaźnych (kod: 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 82*), niebezpiecznych inne niż zakaźne (kod: 18 01 06*, 18 01 08*) i odpadów medycznych innych niż niebezpieczne (kod: 18 01 01, 18 01 04, 18 01 07, 18 01 09), sposobu gromadzenia i oznaczania odpadów medycznych, ich transportu, wstępnego magazynowania i zasad selektywnego zbierania odpadów medycznych (m.in. odpowiedni pojemnik i kolor worka, sposób opisanie worków i pojemników, sposób magazynowania, czas przechowywania).

Zgodnie z procedurą personel medyczny odpowiadał za wstępną segregację odpadów, personel sprzątający - za dezynfekcję pojemników wielokrotnego użytku służących do zbierania odpadów w wyznaczonym miejscu, pracownicy transportu wewnętrznego - za transport odpadów z miejsca ich wytworzenia do miejsca wstępnego magazynowania odpadów medycznych oraz mycie i dezynfekcję wózków transportowych, a pracownik Sekcji Gospodarczej odpowiedzialny był za ważenie i przekazanie odpadów medycznych wyspecjalizowanej firmie.

Nadzór nad prawidłowością i skutecznością funkcjonowania procedury pełnił Dyrektor Szpitala.

W okresie do dnia 8 stycznia 2020 r. w Szpitalu funkcjonowała procedura dotycząca gospodarowania odpadami wprowadzona przez Dyrektora Szpitala zarządzeniem Nr 03/2018 z dnia 8 stycznia 2018 r. Określała ona zasady gromadzenia, transportu oraz postępowania z odpadami medycznymi, w tym m.in. o kodach: 18 01 02*,

⁷ Zarządzenie Nr 04/2020 Dyrektora Szpitala z dnia 9 stycznia 2020 r. w sprawie wprowadzenia procedury akredytacyjnej „Gospodarka odpadami”.

18 01 03*, 18 01 82*, 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 04, 18 01 07, 18 01 09. Nadzór nad przestrzeganiem tej procedury należał do zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa oraz Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych.

Pracownicy Szpitala uczestniczący w procesie wytwarzania odpadów medycznych zostali zapoznani z ww. procedurami, co zostało udokumentowane w formie pisemnej poprzez złożenie stosownych oświadczeń.

(akta kontroli str.156-266)

4. W okresie objętym kontrolą Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Radomsku (PPIS) przeprowadził w Szpitalu cztery kontrole, które dotyczyły postępowania z odpadami medycznymi. W wyniku kontroli przeprowadzonej w dniach 20 i 21 kwietnia 2021 r. stwierdzono m.in., zalegające odpady medyczne w workach, przechowywane poza pomieszczeniem magazynowym, niezabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych, jak również owadów, gryzoni i innych zwierząt.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że przyczyną powyższych nieprawidłowości było nieterminowe odbieranie odpadów medycznych przez ECO – ABC Sp. z o.o. z siedzibą w Belchatowie, z którą Szpital posiadał zawartą umowę na odbiór, transport i unieszkodliwienie odpadów medycznych. Po kilkukrotnych wezwaniach firmy do natychmiastowego odbioru odpadów, w dniu 21 kwietnia 2021 r. w godzinach popołudniowych większość odpadów została odebrana i tym samym przestały one zalegać poza magazynem.

Z informacji uzyskanej od ECO – ABC Sp. z o.o. wynikało, że nieterminowy odbiór odpadów ze Szpitala spowodowany był panującą pandemią COVID-19, a w szczególności zwiększeniem w placówkach medycznych ilości wytworzonych i przekazywanych do unieszkodliwienia odpadów (objętościowo odnotowano wzrost o ok. 100%), a także absencjami pracowników spółki spowodowanymi zachorowaniami w związku z pandemią.

