



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Poznaniu

LPO.410.004.01.2022

Pani Izabela Marciniak
Dyrektor Naczelny
Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej
nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu
ul. Wrzoska 1
60-663 Poznań

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu (dalej: Szpital lub SZOZ) 60-663 Poznań, ul. Wrzoska 1 (do 26 kwietnia 2022 r. Szpital mieścił się przy ul. Krysiewicza 7/8, 61-825 Poznań)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Izabela Marciniak Dyrektor Naczelny Szpitala ¹ .
Zakres przedmiotowy kontroli	Postępowanie z wytwarzanymi zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym wytwarzanymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2022 (do dnia zakończenia czynności kontrolnych, z wykorzystaniem dowodów sporządzanych przed lub po tym okresie) ² .
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontroler	Agata Nowak, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LPO/31/2022 z 1 lutego 2022 r. Sylwia Zakrzewska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/85/2022 z 6 maja 2022 r.

(akta kontroli str.1)

¹ Powołana na to stanowisko 23 sierpnia 2017 r. uchwałą nr 4190 /2017 Zarządu Województwa Wielkopolskiego.

² W dalszej części wystąpienia zwany również okresem kontrolowanym lub okresem objętym kontrolą. Kontrola w Szpitalu zakończyła się 10 czerwca 2022 r.

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

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

NIK ocenia negatywnie podejmowane przez Szpital w kontrolowanym okresie działania związane z postępowaniem z wytwarzanymi na jego terenie zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym powstałymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.

UZASADNIENIE OCENY OGÓLNEJ

Ocenę negatywną uzasadniają stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości dotyczące naruszeń obowiązujących przepisów prawa w zakresie postępowania z odpadami medycznymi, w tym stwierdzenie przez NIK okoliczności wskazujących na zaistnienie bezpośredniego zagrożenia dla życia i zdrowia ludzkiego poprzez nieprawidłowe przygotowywanie odpadów medycznych gromadzonych w jednej z lokalizacji Szpitala, w celu przejęcia ich przez firmę odbierającą takie odpady.

Szpital opracował i wdrożył procedury postępowania z odpadami medycznymi. Obowiązująca w Szpitalu do dnia 23 maja 2022r. Procedura nie była jednak opracowana w sposób rzetelny, gdyż rozwiązania przyjęte w jej uregulowaniach określających postępowanie z odpadami medycznymi, w tym z odpadami o ostrych końcach i krawędziach, nie były w pełni zgodne z wymaganiami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi⁵. W Szpitalu nie zapewniono spójności pomiędzy poszczególnymi regulacjami obowiązującymi w zakresie postępowania z odpadami medycznymi, bowiem w zakresach obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności: członków Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych (ZKZS), Kierownika Działu Logistyki, Kierownika Działu Higieny oraz pracowników transportu wewnętrznego nie wskazano zadań odnoszących się do przypisanych im w Procedurze czynności związanych z zapewnieniem prawidłowego gospodarowania odpadami medycznymi. Do zadań określonych w Procedurze nie odnosiły się również regulacje określające sposób funkcjonowania ZKZS. W Szpitalu nie zapewniono przekazywania pracownikom informacji ważnych z punktu widzenia realizowanych przez nich zadań, tj. zawartych w Procedurze uregulowań dotyczących gospodarowania odpadami medycznymi. Jedną z tych osób nie została w ogóle zapoznana z treścią obowiązujących w Szpitalu regulacji dotyczących odpadów medycznych, a inne 4 spośród 20 osób, których dokumentacja została zbadana, potwierdziło zapoznanie się z procedurą po upływie od czterech miesięcy do nawet trzech lat od podjęcia zatrudnienia lub jej wprowadzenia. Nie wszyscy pracownicy odpowiedzialni za realizację zadań związanych z gospodarowaniem odpadami medycznymi podnosili kompetencje zawodowe w tym zakresie i uczestniczyli w szkoleniach zewnętrznych, dedykowanych wprost problematyce gospodarowania odpadami medycznymi. ZKZS nie realizował w pełnym zakresie zadań przypisanych mu w Procedurze, tj.: w latach 2020-2021 nie przeprowadził corocznej weryfikacji Procedury wymaganej postanowieniami jej pkt. 5.1 tiret 3, a w 2019 r. i nie dokonał udokumentowanej oceny postępowania z odpadami, wymaganej postanowieniami pkt. 5.1 tiret 2 Procedury (w wersji obowiązującej do 27 stycznia 2020 r.).

