

LPO.411.012.06.2016

I/16/010

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	I/16/010 – Postępowanie z odpadami medycznymi w podmiotach leczniczych województwa wielkopolskiego w latach 2014-2016 (do 30 czerwca)
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontroler	Joanna Jóźwiak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/71/2016 z 27 lipca 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Szpital Średzki spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Środzie Wielkopolskiej, ul. Żwirki i Wigury 10, 63-000 Środa Wielkopolska (dalej: Szpital lub Spółka)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Przemysław Leśniewski ¹ Prezes Zarządu Szpitala Średzkiego Spółka z o.o. w Środzie Wielkopolskiej (dalej: Prezes Zarządu Spółki) (dowód: akta kontroli str. 3, 11-13)

Ocena ogólna

Uzasadnienie oceny ogólnej

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia działania podejmowane w latach 2014-2016 (do 30 czerwca) w związku z unieszkodliwianiem odpadów medycznych wytworzonych w Szpitalu.

W okresie tym zaniechano uzyskiwania od podmiotu, któremu Szpital przekazywał zakaźne odpady medyczne dokumentów potwierdzających ich unieszkodliwienie, co jest niezbędne do zwolnienia Szpitala z odpowiedzialności za ich zbieranie lub przetwarzanie. Jakościowa i ilościowa ewidencja odpadów medycznych prowadzona była w sposób niesystematyczny, nierzetelny i niekompletny. Ponadto w okresie od 1 stycznia do 27 sierpnia 2014 r. w Szpitalu wytworzono niektóre odpady medyczne w ilości większej niż ustalona w obowiązującym wówczas pozwoleniu. Stwierdzone inne nieprawidłowości polegały na: nieprzestrzeganiu obowiązujących procedur w zakresie dopuszczalnego czasu magazynowania przeterminowanych leków, przekazaniu Marszałkowi Województwa Wielkopolskiego nierzetelnych danych o ilości i rodzaju wytworzonych odpadów medycznych, a także zawarciu w umowie dotyczącej usuwania w 2015 r. odpadów medycznych postanowień sprzecznych z warunkami postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Postępowanie z odpadami medycznymi

Opis stanu faktycznego

1) Szpital funkcjonuje w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, powstałej z przekształcenia Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Środzie Wielkopolskiej, na podstawie aktu przekształcenia z 17 grudnia 2013 r. Jedynym współnikiem spółki jest Powiat Średzki.

(dowód: akta kontroli, str. 4-5)

¹ Przemysław Leśniewski stanowisko Prezesa Zarządu Spółki objął 11 kwietnia 2016 r. Poprzednio Szpitalem kierowali: od 1 stycznia do 5 lutego 2014 r. Dyrektor Szpitala Zbigniew Hupało, od 6 lutego 2014 r. do 5 stycznia 2015 r. Prezes Zarządu Spółki Zbigniew Hupało, od 6 stycznia do 8 lutego 2015 r. prokurent Paweł Dopierała, od 9 lutego do 4 sierpnia 2015 r. Leszek Gawarecki Prezes Zarządu Spółki, od 5 sierpnia 2015 r. do 10 kwietnia 2016 r. Filip Waligóra i Maria Olejniczak członkowie Zarządu Spółki.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

W sprawie podejmowanych przez Szpital działań zapobiegających powstawaniu odpadów medycznych lub ograniczających ich ilość oraz ich kosztów, Prezes Spółki podał, że: w dniu 9 listopada 2015 r. w szpitalnych punktach wytwarzania odpadów medycznych umieszczono informację o odpadach, które należy wrzucać do czerwonych worków; wprowadzono procedurę postępowania z odpadami medycznymi; wdrożono procedurę kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, której jednym z załączników jest protokół kontroli dotyczący postępowania z odpadami medycznymi. Ponadto pod koniec 2015 r. poddano analizie koszty stosowania jednorazowych obłożeń operacyjnych, z tytułu których ponoszone są nie tylko koszty ich zakupu, ale i utylizacji. Obłożenia jednorazowe stosowane są tylko ze względów epidemiologicznych w przypadku cięć cesarskich i zabiegów ortopedycznych. Rozszerzono przetarg na pranie bielizny szpitalnej o dzierżawę bielizny operacyjnej oraz dostosowano ilość bielizny wielorazowej od ilości zabiegów operacyjnych. Efektami działań zrealizowanych w 2015 r., jak wyjaśnił Prezes Zarządu Spółki, było znaczące ograniczenie kosztów transportu i utylizacji odpadów³.