Przeprowadzona w dniu 29 kwietnia 2021 r. przez PPIS kontrola sprawdzająca oraz pozostałe kontrole⁸, nie wykazały w tym zakresie nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 288-307, 630-632)

5. Szpital posiadał decyzję/pozwolenie Starosty Powiatu Radomszczańskiego z dnia 2 września 2016 r.⁹ na wytwarzanie odpadów. W decyzji określono m.in. rodzaj i ilość odpadów powstających w wyniku funkcjonowania Szpitala, sposób i miejsce ich magazynowania (magazyn odpadów medycznych) oraz gospodarowania tymi odpadami (przekazywanie firmom posiadającym stosowne zezwolenia). Przykładowo dla niżej wymienionych odpadów wskazano następujące ilości:

- kod 18 01 02* - 0,90 Mg/rok,
- kod 18 01 03* - 45,00 Mg/rok,
- kod 18 01 06* – 0,50 Mg/rok,
- kod 18 01 08* - 2,8 Mg/rok,
- kod 18 01 82* - 2,2 Mg/rok,
- kod 18 01 04 – 25,50 Mg/rok,
- kod 18 01 09 – 0,02 Mg/rok

Pozwolenie wydano na czas oznaczony, tj. do dnia 24 lipca 2024 r.

Decyzją z dnia 29 lipca 2019 r. Starosta (na wniosek Szpitala¹⁰) dokonał zmiany ww. decyzji poprzez zwiększenie ilości wytwarzanych odpadów o kodach 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 04, 18 01 09, 15 01 01, 15 01 02, w tym m.in.:

⁸ Ostatnią kontrolę przeprowadzono w dniu 10 lutego 2022 r.

⁹ Znak: PŚIII.6220.3.2016

¹⁰ Z dnia 28 lutego 2019 r., uzupełniony 15 maja 2019 r.

- kod 18 01 02* - 2 Mg/rok,
- kod 18 01 03* - 150 Mg/rok,
- kod 18 01 04 – 60 Mg/rok,
- kod 18 01 09 – 0,04 Mg/rok.

W pozostałym zakresie decyzja nie uległa zmianie.

Wojewoda Łódzki nie wydawał dla Szpitala poleceń dotyczących gospodarowania odpadami w związku z przeciwdziałaniem COVID – 19.

Analiza Kart Ewidencji Odpadów za lata 2019 – 2021 wykazała, że w przypadku odpadów o kodzie 18 01 08* w latach 2019 – 2020 i kodzie 18 01 03* w 2021 r. nastąpiło przekroczenie ilości wytworzonych odpadów w stosunku do limitu określonego w decyzji, o czym szerzej w Sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 267-279)

6. Analiza obowiązujących w Szpitalu procedur dotyczących postępowania z odpadami wykazała, że w zakresie sposobu i miejsca magazynowania odpadów, ich segregacji i sposobu zagospodarowania były one zgodne z postanowieniami decyzji na wytwarzanie odpadów.

(akta kontroli str. 157-170, 210-232, 267-274)

7. Szpital posiadał wpis do rejestru BDO (nr 000018726) niezbędny do prowadzenia ewidencji odpadów¹¹.

(akta kontroli str.275-276)

8. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu wytworzono: 133,155 Mg odpadów medycznych w 2019 r., 149,722 Mg w 2020 r., 206,4140 Mg w 2021 r. i 50,558 Mg w I kwartale 2022 r., z tego zakaźne odpady medyczne wynosiły odpowiednio: 77,62 Mg, 137,936 Mg, 202,877 Mg i 50,047 Mg. Udział zakaźnych odpadów medycznych w wytworzonych w Szpitalu odpadach medycznych, stanowił odpowiednio 58,3%, 92,1%, 98,3% i 99%.

W Szpitalu wytwarzano odpady o kodach: 18 01 02* (łącznie 3,352 Mg) , 18 01 03* (464,652 Mg), 18 01 08* (10,099 Mg), 18 01 82* (0,526 Mg), 18 01 04 (60,708 Mg), 18 01 06 (0,426 Mg) i 18 01 09 (0,086 Mg).