Szpital nie złożył wniosku, o którym mowa w art. 59 ust. 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach⁶, tj. o zmianę wpisu do rejestru w Bazie danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami (dalej: BDO) pomimo tego, że w pierwotnym wniosku o wpis z 6 listopada 2018 r. wskazał węższy katalog odpadów medycznych niż faktycznie wytwarzane w kontrolowanym okresie.

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

⁵ Dz. U. poz. 1975.

⁶ Dz. U. z 2022, poz. 699 ze zm., dalej: ustawa o odpadach

Szpital naruszył zasadę określoną w art. 21 ust. 1 ustawy o odpadach, która zakazuje mieszania odpadów niebezpiecznych różnych rodzajów oraz mieszania odpadów niebezpiecznych z odpadami innymi niż niebezpieczne, łącząc odpady o kodzie 18 01 03* z odpadami o kodzie 18 01 04, 18 01 82* i 18 01 09. Postępowanie z odpadami medycznymi, w tym zakaźnymi odpadami medycznymi było niezgodne z obowiązującymi wymogami w zakresie miejsca ich wstępnego magazynowania. Stwierdzono nieprawidłowości polegające na mieszanii odpadów zakaźnych z odpadami zgromadzonymi w sposób wskazujący na ich niebezpieczny charakter, wstępne magazynowanie odpadów w workach nieposiadających możliwości jednokrotnego zamknięcia oraz w uszkodzonych workach i pojemnikach o kolorze niezgodnym z wymogami, nieoznaczaniu odpadów medycznych niebezpiecznych co do wymaganej daty otwarcia i zamknięcia worka/pojemnika na odpady, a także miejsca powstania odpadu. Naruszono tym samym wymogi § 3 ust. 1 i 5, § 4 ust. 3, § 6 ust. 1 pkt 5, pkt 6 rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi.

Ewidencja ilościowa i jakościowa odpadów medycznych nie była prowadzona w sposób bieżący oraz nie zawierała wiarygodnych danych o ilości i czasie wytworzenia odpadów medycznych. W Szpitalu podstawą zaewidencjonowania informacji o dacie i masie wytworzonych przez Szpital odpadów medycznych, w tym odpadów medycznych zakaźnych⁷, były dane o dacie i masie odnotowane w Karcie Przekazania Odpadów – zamiast rzeczywistych dat wytworzenia odpadów medycznych i ich masy. Skutkowało to zaprezentowaniem nierzetelnych danych w sprawozdaniach dotyczących ilości wytworzonych odpadów medycznych oraz brakiem informacji umożliwiających prowadzenie nadzoru nad gospodarowaniem tymi odpadami. Szpital nie dysponował również danymi pozwalającymi na monitorowanie dopuszczalnego czasu gromadzenia odpadów medycznych oraz na stwierdzenie, że odpady medyczne wytworzone w Szpitalu i przekazane do Punktu Magazynowania Odpadów Medycznych (dalej: PMOM) zostały przekazane do unieszkodliwienia w terminie określonym dla poszczególnych kodów odpadów w rozporządzeniu w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi.

W ocenie NIK wymienione wyżej nieprawidłowości wskazują na konieczność poprawienia skuteczności funkcjonującej w Szpitalu kontroli zarządczej⁸.

⁷ w BDO (lata 2020-2022 – do 18 marca), a wcześniej (w 2019 r.) na drukach kart ewidencji odpadów określonych w obowiązującym do 31 kwietnia 2019 r. rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 12 grudnia 2014 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów (Dz. U. poz. 1973 - akt został uchylony z dniem 1 maja 2019 r.) oraz obowiązującym do 31 grudnia 2019 r. rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 25 kwietnia 2019 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów (Dz. U. poz. 819).

⁸ Standardy kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych – Komunikat nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych (Dz. Urz. MF nr 15 poz. 8), dalej: *Standardy kontroli zarządczej*.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

Postępowanie z wytwarzanymi zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym wytwarzanymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.

Opis stanu faktycznego

1.1. Komórki organizacyjne Szpitala wykazane jako miejsca wytwarzania odpadów medycznych w BDO funkcjonowały (2019-I kwartał 2022 r.) w czterech lokalizacjach tj.