(dowód: akta kontroli, str. 31-32, 127-128)

2) W okresie objętym kontrolą obowiązywały dwie procedury postępowania z odpadami medycznymi, w tym jedna ustalona 30 września 2010 r., a druga 1 sierpnia 2015 r. Załącznikami do tych procedur były instrukcje dotyczące segregacji odpadów medycznych na stanowisku pracy. Zapisy w przyjętych procedurach były zgodne z postanowieniami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi⁴, uchylonego z dniem 24 stycznia 2016 r. W procedurach wprowadzonych w 2015 r. ustalono następującą klasyfikację odpadów medycznych wytwarzanych w Szpitalu: zakaźne o kodach: 180102, 180103, specjalne o kodach: 180106, 180108 i pozostałe o kodach: 180101, 180104, 180107 i 180109. Prezes Zarządu Spółki podał w wyjaśnieniach, że w procedurach zostały ujęte wszystkie klasyfikacje potencjalnych odpadów możliwych do wytworzenia w Szpitalu. W okresie objętym kontrolą NIK zaewidencjonowane zostały natomiast tylko rzeczywiste kategorie odpadów (o kodach 180102, 180103 i 180106), które zostały przekazane do utylizacji.

(dowód: akta kontroli, str. 14-28, 297)

W 2014 r. (do 30 listopada) obowiązki w zakresie nadzoru nad prawidłową gospodarką odpadami komunalnymi i medycznymi powierzone zostały specjalście do spraw zamówień publicznych. W okresie od 1 września 2014 r. do 31 maja 2015 r. dozór nad gospodarką odpadami komunalnymi i medycznymi powierzono referentowi administracyjnemu. Z dniem 1 lipca 2016 r. prowadzenie ewidencji odpadów, gromadzenie dokumentów potwierdzających unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych oraz sporządzanie zbiorczych zestawień o odpadach i ich terminowe przekazywanie do Urzędu Marszałkowskiego powierzono starszemu referentowi.

(dowód: akta kontroli, str. 129-135, 278)

3) W dniu 6 września 2016 r. kontroler NIK dokonał oględzin miejsc wytwarzania odpadów medycznych na oddziale położniczo-ginekologicznym i na oddziale wewnętrznym oraz miejsca magazynowania odpadów medycznych w zakresie sposobu zbierania i czasowego magazynowania odpadów oraz sposobu transportu odpadów na terenie Szpitala. W wyniku oględzin ustalono, że:

- prowadzona była segregacja odpadów na: odpady zakaźne o kodach 18 01 02* i 18 01 03* do worków w kolorze czerwonym oraz odpady pozostałe do worków w kolorze czarnym lub niebieskim;

- worki jednorazowego użycia umieszczone były na stelażach lub w sztywnych pojemnikach z wieczkami otwieranymi pedałowem, w taki sposób, aby ich górna, wywinięta na szerokość około 20 cm krawędź nie uległa zakażeniu; worki zostały wymienione w dniu oględzin w godzinach porannych;

³ Koszty te za I półrocze 2016 r. wynosiły 31.663,22 zł, a za cały 2015 rok 70.258 zł.

⁴ Dz. U. Nr 139, poz. 940.

- odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach zbierane były w pojemnikach jednorazowego użycia, sztywnych, odpornych na działanie wilgoci, mechanicznie odpornych na przekłucie bądź przecięcie;

- poza jednym pojemnikiem na odpady medyczne znajdującym się na oddziale wewnętrznym (w części niewyremontowanej), na wszystkich pozostałych pojemnikach i workach umieszczone były kody odpadów w nich przechowywanych;

- dane o miejscu pochodzenia odpadów umieszczone były tylko na czerwonych pojemnikach, w których przechowywano odpady zakaźne;

- pomieszczenie przeznaczone do magazynowania odpadów medycznych posiadało niezależne wejście, było zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych, posiadało ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję, było zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt, posiadało drzwi wejściowe bez progu, których szerokość i wysokość gwarantuje swobodny dostęp obsługi oraz wjazd i wyjazd środka transportu, posiadało umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozowniki z mydłem i środkiem do dezynfekcji rąk; w pomieszczeniu ustawionych było osiem plastikowych dużych kontenerów oraz dwa mniejsze pojemniki na kółkach z zamykaną pokrywą służące do transportu odpadów medycznych z miejsca ich wytwarzania; w czasie oględzin kontenery i pojemniki były puste; w pomieszczeniu ponadto była lodówka, która była pusta (panująca w niej temperatura wynosiła 0°C) oraz nieczynna chłodziarka;

- Szpital nie dysponował pomieszczeniem do dezynfekcji i mycia wewnętrzzakładowych środków transportu; podmiot odbierający odpady medyczne był zobowiązany do odbioru pojemników na odpady na zasadzie ich wymiany na pojemniki czyste i zdezynfekowane.