Ponadto w okresie objętym kontrolą Szpital wytworzył łącznie 5.620.600 litrów (l) odpadów komunalnych, w tym 251.700 l w 2019 r., 2.356.000 l w 2020 r., 2.484.900 l w 2021 r. i 520.000 l w I kwartale 2022 r. Szpital nie posiadał danych wagowych oraz objętościowych (w m³) odpadów komunalnych wytworzonych w ww. okresie.

(akta kontroli str. 277-282)

9. Wytworzone w Szpitalu odpady medyczne klasyfikowane były na podstawie procedury akredytacyjnej „Gospodarka odpadami” Nr ŚO 13, którą sporządzono zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Klimatu z dnia 2 stycznia 2020 r. w sprawie katalogu odpadów¹².

(akta kontroli str. 157–170, 704-707)

10. Odpady wytworzone w związku z leczeniem pacjentów zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2 wyniosły 7,6048 Mg w 2020 r., 31,8820 Mg w 2021 r. i 8,8008 Mg w 2022 r. (I kwartał), co stanowiło odpowiednio 5,1%, 15,4% i 17,4% wytworzonych w tym okresie odpadów medycznych oraz 5,5%, 15,7% i 17,6% odpadów zakaźnych ogółem.

(akta kontroli str. 282)

¹¹ Zawiadomienie z dnia 28 maja 2018 r. Marszałka Województwa Łódzkiego o nadaniu numeru rejestrowego i aktywacji konta w BDO.

¹² Dz. U. z 2020 r. poz. 10. Do dnia 5 stycznia 2020 r. klasyfikacja była zgodna z rozporządzeniem Ministra Środowiska z dnia 9 grudnia 2014 r. w sprawie katalogu odpadów (Dz. U. poz. 1923).

11. W okresie objętym kontrolą wytworzone odpady medyczne, w tym powstałe w wyniku leczenia pacjentów zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2, przekazywane były do firmy ECO-ABC Sp. z o.o. z siedzibą w Bełchatowie, posiadającej wydane przez Wojewodę Łódzkiego pozwolenie zintegrowane¹³ na prowadzenie instalacji do unieszkodliwiania odpadów niebezpiecznych o zdolności przetwarzania ponad 10 ton na dobę w Zakładzie Termicznej Utylizacji Odpadów Medycznych i Weterynaryjnych w Bełchatowie przy ul. Przemysłowej 7 (woj. łódzkie). Pozwolenie wydane zostało na czas nieoznaczony. Szpital posiadał zawarte z ww. firmą umowy na odbiór, transport i utylizację odpadów medycznych. Weryfikacja podmiotu przyjmującego odpady następowała każdorazowo przed zawarciem z nim umowy (wykonawca składał aktualne pozwolenie na prowadzenie tego typu działalności i zawiadomienie o wpisie do rejestru BDO). Posiadanie aktualnego zezwolenia na transport i unieszkodliwianie odpadów medycznych było jednym z wymagań wynikających z treści zawartych umów na usługę odbioru i unieszkodliwiania odpadów.

(akta kontroli str. 570-615, 704-733)

12. W Szpitalu prowadzona była ewidencja odpadów z zastosowaniem karty ewidencji odpadów (KEO) oraz karty przekazania odpadów (KPO). Powyższa ewidencja - co do zasady - prowadzona była na bieżąco, za wyjątkiem jednostkowych stwierdzonych przypadków (co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*). Dokumenty ewidencji odpadów zawierały informacje, o których mowa w art. 67 ust. 3 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach¹⁴. KEO dla każdego rodzaju odpadów prowadzona była odrębnie. W 2019 r. ewidencja odpadów prowadzona była w sposób odrębny, a od 1 stycznia 2020 r. za pośrednictwem indywidualnego konta w BDO. KPO i KEO zawierały informacje, o których mowa odpowiednio w art. 67 ust. 3a i ust. 3b ustawy o odpadach. Zgodnie z art. 75 ust. 1 ww. ustawy Szpital sporządził za lata 2019 – 2021 roczne sprawozdania o wytwarzanych odpadach i gospodarowaniu odpadami, które terminowo przekazane zostały Marszałkowi Województwa Łódzkiego. Sprawozdania sporządzono i przekazano za pośrednictwem indywidualnego konta w BDO.