- Poznań, ul. Krysiewicza 7/8,
- Poznań, ul. Feliksa Nowowiejskiego 56/58,
- Poznań, ul. Feliksa Nowowiejskiego 22/24,
- Poznań, ul. Jarochowskiego 18.

Pomieszczenia przeznaczone do wstępnego magazynowania odpadów medycznych zlokalizowane były przy ul. Krysiewicza 7/8, ul. Feliksa Nowowiejskiego 56/58 oraz ul. Jarochowskiego 18, a od 11 kwietnia 2022 r. również przy ul. Wrzoska 1.

Odbiór odpadów medycznych zakaźnych z nowej lokalizacji przy ul. Wrzoska 1 w Poznaniu następował od 14 kwietnia 2022 r.

(akta kontroli str. 14-21, 136-186, X, ew. wydruk księgi rejestrowej)

1.2 W regulaminie organizacyjnym Szpitala wprowadzonym zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr DN-021-1-65/18 z 30 listopada 2018 r. wskazano, że *sprawowanie nadzoru i prowadzenie dokumentacji w odniesieniu do odpadów niebezpiecznych, komunalnopodobnych itp. zgodnie z wymogami uprawnionych instytucji należało do Działu Logistyki i Administracji*⁹ (§ 30 ust. 13). Zmianą regulaminu organizacyjnego¹⁰ dodano w nim Dział Higieny Szpitalnej¹¹ (§ 36 regulaminu), odpowiedzialny m.in. za zabezpieczenie transportu wewnętrznego w zakresie odpadów, współpracę z Zespołem Kontroli Zakażeń Szpitalnych¹² w zakresie realizacji działań w obszarze sanitarno-epidemiologicznym oraz organizację działań mających na celu zapewnienie właściwego stanu higieniczno-sanitarnego obiektów Szpitala. Ww. komórki organizacyjne Szpitala podlegały zastępcy dyrektora ds. administracyjno-eksploatacyjnych.

(akta kontroli str. 187-243)

Do zakresu zadań Zespołu należało, według zarządzenia dyrektora Szpitala nr DN-021-1-41/21 z 30 grudnia 2021 r.¹³, opracowywanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, prowadzenie kontroli wewnętrznej oraz przedstawianie wyników i wniosków z tej kontroli dyrektorowi Szpitala oraz Komitetowi Zakażeń Szpitalnych, szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych, konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną. W skład ww. Zespołu wchodziły osoby zatrudnione na stanowiskach: lekarza (specjalisty w zakresie pediatrii i chorób zakaźnych), specjalisty ds. epidemiologii (pielęgniarka, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego), diagnosty laboratoryjnego.

(akta kontroli str. 32-38)

W zakresie zadań, obowiązków i uprawnień kierownika Działu Logistyki wskazano, że zakres obowiązków obejmuje *opracowanie rocznych dokumentacji związanej z gospodarką odpadami oraz sprawozdań z gospodarki mieniem i zestawienie danych o rodzajach i ilościach wytworzonych odpadów w celu przekazania Urzędowi*

⁹ Dalej: Dział Logistyki.

¹⁰ Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr DN-02101008/19 z 14 lutego 2019 r.

¹¹ Dalej: Dział Higieny.

¹² Dalej: Zespół lub ZKZS

¹³ Wcześniej obowiązywały tożsame w tym zakresie zarządzenia dyrektora Szpitala: nr DN-02101035/18 z 16 lipca 2018 r., nr DN-02101015/2019 z 4 kwietnia 2019 r., nr DN-021-01-030a/20 z 3 listopada 2020 r.

Marszałkowskiemu Województwa Wielkopolskiego. Zakres zadań, obowiązków i odpowiedzialności pracowników transportu wewnętrznego w Dziale Higieny obejmował w zakresie gospodarowania odpadami: *transport, właściwą segregację odpadów komunalnych, specyficznych, niebezpiecznych, pokonsumpcyjnych do miejsc składowania*. Stwierdzono nieprawidłowość polegającą na tym, że w zakresach obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności członków ZKZS, Kierownika Działu Logistyki, Kierownika Działu Higieny oraz pracowników transportu wewnętrznego nie wskazano zadań odnoszących się do przypisanych im czynności związanych z zapewnieniem prawidłowego gospodarowania odpadami medycznymi określonych w Procedurze (szczegółowo opisanej w punkcie 2 niniejszego wystąpienia). Do zadań określonych w Procedurze nie odnosiły się również regulacje określające sposób funkcjonowania ZKZS.