(dowód: akta kontroli, str. 79-83, 167, 170)

4) Szpital nie miał aktualnego pozwolenia na wytwarzanie odpadów niebezpiecznych. Pozwolenie na wytwarzanie odpadów niebezpiecznych i innych niż niebezpieczne z 27 sierpnia 2004 r.⁵ obowiązywało do 27 sierpnia 2014 r. Na podstawie tego pozwolenia Szpital mógł wytwarzać medyczne odpady niebezpieczne w ilości: kod 180102 - 0,05 Mg/rok, kod 180103 - 6,0 Mg/rok, kod 180106 i 180108 - 0,01 Mg/rok.

(dowód: akta kontroli, str. 84-91)

5) W latach 2014-2016 (za I półrocze) w Szpitalu wytworzono następujące ilości odpadów medycznych⁶:

a) kod 180102: w 2014 r. – 0,353 Mg, w 2015 r. – 0,397 Mg, w 2016 r. (do 30 czerwca) – 0,126 Mg,

b) kod 180103: w 2014 r. – 23,296 Mg, w 2015 r. – 24,443 Mg, w 2016 r. (do 30 czerwca) – 11,064 Mg,

c) kod 180106: w 2014 r. – 0,002 Mg.

(dowód: akta kontroli, str. 92-107)

6) W kontrolowanych latach Szpital nie prowadził działalności w zakresie unieszkodliwiania odpadów medycznych.

(dowód: akta kontroli, str. 6-7, 109, 117)

7) W latach 2014-2015 szpitalną ewidencję odpadów medycznych stanowiły karty przekazania odpadów o kodach 180102 i 180103 oraz karty ewidencji tych odpadów. W 2016 r. (do 30 czerwca) prowadzone były tylko karty przekazania odpadów o kodach 180102 i 180103. Dla odpadów o kodzie 180109, stanowiących leki przeterminowane, zostały sporządzone protokoły przekazania produktu leczniczego do utylizacji, na których podmiot utylizujący szpitalne odpady medyczne potwierdził ich odbiór w dniu 25 sierpnia 2016 r. W protokołach tych przekazane zostały do utylizacji leki przeterminowane, które zostały ujęte w protokołach ich kasacji sporządzonych 28 listopada 2014 r. i 30 listopada 2015 r.

(dowód: akta kontroli, str. 92-107, 119-126, 136-145)

Szpital w kontrolowanym okresie sporządzał karty przekazania odpadów na formularzu zgodnym ze wzorem ustalonym w rozporządzeniu Ministra Środowiska z 8 grudnia 2010 r. w

⁵ Decyzją z 21.12.2004 r. Starosta Średzki zmienił pozwolenie na wytwarzanie odpadów w ten sposób, że zwiększona została dopuszczalna ilość wytworzonych odpadów o kodzie 180103 z 2,0 Mg/rok do 6,0 Mg/rok.

⁶ Dane te wynikają z ilości odpadów, na którą podmiot odbierający odpady wystawił faktury oraz z kart przekazania odpadów temu podmiotowi.

sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów⁷, uchylonym z dniem 1 stycznia 2015 r., a następnie w rozporządzeniu Ministra Środowiska z 12 grudnia 2014 r. w sprawie dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów⁸. Karty przekazania odpadów sporządzone zostały w każdym przypadku w dniu przekazania, transportu i odbioru towaru i zawierały wszystkie dane. Na każdej z kart transport i przejęcie odpadu potwierdzone zostało przez podmiot, z którym Szpital ma zawartą umowę na transport i utylizację odpadów. Na żadnej z kart przekazania odpadów w latach 2015-2016 (do 30 czerwca) nie odznaczono „TAK” lub „NIE” w rubryce „wnioskuję o wydanie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych”. Dla odpadów medycznych przekazanych do utylizacji w latach 2014-2016 (do 30 czerwca) Szpital nie posiadał dokumentów potwierdzających ich unieszkodliwienie.