Analiza powyższych sprawozdań wykazała, że w sprawozdaniu za 2021 r. zawyżono masę wytworzonych odpadów o kodzie 18 01 08* w porównaniu do danych wynikających z ewidencji o 17,956 Mg. Powyższe zostało szczegółowo opisane w Sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Szpital do końca września 2019 r. posiadał dokumenty potwierdzające unieszkodliwienie przez firmę ECO – ABC Sp. z o.o. przekazanych zakaźnych odpadów medycznych.

(akta kontroli str. 284-287, 308-564)

13. Odpady medyczne, w tym zakaźne, gromadzone były i segregowane w miejscu ich powstania w pojemnikach lub workach w kolorach odpowiednich do ich rodzaju, oznaczonych – co do zasady – w sposób zgodny z wymogami rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi. Odpady były wstępnie magazynowane w pomieszczeniu przystosowanym wyłącznie do tego celu, które spełniało wymogi określone w § 7 ww. rozporządzenia. Niemniej jednak przeprowadzone oględziny wykazały dwa przypadki niewłaściwego oznaczenia pojemników z odpadami medycznymi, brak wyposażenia przenośnego urządzenia chłodniczego w termometr do pomiaru temperatury wewnątrz urządzenia oraz, że

¹³ Decyzja z dnia 23 maja 2007 r. w sprawie pozwolenia zintegrowanego (znak: SR.VII-M/6617-2/PZ/60/2007, zmieniona decyzją z dnia 27 lipca 2012 r. (znak: ROVI.7222.85.2012.WR), z dnia 4 grudnia 2014 r. (znak: RŚVI.7222.278.2014.WR) i z dnia 30 maja 2018 r. (znak: RŚVI.7222.289.2017.WR)

¹⁴ Dz. U. z 2021 r. poz. 779 ze zm., dalej „ustawa o odpadach”.

stosowanym zamknięciem worków było ich zawiązanie u góry na węzeł, o czym szerzej w Sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 700-703)

14. Pacjenci Szpitala w momencie przyjęcia ich na oddział, każdorazowo informowani byli o sposobie postępowania z odpadami, m.in. o tym jakie odpady należy wrzucać do kosza na śmieci z workiem czerwonym, a jakie z workiem czarnym. Na oddziałach znajdowała się też instrukcja selektywnego zbierania odpadów.

(akta kontroli str. 169-170, 734-737)

15. W okresie objętym kontrolą, Szpital zawarł cztery umowy na odbiór, transport i unieszkodliwianie odpadów medycznych powstałych w siedzibie Szpitala, Gminnym Ośrodku Zdrowia Dobryszycy, Poradni Specjalistycznej w Przedborzu oraz Zespołów Ratownictwa Medycznego w Żytnie, Przedborzu i Pajęcznie¹⁵. Wszystkie umowy zawarte zostały z tym samym wykonawcą, tj. firmą ECO-ABC Sp. z o.o. z siedzibą w Belchatowie. Dwie umowy zawarto w trybie przetargu nieograniczonego¹⁶, na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień Publicznych¹⁷, a dwie¹⁸ - na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych¹⁹ (odpowiednio w trybie podstawowym oraz przetargu nieograniczonego). Kontrola powyższych postępowań o udzielenie zamówień publicznych nie wykazała nieprawidłowości w zakresie wyboru Wykonawcy.