(akta kontroli str. 32-38, 41-46, 50-51, 53-58, 62-64, 69-73, 84-131)

Nie zostały w ten sposób spełnione standardy kontroli zarządczej¹⁴ określone w części A Środowisko wewnętrzne pkt 3, wskazujące m.in., że zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności poszczególnych komórek organizacyjnych jednostki oraz zakres podległości pracowników powinien być określony w formie pisemnej w sposób przejrzysty i spójny.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że wszystkie zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników odpowiedzialnych za gospodarkę odpadami zostaną zweryfikowane pod kątem standardów kontroli zarządczej tak, aby w sposób jednoznaczny określały czynności niezbędne dla właściwego funkcjonowania kontrolowanego obszaru.

(akta kontroli str. 782-788)

W procesie gospodarowania odpadami medycznymi w Szpitalu uczestniczyli – poza pracownikami wymienionymi w Procedurze - bezpośrednio pracownicy realizujący zadania w procesach diagnostyczno-leczniczo-pielęgnacyjnych: lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, opiekunowie medyczni, przyuczona pomoc medyczna oraz personel pomocniczy, tj. pracownicy Działu Higieny, pracownicy transportu wewnętrznego, serwisu sprząającego.

(akta kontroli str. 40, 65-67, 84-119)

1.3 Kierownik Działu Logistyki brała w 2019 r. i 2020 r. udział w dwóch szkoleniach dedykowanych problematyce gospodarowania odpadami w tym prowadzenia BDO oraz o gospodarce odpadami i zasadom rozliczeń odpadowych.

(akta kontroli str. 59-60)

Pracownicy szpitala brali udział organizowanych przez podmioty zewnętrzne jednodniowych szkoleniach, obejmujących tematykę:

- w 2019 r. ekspozycji zawodowej na patogeny krwiopochodne, procedur przeciwepidemicznych – zasad utrzymania czystości w szpitalu oraz zasad utrzymania czystości w szpitalu (procedury mycia i dezynfekcji, postępowanie z odpadami, transport wewnętrzy)¹⁵,
- w 2020 r. higieny szpitalnej (procedury sanitarno-epidemiologiczne, transport wewnętrzy)¹⁶,

¹⁴ Komunikat Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych (Dz. Urz. Ministra Finansów Nr 15, poz. 84), dalej standardy kontroli zarządczej

¹⁵ Odpowiednio: 23 uczestników (kadra kierownicza pielęgniarska/położnicza, specjaliści ds. epidemiologii), 18 uczestników (pracownicy sprząający i transportu wewnętrznego – Szpital ul. Krysiewicza), 23 uczestników (kadra kierownicza pielęgniarska/położnicza, specjaliści ds. epidemiologii), 23 uczestników (pracownicy sprząający i transportu wewnętrznego – Szpital przy ul. Jarochowskiego).

¹⁶ 19 uczestników (pracownicy sprząający i transportu wewnętrznego – Szpital przy ul. Jarochowskiego), 18 uczestników (pracownicy sprząający i transportu wewnętrznego – Szpital ul. Krysiewicza), 11 uczestników (pracownicy sprząający i transportu wewnętrznego – Szpital ul. Nowowiejskiego).

- w 2022 r. (2 marca, webinarium) zarządzania odpadami medycznymi w 2022 r.¹⁷
Szkolenia wewnętrzne – dotyczące problematyki postępowania z odpadami prowadzone były w każdym roku z lat objętych kontrolą, przez specjalistę ds. epidemiologii, a w latach 2020- 2022 (I kwartał) również przez Kierownika Działu Higieny.

(akta kontroli str. 74-79)

Pomimo, że w świetle standardów kontroli zarządczej określonych w części A Środowisko wewnętrzne pkt 2 należy zadbać, aby osoby zarządzające i pracownicy posiadali wiedzę, umiejętności i doświadczenie pozwalające skutecznie i efektywnie wypełniać powierzone zadania oraz należy zapewnić rozwój kompetencji zawodowych pracowników jednostki i osób zarządzających Kierownik Działu Higieny oraz pracownicy transportu wewnętrznego pracujący w ww. Dziale, jak również członkowie Komitetu Zakażeń Szpitalnych zatrudnieni na stanowiskach: lekarza (specjalisty w zakresie pediatrii i chorób zakaźnych), specjalisty ds. epidemiologii (pielęgniarka naczelna oraz pielęgniarka epidemiologiczna - specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego¹⁸) oraz pozostały personel medyczny i pomocniczy Szpitala nie uczestniczyli w badanym okresie (do czasu rozpoczęcia kontroli NIK) w szkoleniach zewnętrznych dedykowanych wprost problematyce gospodarowania odpadami medycznymi.