(dowód: akta kontroli, str. 96, 100, 104, 122, 123, 126, 278)

Sporządzane przez Szpital w latach 2014-2015 karty ewidencji odpadów, poza tytułem jednej z kolumn, były zgodne ze wzorem tych kart ustalonym w rozporządzeniach w sprawie dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów. Jedna z kolumn była zatytułowana „Nr karty przekraczania odpadu”, zamiast „Nr karty przekazania odpadu”.

(dowód: akta kontroli, str. 120-121, 124-125)

8) W kontrolowanym okresie, w dniu 25 czerwca 2015 r., w Szpitalu została przeprowadzona jedna kontrola zewnętrzna, której przedmiotem było m.in. postępowanie z odpadami medycznymi. Kontrolujący - Wielkopolski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny, stwierdził w tym obszarze następujące nieprawidłowości: niesprawne pojemniki na odpady medyczne na SOR (brak pokrywy, nieczynny mechanizm otwarcia i zamknięcia) oraz przepełnione pojemniki w pomieszczeniu magazynu odpadów – worki były wrzucane do pojemnika znajdującego się najbliżej drzwi, podczas gdy pojemniki usytuowane w głębi magazynu były niezapełnione.

(dowód: akta kontroli, str. 32, 66-78)

9) W dniu 30 maja 2014 r. Prezes Zarządu Spółki zatwierdził zasady kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerezeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Jednym z załączników do tego dokumentu był formularz protokołu kontroli dotyczący postępowania z odpadami medycznymi. Kryteriami oceny postępowania z odpadami medycznymi ustalonymi w tym protokole była: segregacja odpadów w miejscu ich wytwarzania, stosowanie kolorystyki worków na odpady, stan zapełnienia worków, prawidłowość ich opisu, zamknięcia i transportu, prawidłowość opisu i usuwania pojemników na ostrza, sprawność stelaży/pojemników na odpady.

(dowód: akta kontroli, str. 32-38)

W 2014 r. i w 2015 r. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadził w sumie 20 kontroli wewnętrznych w zakresie odpadów medycznych, a w 2015 r. przeprowadził pięć kontroli sprawdzających wykonanie zaleceń wydanych po tych kontrolach. Stwierdzone podczas kontroli nieprawidłowości dotyczyły: uszkodzonych mechanizmów pedałowycych oraz pokryw pojemników na odpady, braku stelaży/pojemników na odpady medyczne, nieumieszczenia daty otwarcia pojemnika na ostrza oraz zapełnienia tych pojemników i niesegregowania odpadów medycznych na bloku operacyjnym. W trakcie kontroli sprawdzających stwierdzono usunięcie nieprawidłowości oraz brak koszy do odpadów medycznych z systemem pedałowycym na oddziale wewnętrznym (I piętro - w czterech salach) i w laboratorium analityki medycznej (trzech sztuk).

Również w czasie dwóch kontroli czystości w pomieszczeniach z odpadami medycznymi przeprowadzonych w 2015 r. w poradni położniczo-ginekologicznej i w pomieszczeniu segregacji odpadów medycznych poddano ocenie segregację odpadów, przestrzeganie kolorystyki worków na odpady, stan ich napełnienia i sposób zamknięcia. W wyniku tych kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości. Ponadto w pomieszczeniu segregacji odpadów sprawdzono panującą w nim temperaturę, czystość lodówki oraz czy jest ciepła woda, ręczniki jednorazowe, płyn i mydło. Stwierdzono, że lodówka jest brudna, co zostało zgłoszone i bezzwłocznie usunięte.

(dowód: akta kontroli, str. 32, 39-65)

⁷ Dz. U. Nr 249, poz. 1673, zwane dalej rozporządzeniem z 8 grudnia 2010 r. w sprawie dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów.

⁸ Dz. U. z 2014 r., poz. 1973, zwane dalej rozporządzeniem z 12 grudnia 2014 r. w sprawie dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów.

10) Szpital terminowo przedłożył Marszałkowi Województwa Wielkopolskiego roczne sprawozdania o wytworzonych odpadach. Sprawozdanie za 2014 r. zostało przedłożone 1 marca 2015 r., a za 2015 r. 15 marca 2016 r.