W specyfikacji warunków zamówienia²⁰ przewidziano obowiązek unieszkodliwiania przez wykonawcę odpadów medycznych w sposób zgodny z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa na terenie RP, wskazując przy tym m.in. metodę unieszkodliwiania odpadów (tj. termiczne przekształcanie w spalarniach odpadów niebezpiecznych) oraz na konieczność dysponowania przez wykonawcę instalacją do unieszkodliwiania odpadów zgodnie z zasadą bliskości, uprawnioną do unieszkodliwiania odpadów medycznych. W opisie przedmiotu zamówienia określono wymagania dla podmiotu wykonującego ww. usługę dotyczące posiadania zezwolenia na odbiór, transport i unieszkodliwianie odpadów medycznych wydane przez właściwy organ, ważne przez cały okres świadczenia usług (żądano przedłożenia aktualnego zezwolenia).

Kryteria oceny ofert stanowiły cena (60%) i lokalizacja spalarni odpadów medycznych (zasada bliskości) - 40%.

We wszystkich umowach zawarto postanowienia zawierające oświadczenie wykonawcy dotyczące posiadania zezwolenia na prowadzenie działalności w zakresie przetwarzania i unieszkodliwiania odpadów medycznych, w tym zakaźnych odpadów medycznych. W umowie zawartej w dniu 2 maja 2019 r. zobowiązano ponadto wykonawcę usługi do przedkładania wraz z fakturą w rozliczeniu za każdy miesiąc, dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie odpadów zakaźnych przez termiczne przekształcenie w spalarni odpadów niebezpiecznych. W kolejnych umowach nie zawierano takich postanowień²¹.

Ponadto Szpital w dniu 2 września 2019 r. zawarł z ww. firmą umowę²² na odbiór, transport i unieszkodliwienie odpadów medycznych powstałych w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym w Przedborzu, który rozpoczął działalność w dniu

¹⁵ Jedna umowa, która obowiązywała do dnia 5 maja 2019 r. zawarta została w 2017 r.

¹⁶ Jedną w dniu 2 maja 2019 r., a drugą 21 grudnia 2020 r.

¹⁷ Dz. U z 2019 r., poz. 1843 ze zm, dalej: „ustawa Prawo zamówień publicznych”.

¹⁸ W dniu 30 czerwca 2021 r. i 1 lutego 2022 r.

¹⁹ Dz. U. z 2021 r. poz. 1129 ze zm.

²⁰ W latach 2019 – 2020 - Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia.

²¹ Obowiązek wystawienia dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych przez podmiot unieszkodliwiający został zniesiony z dniem 5 września 2019 r.

²² Nr 168/2019/180/2019

1 sierpnia 2019 r. Umowę zawarto zgodnie z Regulaminem ramowych procedur udzielania zamówień publicznych, których szacunkowa wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty, o której mowa w art. 4 pkt 8 ustawy Prawo zamówień publicznych. Umowę zawarto na czas określony tj. do dnia 6 maja 2021 r., a następnie przedłużono do 6 maja 2022 r. z uwagi na niewykorzystaną wartość umowy²³.

W okresie objętym kontrolą, nie wystąpiły przypadki odstąpienia od stosowania trybu zamówień publicznych na podstawie przepisów 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 kryzysowych²⁴.

(akta kontroli str. 576-627, 633-689, 764)

16. Zawierane przez Szpital umowy z firmą ECO-ABC Sp. z o.o. obejmowały odbiór, transport oraz unieszkodliwianie odpadów medycznych. W umowach określono m.in. szacunkową ilość odpadów będących przedmiotem zamówienia, kod odpadów, miejsce i częstotliwość ich odbioru oraz maksymalne wynagrodzenie wykonawcy w okresie obowiązywania umowy. Umowy zawierano na okres od ośmiu miesięcy do dwóch lat.

Cena jednostkowa netto za 1 kg odpadów medycznych wynosiła:

- 2,18 zł do dnia 5 maja 2019 r.,
- 3,00 zł w okresie od 6 maja 2019 r. do 20 grudnia 2020 r.,
- 6,66 zł od dnia 21 grudnia 2020 r. do dnia 30 czerwca 2021 r.,
- 6,68 zł od 1 lipca 2021 r. do 31 stycznia 2022 r.,
- 7,07 zł od dnia 1 lutego 2022 r.