(akta kontroli str. 47-49, 52, 61, 74-79)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że plany szkoleń na 2022 r. zostaną rozszerzone o szkolenia związane z tematyką dotyczącą właściwego postępowania z odpadami medycznymi. Wybrany zostanie organizator wewnętrzny, który przeprowadzi dla szerokiej grupy pracowników szkolenie w problematyce gospodarki odpadami medycznymi.

(akta kontroli str. 782-788)

2. W latach 2019-2022 (do 23 maja) w Szpitalu obowiązywała procedura *Postępowanie z odpadami medycznymi*¹⁹ (dalej: Procedura), której celem było zapewnienie sprawnego i bezpiecznego usuwania odpadów medycznych podczas wszystkich etapów związanych z selektywną zbiórką, transportem, wstępnym magazynowaniem na terenie całej placówki oraz zapewnienie bezpieczeństwa pracownikom transportującym do PMOM oraz odbierającym odpady do utylizacji. W ww. czasie do procedury wprowadzona została jedna zmiana, obowiązująca od 28 stycznia 2020 r.

W punkcie 5 Procedury określono zakres odpowiedzialności poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala.

Za nadzór nad stosowaniem Procedury, okresową ocenę²⁰ postępowania z odpadami oraz coroczną weryfikację procedury odpowiedzialny był Zespół – pkt 5.1. Kierownik Działu Logistyki był od 28 stycznia 2020 r., zgodnie z pkt. 5.2 Procedury, odpowiedzialny za przygotowanie i nadzór na prawidłową realizacją umowy z firmą zewnętrzną w zakresie odbioru odpadów oraz prowadzenie ewidencji Kart Odpadów i Kart Ewidencji Odpadów. Według pkt. 5.3 Procedury kierownik Działu Higieny był od 28 stycznia 2020 r. odpowiedzialny za zabezpieczenie transportu wewnętrznego dotyczącego zbierania i składowania odpadów, kontrole wewnętrzne podległych pracowników w zakresie realizacji procedury (kontroli utrzymania prawidłowej temperatury w PMOM, dokonywanie zapisów) oraz zapewnienie środków ochrony

¹⁷ Specjalista ds. epidemiologii.

¹⁸ W marcu 2018 r. udział w kursie *Postępowanie z odpadami medycznymi* organizowanym przez podmiot zewnętrzny.

¹⁹ Nr PSE-01/GO, Procedura Sanitarno-Epidemiologiczna, Program Gospodarowania Odpadami ŚO13 – obowiązująca od 31 grudnia 2018 r.

²⁰ W wersji Procedury obowiązującej od 27 stycznia 2020 r. – okresowa udokumentowana ocena.

osobistej, preparatów dezynfekcyjno-myjących stosowanych w PMOM). Wcześniej ww. zadania kierownika Działu Higieny przypisane były kierownikowi Działu Logistyki. W pkt. 5.4 Procedury wskazano, że kierownicy, pielęgniarki, położne oddziałowe koordynujące odpowiedzialni byli za przestrzeganie procedury w komórkach organizacyjnych Szpitala, zabezpieczenie środków do prawidłowej realizacji procedury, zapewnienie środków ochrony osobistej, preparatów dezynfekcyjno-myjących dla pracowników.

(akta kontroli str. 83-119)

Zespół podał, że wskazany w pkt. 5.1 tiret 1 Procedury nadzór nad jej stosowaniem prowadzony był w formie obserwacji bezpośrednich, w wyniku których w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wskazywano na konieczność ich usunięcia oraz zalecano uwzględnienie tematu postępowania z odpadami medycznymi w wewnętrznych szkoleniach przypominających. Czynności kontrolne postępowania z odpadami dwa razy w roku przeprowadzał w PMOM specjalista ds. epidemiologii oraz kierownik Działu Higieny, a w 2019 r. również Kierownik Działu Logistyki. Wprowadzenie Procedury 31 grudnia 2018 r. wymagało jej aktualizacji na grudzień 2019 r., wprowadzenie zmian od 28 stycznia 2020 r. Zespół uznał za weryfikację.