(dowód: akta kontroli, str. 108-118)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1) W 2014 r., w okresie obowiązywania pozwolenia Starosty Średzkiego na wytwarzanie odpadów niebezpiecznych i innych niż niebezpieczne⁹, Szpital wytworzył niektóre odpady medyczne w ilościach przekraczających określone w tym pozwoleniu. W przypadku odpadów o kodzie 180102 roczny limit ustalony na 0,05 Mg/rok został przekroczony o 0,271 Mg, a odpadów o kodzie 180103 roczny limit ustalony na 6,0 Mg/rok został przekroczony o 10,275 Mg. Wytworzenie odpadów niebezpiecznych w ilościach przekraczających określone w pozwoleniu było działaniem nielegalnym.

(dowód: akta kontroli, str. 89-96)

Zbigniew Hupało, były Dyrektor Szpitala i były Prezes Zarządu Spółki w wyjaśnieniach w powyższej sprawie podał, że trudno jest jemu udzielić precyzyjnej odpowiedzi z powodu braku dostępu do źródeł informacji oraz, że w analizowanym czasie osobą kompetentną był Kierownik Działu Technicznego¹⁰.

(dowód: akta kontroli, str. 129, 301)

2) Działaniem nierzetelnym i naruszającym szpitalne procedury postępowania z odpadami medycznymi było magazynowanie przez aptekę szpitalną przez okres ponad 30 dni przeterminowanych leków stanowiących odpady medyczne o kodzie 180109. Stwierdzono magazynowanie takich odpadów przez 269 i 636 dni od dnia spisania protokołów ich kasacji do dnia przekazania ich do utylizacji, podczas gdy wewnętrzna procedura postępowania z odpadami medycznymi pozwalała na ich magazynowanie nie dłużej niż 30 dni. Ponadto magazynowano i nie przekazano do utylizacji leków psychotropowych, dla których protokół kasacji został spisany 30 listopada 2015 r.

(dowód: akta kontroli, str. 22, 136-145)

Kierownik apteki wyjaśniła, że leki przeterminowane przekazała do utylizacji dopiero w trakcie trwania kontroli NIK (25 sierpnia 2016 r.), gdy kontroler wskazał jej prawidłowy sposób przekazania leków do utylizacji. Do tego czasu leki były zabezpieczone w magazynie apteki w wydzielonym miejscu i opisane jako „Leki przeterminowane”. Sprawę utylizacji leków psychotropowych wyjaśniła tym, że podlegają one kasacji w obecności Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego, a teraz są przechowywane w pojemniku oklejonym banderolą z napisem „Do zniszczenia”.

(dowód: akta kontroli, str. 146-150)

3) Ewidencja odpadów medycznych prowadzona była z naruszeniem przepisów art. 66 ust. 1 i art. 67 ust. 1 pkt 1 b ustawy o odpadach¹¹ oraz aktów wykonawczych do tej ustawy. W żadnej z kart ewidencji odpadów prowadzonych w latach 2014-2015 nie rejestrowano na bieżąco masy wytworzonych odpadów medycznych. Dla wytworzonych w 2014 r. odpadów medycznych o kodzie 180106 oraz dla wytworzonych w I półroczu 2016 r. odpadów medycznych o kodach 180102 i 180103 nie były prowadzone karty ewidencji odpadów. W kartach ewidencji odpadów o kodzie 180102 i 180103 za rok 2015 r. nie ujęto ilości 0,003 Mg odpadów 180102 oraz ilości 0,290 Mg odpadów 180103. Ponadto prowadzone w latach 2014-2015 karty odpadów medycznych o kodzie 180102 i 180103 były sporządzane nierzetelnie, bowiem nie podano w nich danych dotyczących numerów kart przekazania odpadów oraz imienia i nazwiska osoby sporządzającej. Wymóg taki określony został w załącznikach¹² do obowiązujących w tych latach rozporządzeń w sprawie dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów.

(dowód: akta kontroli, str. 101, 119-121, 124-125)

⁹ Pozwolenie to mające formę decyzji obowiązywało do dnia 27 sierpnia 2014 r. (opis w pkt 1.4. wystąpienia).

¹⁰ Z ustaleń kontroli NIK wynika, że w kontrolowanym okresie Kierownikowi Działu Technicznego nie zostały powierzone żadne czynności związane z gospodarką odpadami, w tym medycznymi.

¹¹ Ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz. U. z 2013 r., poz. 21 ze zm.), dalej ustawa o odpadach.

¹² Załącznik nr 1 do rozporządzenia obowiązującego w 2014 r. i załącznik nr 2 do rozporządzenia obowiązującego w latach 2015-2016.