Cena jednostkowa była identyczna dla wszystkich rodzajów odpadów medycznych. W okresie objętym kontrolą, wystąpiły trzy przypadki osiągnięcia limitów mas odpadów medycznych określonych w umowach i wartości maksymalnego wynagrodzenia wykonawcy przed terminem na jaki zawarto umowę. W tych przypadkach w Szpitalu każdorazowo podejmowano decyzję o ogłoszeniu nowego zamówienia na odbiór, transport oraz unieszkodliwianie odpadów medycznych, w wyniku których zawarte zostały stosowne umowy na realizację ww. usługi.

(akta kontroli str. 576-629)

17. W latach 2019 – 2022 (I kwartał) Szpital poniósł koszty związane z odbiorem, transportem i unieszkodliwieniem zakaźnych odpadów medycznych w łącznej wysokości 3.054.807,65 zł, z tego 286.234,17 zł w 2019 r., 681.672,59 zł w 2020 r. (wzrost o 138,1%), 1.667.588,64 zł w 2021 r. (wzrost o 144,6% w porównaniu do 2020 r.) i 419.312,25 zł w I kwartale 2022 r., w tym odpadów wytworzonych w związku z leczeniem pacjentów zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2 w wysokości 37.582,53 zł w 2020 r., 262.083,82 zł w 2021 r. i 73.736,35 zł w 2022 r. (I kwartał). Udział kosztów związanych z odbiorem, transportem i unieszkodliwieniem zakaźnych odpadów medycznych w ogólnych kosztach odbioru, transportu i przetwarzania odpadów medycznych wyniósł 58,3% w 2019 r., 92,2% w 2020 r., 98,3% w 2021 r. i 99% w I kwartale 2022 r.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wzrost kosztów zagospodarowania zakaźnych odpadów medycznych spowodowany był zwiększeniem ilości wytworzonych w Szpitalu odpadów w czasie trwania pandemii COVID-19, a także kosztów odbioru,

²³ Aneks nr 1 z dnia 5 maja 2021 r.

²⁴ Dz. U z 2021 r. poz. 2095 ze zm.

transportu i zagospodarowania 1 kg odpadów medycznych z 2,18 zł netto w 2019 r. do 7,07 zł w 2022 r.

(akta kontroli str. 283, 734-737)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Regulamin organizacyjny Szpitala w zakresie wyodrębnionych w nim komórek organizacyjnych nie był dostosowany do obowiązującego Statutu Szpitala. W regulaminie wskazano, że zadania związane z prowadzeniem prawidłowej gospodarki odpadami szpitalnymi oraz nadzorem nad wywozem tych odpadów należały do *Sekcji Gospodarczej, Grupy Utrzymania Ruchu, Inspektora Budowlanego*, podczas gdy Statut nie wyodrębniał w strukturze Szpitala komórki organizacyjnej o nazwie w takim brzmieniu. W Statucie wykazano jako odrębne komórki organizacyjne *Sekcję Gospodarczą* oraz *Sekcję Utrzymania Ruchu*.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że regulamin organizacyjny Szpitala był w trakcie dostosowywania do zmian w Statucie oraz, że prace nad jego zmianą zostały chwilowo wstrzymane, w związku z przygotowywanymi dalszymi zmianami w Statucie.