(akta kontroli str. 86, 103, 693-696, 735-740)

W toku kontroli prowadzonych przez specjalistę ds. epidemiologii (z udziałem Kierownika Działu Logistyki, a następnie Działu Higieny) stwierdzano przypadki działań nieprawidłowych²¹, np.: niewłaściwe oznakowanie pojemników na odpady, stosowanie worków na odpady w niewłaściwych kolorach, mieszanie odpadów medycznych z komunalnymi, niekorzystanie przez personel sprzątający ze środków ochrony osobistej, nieodpowiedni stan sanitarny kontenerów, uszkodzenie worków z odpadami. Kierownik Działu Higieny prowadziła również kontrole prawidłowości prowadzenia rejestrów procesów dezynfekcji w PMOM oraz procesów dezynfekcji mycia wózków transportowych, a także prowadzenia rejestrów pomiaru temperatury w lodówkach.

(akta kontroli str. 573-576, 693-734, 696a-696d)

Stwierdzono natomiast nieprawidłowość polegającą na tym, że ZKZS nie realizował w pełnym zakresie zadań przypisanych mu w Procedurze tj.:

- nie przeprowadził w latach 2020-2021 wymaganej postanowieniami pkt. 5.1 tiret 3 corocznej weryfikacji Procedury,
- nie dokonał w 2019 r. udokumentowanej oceny postępowania z odpadami, wymaganej postanowieniami pkt. 5.1 tiret 2 Procedury w wersji obowiązującej do 27 stycznia 2020 r.

(akta kontroli str. 84-119, 735-740)

Zespół wyjaśnił, że brak corocznej weryfikacji Procedury w latach 2020-2021 był spowodowany zwiększeniem liczby obowiązków członków Zespołu wynikających z trwającej pandemii Covid-19 oraz przygotowywaniem Szpitala do zmiany lokalizacji (w 2022 r. – przyp. kontr.). Obowiązki te w latach 2020-2021 nie pozwalały ocenić w tym czasie postępowania z odpadami w Szpitalu i zweryfikować Procedury.

(akta kontroli str. 735-740)

²¹ Przy czym liczba nieprawidłowości stwierdzanych w poszczególnych komórkach organizacyjnych nie przekraczała czterech.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w zakresie nadzoru nad Procedurą Zespół zostanie zobowiązany do przedstawienia sprawozdania do 30 stycznia każdego roku z dokonanej corocznej weryfikacji procedury oraz oceny postępowania z odpadami.

(akta kontroli str. 782-788)

Pracownicy Szpitala byli odpowiedzialni za prawidłowe stosowanie procedury na każdym stanowisku, w każdej komórce organizacyjnej Szpitala, a kierownicy/pielęgniarki/położne oddziałowe i koordynujące również za przestrzeganie procedury w komórkach organizacyjnych, zabezpieczanie środków do prawidłowej realizacji procedury oraz zapewnienie środków ochrony osobistej, preparatów dezynfekcyjno-myjących dla pracowników.

(akta kontroli str. 84-119)

W Procedurze wskazano, że odpady powstałe w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych zbiera się selektywnie w miejscach ich powstawania z podziałem na odpady medyczne wg określonych kodów, uwzględniając rodzaj i kolor worka/pojemnika²². Transport i właściwa segregacja odpadów komunalnych, specyficznych, niebezpiecznych, pokonsumpcyjnych do miejsca składowania (zgodnie z obowiązującą Procedurą) należała do pracowników Działu Higieny. W Procedurze określono zasady i terminy dotyczące transportu i magazynowania odpadów oraz wymagania dotyczące pomieszczenia przeznaczonego do wstępnego magazynowania odpadów medycznych, jak również przenośnego urządzenia chłodniczego²³ – wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi²⁴.

(akta kontroli str. 40, 69-73, 84-119)

Zespół podał, że uzasadnieniem nieprzeprowadzenia weryfikacji Procedury w kontekście adekwatności stosowanych w Szpitalu rozwiązań w postępowaniu z odpadami medycznymi do problemu wytwarzania odpadów medycznych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 było to, że – zgodnie ze stanowiskiem Głównego Inspektora Sanitarnego z 9 kwietnia 2020 r. - odpady medyczne powstałe wskutek leczenia pacjentów ze stwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 były odpadami klasy B (inne niż odpady wysoce zakaźne), a w konsekwencji można było kontynuować dotychczasowy sposób postępowania z odpadami medycznymi, w tym o właściwościach zakaźnych.