Prezes Zarządu Spółki podał, że pracownicy zajmujący się tematem odpadów medycznych już w Szpitalu nie pracują i dlatego nie może udzielić wyjaśnień w powyższych sprawach oraz, że karty ewidencji odpadów o kodach 180102 i 180103 za rok 2016 r. zostały zaprowadzone w czasie trwania kontroli NIK i są prowadzone systematycznie¹³.

(dowód: akta kontroli, str. 278-279, 291-295)

4) Przekazane przez Szpital Marszałkowi Województwa Wielkopolskiego zbiorcze zestawienia danych o odpadach zawierały nierzetelne informacje. W zestawieniu dotyczącym 2014 r. nie wykazano wytworzonych odpadów o kodzie 180106 w ilości 0,002 Mg, a w zestawieniu dotyczącym 2015 r. zaniżone zostały ilości wytworzonych odpadów o kodzie 180102 i 180103 o odpowiednio: 0,003 Mg i 0,290 Mg.

(dowód: akta kontroli, str. 92-101, 108-118)

Odnosnie danych w zbiorczym zestawieniu danych o odpadach za 2014 r. Prezes Zarządu Spółki wskazał, że pracownicy zajmujący się tematem odpadów medycznych w latach ubiegłych już w Szpitalu nie pracują. Sprawę błędu w zbiorczym zestawieniu za 2015 r. wyjaśnił natomiast tym, że karty przekazania odpadów o kodzie 180103 w ilości 0,290 Mg i o kodzie 180102 w ilości 0,003 Mg zostały omyłkowo podpisane pod fakturę i nie przekazano ich kopii pracownikowi odpowiedzialnemu za sporządzenie tego zestawienia.

(dowód: akta kontroli, str. 279)

Ocena
cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność Szpitala w zbadanym zakresie.

Wykonanie umów z podmiotami odbierającymi odpady medyczne

Opis stanu
faktycznego

1) W kontrolowanym okresie obowiązywały dwie umowy zawarte przez Szpital z Zakładem Utylizacji Odpadów Sp. z o.o. w Koninie. Pierwsza została zawarta 3 grudnia 2012 r. na okres trzech lat, tj. do 2 grudnia 2015 r. Wartość określonych w tej umowie usług odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych oraz unieszkodliwiania odpadów niebezpiecznych została określona na kwotę 198.120,6 zł (brutto). Druga umowa dotycząca usuwania odpadów medycznych została zawarta 8 grudnia 2015 r. na okres jednego roku, tj. do dnia 8 grudnia 2016 r. a wartość określonych w niej usług wynosiła 70.740 zł (brutto).

W obu umowach zawarte zostały postanowienia o respektowaniu „zasady bliskości” określonej w przepisach art. 20 ustawy o odpadach, w ten sposób, że wykonawca oświadczył w umowie, iż utylizacja odpadów odbywać się będzie na terenie województwa wielkopolskiego (odpowiednio w § 2 ust. 3 umowy z 2012 r. i w § 1 ust. 8 umowy z 2015 r.).

W umowach zawarte zostały także postanowienia zobowiązujące odbiorcę odpadów do wydania dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie odpadów niebezpiecznych (odpowiednio w § 2 ust. 1 umowy z 2012 r. i w § 1 ust. 7 umowy z 2015 r.). Szpital, jak wynika z ustaleń opisanych w pkt 1.7. niniejszego wystąpienia, nie występował do odbiorcy odpadów o wydanie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie odpadów niebezpiecznych.

Podmiot zbierający, transportujący i utylizujący szpitalne odpady medyczne posiadał stosowane zezwolenia na zbieranie, transport i unieszkodliwianie odpadów, w tym medycznych na okres 10 lat, tj. do 25 lipca 2022 r.

W umowie z 8 grudnia 2015 r. zlecono wykonawcy transport i unieszkodliwianie odpadów o kodach: 180101, 180102, 180103, 180104, 180106 i 180108 w ilości szacunkowej 25.000 kg. W okresie od 8 grudnia 2015 r. do 30 czerwca 2016 r. Szpital przekazał do utylizacji ogółem 12.641 kg odpadów o kodach 180102 i 180103.

(dowód: akta kontroli, str. 100-104, 164-169, 188, 196-267)

¹³ Na podstawie kart ewidencji odpadów, sporządzonych za styczeń i czerwiec 2016 r., ustalono, że zaprowadzono je w sposób prawidłowy.