(akta kontroli str. 3-135, 704-707)

2. W Szpitalu przekroczono ilości wytworzonych odpadów medycznych w porównaniu do limitu określonego w decyzji Starosty Powiatu Radomszczańskiego udzielającej pozwolenia na ich wytwarzanie²⁵:
 - o 51,758 Mg w 2021 r. w przypadku odpadów medycznych o kodzie 18 01 03* (wg decyzji limit dla tego rodzaju odpadów wynosił 150 Mg/rok natomiast wytworzono 201,758 Mg);
 - o 0,32 Mg w 2019 r. i 0,933 Mg w 2020 r. w przypadku odpadów o kodzie 18 01 08* (limit wg decyzji dla odpadów o tym kodzie wynosił 2,8 Mg/rok, podczas gdy w 2019 r. wytworzono ich 3,12 Mg, a w 2020 r. - 3,733 Mg).

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że trudny okres w Szpitalu spowodowany pandemią COVID-19 był przyczyną tego, że w momencie przekroczenia ilości wytworzonych odpadów medycznych, sprawa ta potraktowana została drugorzędnie. Wskazał, że w sytuacji mnóstwa obowiązków jakie podczas pandemii spadły na pracowników Szpitala oraz wiedza o tym, że przekroczenia spowodowane były wyłącznie zaistniałą sytuacją, a także uzyskana informacja od pracowników Starostwa Powiatowego w Radomsku o tym, że Szpital nie musi mieć pozwolenia na wytwarzanie odpadów (gdyż nie jest instalacją²⁶, ani nie prowadzi instalacji), były powodem niezłożenia przez Szpital do Starosty wniosku o zwiększenie ilości wytwarzanych odpadów niebezpiecznych.

Dyrektor wyjaśnił, że Szpital podjął działania w kierunku wygaszenia ww. decyzji. Decyzją z dnia 30 czerwca 2022 r.²⁷ (w trakcie kontroli NIK) Starosta Radomszczański stwierdził wygaśnięcie pozwolenia na wytwarzanie odpadów udzielonego Szpitalowi na mocy decyzji z dnia 2 września 2016 r. W uzasadnieniu decyzji wskazano m.in., że spełnione zostały przesłanki zawarte w art. 193 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo ochrony środowiska²⁸, zgodnie z którym pozwolenie na wytwarzanie odpadów wygasa, jeżeli podmiot przestał być prowadzącym instalację w rozumieniu tej ustawy, lub z innych powodów pozwolenie stało się bezprzedmiotowe, a zgodnie z art. 193

²⁵ Decyzja z dnia 2 września 2016 r., znak PŚIII.6220.3.2016, zmieniona decyzją z dnia 29 lipca 2019 r. (znak PŚIII.6220.2.2019).

²⁶ W rozumieniu art. 3 pkt 6 ustawy Prawo Ochrony Środowiska.

²⁷ Znak: PŚIII.6220.4.2022.

²⁸ Dz. U. z 2021 r., poz. 1973 ze zm.)

ust. 3 ww. ustawy w takim przypadku organ właściwy do udzielenia przedmiotowego pozwolenia stwierdza jego wygaśnięcie w drodze decyzji.

(akta kontroli str. 267-279, 690-698, 734-737)

3. W niżej wymienionych przypadkach w Szpitalu postępowano z odpadami w sposób niezgodny z przepisami rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi:

a. w dniu oględzin przenośne urządzenie chłodnicze znajdujące się w magazynie odpadów nie było wyposażone w termometr do pomiaru temperatury wewnątrz urządzenia, co stanowiło naruszenie § 7 ust.4 pkt 4 ww. rozporządzenia.

Brak termometru Dyrektor Szpitala wyjaśnił jego uszkodzeniem. W trakcie kontroli NIK zakupiony został nowy termometr i umieszczony w urządzeniu chłodniczym.

b. dwa pojemniki koloru czerwonego znajdujące się w magazynie odpadów, w których gromadzone były odpady o kodzie 18 01 03* nie były oznaczone co do numeru REGON wytwórcy, numeru księgi rejestrowej wytwórcy odpadów wraz z podaniem nazwy organu rejestrowego, a na jednym z nich dodatkowo nie było oznaczenia daty i godziny zamknięcia. Stanowiło to naruszenie sposobu oznakowania pojemników opisanego w § 6 ust. 1 pkt 3, 4 i 6 ww. rozporządzenia. Pielęgniarka Koordynująca Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, z którego pochodziły odpady wyjaśniła, że brak oznakowania był jednostkowym przypadkiem spowodowanym nieznanymi powodami. Z osobami odpowiedzialnymi za zaniedbania przeprowadzono rozmowy wyjaśniające.

c. worki gromadzone w magazynie odpadów medycznych były zamknięte poprzez ich zawiązanie u góry na węzeł, w sytuacji gdy w myśl § 3 ust 1 rozporządzenia w sprawie sposobu postępowania z odpadami medycznymi, odpady medyczne winny być gromadzone w workach z możliwością jednokrotnego zamknięcia. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że w Szpitalu worki są zamykane na podwójny węzeł oraz, że zgodnie z obowiązującą w Szpitalu gospodarką odpadami, worki raz zamknięte nie mogą być ponownie otworzone. Wskazał, że próba otwarcia tak zawiązanego worka wiąże się z jego uszkodzeniem, więc według Szpitala podwójny węzeł spełnia swoją rolę.

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 wymogów jednorazowego zamknięcia, umożliwia bowiem ich ponowne otwarcie bez uszkodzenia.

(akta kontroli str. 700-703, 738-741, 760-763)

4. Sprawozdanie o wytworzonych odpadach i o gospodarowaniu odpadami za 2021 r. zostało sporządzone w sposób nierzetelny. W sprawozdaniu wykazano bowiem, że masa wytworzonych odpadów o kodzie 18 01 08* (*leki cytotoksyczne i cytostatyczne*) wynosiła 20,701 Mg, podczas gdy faktycznie wytworzono 2,745 Mg, tym samym w sprawozdaniu zawyżono o 17,956 Mg masę wytworzonych odpadów medycznych w porównaniu do stanu faktycznego wynikającego z ewidencji.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że ilość odpadów w sprawozdaniu została podana omyłkowo.

W dniu 13 czerwca 2022 r. (w trakcie kontroli NIK) złożona została do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego korekta sprawozdania za 2021 r.

(akta kontroli str. 546-551, 564, 738-759)

5. W 2021 r. w Szpitalu dla odpadów medycznych o kodzie 18 01 09 w ilości 0,030 Mg²⁹ i odpadów o kodzie 18 01 02* w ilości 0,018 Mg³⁰ nie sporządzono karty ewidencji odpadów, co było niezgodne z art. 67 ust. 1 pkt 1 lit. b ustawy o odpadach. Ewidencji w systemie dokonano jedynie na podstawie karty przekazania odpadów, co stanowiło naruszenie art. 66 ust. 1 ustawy o odpadach. Przepis ten zobowiązuje posiadacza odpadów do prowadzenia ich bieżącej ewidencji, zarówno ilościowej, jak i jakościowej.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że karty ewidencji odpadów nie zostały wytworzone, gdyż zawinił tutaj czynnik ludzki. Wskazał ponadto, że system BDO nie ma możliwości uzupełnienia tych braków, a o powyższym fakcie poinformowany został Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego.

(akta kontroli str. 564-567, 761-763)

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. Doprowadzenia do zgodności zapisów regulaminu organizacyjnego Szpitala i Statutu Szpitala w zakresie komórek organizacyjnych funkcjonujących w Szpitalu i ich zadań.
2. Zamieszczania na pojemnikach z odpadami medycznymi oznakowania zawierającego wszystkie wymagane informacje.
3. Gromadzenia odpadów medycznych w workach z możliwością jednokrotnego zamknięcia.
4. Prowadzenia na bieżąco ewidencji wytworzonych odpadów.

Wnioski Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje 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.

²⁹ Wytworzonych w siedzibie.

³⁰ 0,013 Mg (miejsce prowadzenia działalności Pajęczno) i 0,005Mg (Przedbórz).

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
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
Stanisław Wlazło
Główny specjalista k.p.



podpis

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



podpis