2) Wykonawca umowy z 2015 r. został wybrany bez stosowania przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych¹⁴, na podstawie art. 4 pkt 8 tej ustawy. Przy wyborze tego wykonawcy zastosowano tryb zapytania ofertowego. Szpital przesłał zapytania do trzech wykonawców. Ofertę złożył tylko jeden oferent, z którym zawarto umowę. Wykonawca spełniał wszystkie warunki ustalone w zapytaniu ofertowym. Postanowienia zawartej umowy były niezgodne z warunkami ustalonymi w zapytaniu ofertowym i w ofercie wykonawcy. Ustalenia w tym zakresie opisano w pkt 2 obszaru „Ustalone nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli, str. 167-169, 170-274)

3) Szpital w kolejnych latach okresu 2014-2016 (do 30 czerwca) z tytułu transportu i unieszkodliwienia odpadów medycznych poniósł koszty wynoszące odpowiednio: 69.922,87 zł, 70.258,96 zł i 31.663,22 zł, co stanowiło w każdym z tych lat 0,2% kosztów jego funkcjonowania.

(dowód: akta kontroli, str. 275)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki stwierdzono następujące nieprawidłowości:

W latach 2014-2016 (do 30 czerwca) Szpital, jako wytwórca odpadów medycznych, zaniechał żądania od firmy unieszkodliwiającej te odpady wydawania dokumentów potwierdzających unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych (art. 95 ust. 4 ustawy o odpadach). Zgodnie z art. 27 ust. 5 ustawy o odpadach wytwórca takich odpadów (Szpital) jest zwolniony z odpowiedzialności za ich zbieranie lub przetwarzanie dopiero z chwilą dokonania unieszkodliwienia tych odpadów przez następnego ich posiadacza przy zastosowaniu termicznego przekształcania odpadów w spalarni odpadów niebezpiecznych. Zgodnie z art. 27 ust. 6 tej ustawy potwierdzeniem przejścia odpowiedzialności za gospodarowanie odpadami na następnego posiadacza odpadów jest dokument potwierdzający unieszkodliwienie.

(dowód: akta kontroli, str. 92-103)

W wyjaśnieniach w powyższej sprawie Prezes Zarządu Spółki podał, że Szpital wystąpił do podmiotu unieszkodliwiającego szpitalne odpady medyczne z wnioskiem o przesyłanie dokumentów potwierdzających utylizację odpadów¹⁵ oraz, że brak tych dokumentów za miniony okres wynikał z niewiedzy pracownika, który zajmował się odpadami medycznymi.

(dowód: akta kontroli, str. 278, 284-290)

Były Prezes Zarządu Spółki Leszek Gawarecki i członkowie Zarządu Spółki: Maria Olejniczak i Filip Waligórski w powyższej sprawie złożyli wyjaśnienia o takiej samej treści podając, że przyczyną braku dokumentów potwierdzających utylizację odpadów była błędna interpretacja przepisów prawa w tym zakresie przez pracowników Szpitala.

(dowód: akta kontroli, str. 280-283, 298-299)

Zbigniew Hupało, były Dyrektor Szpitala i były Prezes Zarządu Spółki, złożył wyjaśnienia, które zostały przywołane na str. 7 niniejszego wystąpienia (pod pkt 1 Ustalone nieprawidłowości).

2) Z naruszeniem zasady należytej staranności oraz rzetelności członek zarządu Spółki oraz jej prokurent, w imieniu Szpitala, zawarli 8 grudnia 2015 r. umowę na wykonanie usługi w zakresie usuwania (w tym transportu i utylizacji) odpadów medycznych. W umowie tej zostały zawarte postanowienia (w § 1 ust. 6 i 7), z których wynika, że wykonawca tej umowy zobowiązuje się przekazywać odpady medyczne do utylizacji, unieszkodliwienia lub składowania podmiotowi posiadającemu stosowne zezwolenia oraz, że będzie przedkładał Szpitalowi dokument potwierdzający przekazywanie odpadów takiemu podmiotowi. Postanowienia te są sprzeczne z warunkami postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie zapytania ofertowego oraz z ofertą wykonawcy.

(dowód: akta kontroli, str. 167, 170-173, 185)

¹⁴ Ustawa z 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 2164), dalej ustawa Prawo zamówień publicznych; w dniu zawarcia umowy obowiązek stosowanie ustawy dotyczył zamówień publicznych, których wartość przekraczała równowartość kwoty 30 tys. euro.

¹⁵ W piśmie z 6 września 2016 r. (doręczonym 12 września 2016 r.) Szpital zwrócił się o wydawanie dokumentów potwierdzających unieszkodliwienie jego odpadów medycznych w okresie do końca trwania umowy. W dniu 13 września 2016 r. podmiot utylizujący odpady medyczne wytwarzane w Szpitalu wystawił dokument potwierdzający unieszkodliwienie odpadów medycznych w sierpniu 2016 r.

Członek zarządu Spółki Filip Waligóra¹⁶, który m.in. zawarł opisaną wyżej umowę wyjaśnił, że opisane postanowienia nie znajdują zastosowania w obecnym stanie prawnym oraz, że umowę tą przygotowała kancelaria prawna zakładając, że inny podmiot będzie zajmował się odbiorem odpadów, a inny ich utylizacją, unieszkodliwianiem lub składowaniem.

(dowód: akta kontroli, str. 153)

3) Działaniem nierzetelnym było niezabezpieczenie w umowie z 8 grudnia 2015 r. transportu i utylizacji odpadów medycznych o kodach 180107 i 180109, które jak wynika ze szpitalnych procedur postępowania z odpadami medycznymi zostały wymienione w katalogu odpadów wytwarzanych w Szpitalu.

(dowód: akta kontroli, str. 20, 167)

W wyjaśnieniach członkowie zarządu Spółki podali, że zgodnie z oświadczeniem Kierownika Laboratorium Analitycznego, odpady chemiczne powstające w procesie analiz są skażone materiałem biologicznym (krew), w związku z czym są utylizowane jako odpad o kodzie 180102. W sprawie odpadów o kodzie 180109 członkowie zarządu Spółki wyjaśnili, że według oświadczenia Kierownika apteki do 31 lipca 2016 r. nie przeprowadzono utylizacji tych odpadów oraz, że w najbliższym zapytaniu cenowym zostanie ujęta ta pozycja.

(dowód: akta kontroli, str. 31)

NIK wskazuje, że w świetle tych wyjaśnień występuje ryzyko mieszania odpadów niebezpiecznych różnych rodzajów, co jest zabronione art. 21 ust. 1 ustawy o odpadach. Z wyjaśnień wynika także nieprawidłowe zaklasyfikowanie opisywanych odpadów medycznych. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Środowiska z 9 grudnia 2014 r. w sprawie katalogu odpadów¹⁷ chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, zawierające substancje niebezpieczne klasyfikuje się bowiem do odpadów medycznych oznaczonych kodem 180106.

Uwaga dotycząca kontrolowanej działalności

NIK zwraca uwagę, że nowa treść regulaminu udzielania zamówień publicznych, w której m.in. zmieniona została wartość zamówienia publicznego, do której stosuje się postanowienia regulaminu, tj. z 14 tys. euro na 30 tys. euro, została wprowadzona uchwałą zarządu Spółki podjętą dopiero w trakcie trwania kontroli NIK (1 września 2016 r.), podczas gdy wartość zamówienia publicznego 30 tys. euro, od której istnieje wymóg stosowania ustawy Prawo zamówień publicznych, obowiązuje już od 16 kwietnia 2014 r.

(dowód: akta kontroli, str. 158-163)

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność Szpitala w zbadanym zakresie.

Ocena
cząstkowa

IV. Uwagi i wnioski

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹⁸, wnosi o:

- 1) wyegzekwowanie dokumentów potwierdzających unieszkodliwienie odpadów medycznych wytworzonych w Szpitalu w latach 2014-2016,
- 2) rzetelne i bieżące prowadzenie ilościowej i jakościowej ewidencji odpadów medycznych,
- 3) zapewnienie przestrzegania procedur postępowania z odpadami medycznymi dotyczących okresu magazynowania przeterminowanych leków,
- 4) dostosowanie postanowień umowy zawartej 8 grudnia 2015 r. z podmiotem unieszkodliwiającym odpady medyczne do zakresu wykonywanej usługi,
- 5) zapewnienie rzetelnego wykazywania w zbiorczych sprawozdaniach danych o ilości i kategorii wytworzonych odpadów medycznych.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

¹⁶ W umowie Szpital reprezentował Filip Waligóra członek zarządu i Paweł Dopierała prokurent Spółki do dnia 28.01.2016 r.

¹⁷ Dz. U. z 2014 r., poz. 1923.

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

Wnioski
pokontrolne

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Poznaniu.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania
uwag i wykonania
wniosków

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

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

Poznań, dnia 11 października 2016 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontroler

Dyrektor

Joanna Józwiak
Główny specjalista kontroli państwowej

z up. Grzegorz Malesiński
Wicedyrektor