(akta kontroli str. 741-749)

2.2 Na podstawie badania próby dokumentacji dotyczącej 20 pracowników Szpitala (w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym, Pracowni Badań Przesiewowych Noworodków oraz na Bloku Operacyjnym²⁵ i w Dziale Higieny²⁶) stwierdzono, że 19 z 20 osób zostało zapoznanych z treścią Procedury. Przy czym 15 osób potwierdziło zapoznanie się z Procedurą bezpośrednio po jej wprowadzeniu lub w czasie nieprzekraczającym trzech miesięcy od wprowadzenia Procedury lub zatrudnienia tych osób w Szpitalu. Jedna z osób zatrudnionych w Szpitalu potwierdziła zapoznanie się²⁷ z Procedurą po upływie trzech lat od jej wprowadzenia, inna osoba po ponad roku²⁸ od wprowadzenia

²² Worek/pojemnik czerwony do odpadów medycznych zakaźnych, worek/pojemnik żółty do odpadów medycznych niebezpiecznych, specjalnych innych niż zakaźne oraz worek/pojemnik biały do odpadów medycznych innych niż niebezpieczne.

²³ Do magazynowania odpadów medycznych wykorzystywano również przenośne urządzenia chłodnicze umieszczone w każdej z lokalizacji, w której wytwarzane były odpady medyczne.

²⁴ Dz.U. z 2017 r., poz. 1975, dalej: rozporządzenie w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi.

²⁵ Pracownicy uczestniczący w procesach diagnostyczno-leczniczo-pielęgnacyjnych.

²⁶ Personel pomocniczy.

²⁷ 3 stycznia 2022 r.

²⁸ 29 stycznia 2020 r.

Procedury, kolejna po upływie ośmiu miesięcy od zatrudnienia²⁹, a jedna po upływie czterech miesięcy od daty zatrudnienia³⁰.

Świadczy to o nieprawidłowości polegającej na tym, że w Szpitalu nie zapewniono przekazywania pracownikom ważnych informacji z punktu widzenia realizowanych przez nich zadań i egzekwowania od nich potwierdzenia zapoznania się z nimi. Z okoliczności tych wynika bowiem, że jedna z objętych badaniem osób nie została zapoznana z treścią obowiązujących w Szpitalu regulacji dotyczących odpadów medycznych oraz nie wszystkie osoby zapoznawały się z ww. procedurami bez zbędnej zwłoki. Jednocześnie w myśl pkt. 5.5 Procedury pracownicy byli odpowiedzialni za stosowanie procedury na każdym stanowisku, w każdej komórce organizacyjnej Szpitala. Tymczasem według standardów kontroli zarządczej część D *Informacja i komunikacja* pracownicy powinni mieć zapewniony dostęp do informacji niezbędnych do wykonywania przez nich obowiązków a system komunikacji powinien umożliwiać przepływ informacji wewnątrz jednostki.

(akta kontroli str. 566-576, 578-584, 592-607, 616-637, 643-647)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że zostaną podjęte działania naprawcze, a kierownicy komórek organizacyjnych, zastępcy kierowników, pielęgniarki oddziałowe oraz koordynujące zostaną zobowiązani do sprawdzenia zapisów potwierdzających zapoznanie się z procedurą.

(akta kontroli str. 782-788)

3. Szpital posiadał numer rejestrowy BDO nadany na wniosek Szpitala przez Marszałka Województwa Wielkopolskiego zgodnie z art. 50 ust. 1 w związku z art. 54 ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach³¹ oraz aktywne konto w BDO.

(akta kontroli str. 14)

4. W Szpitalu – w latach 2019-2022 (I kwartał) - wytwarzane były odpady komunalne oraz odpady medyczne, w tym odpady medyczne zakaźne³² oraz inne odpady³³, którym przypisywane były kody określone rozporządzeniem Ministra Klimatu z 2 stycznia 2020 r. w sprawie katalogu odpadów³⁴, a wcześniej w rozporządzeniu Ministra Środowiska z 9 grudnia 2014 r. w sprawie katalogu odpadów³⁵.

Odpady komunalne stanowiły w 2019 r. 93,69%, w 2020 r. 94,38%, w 2021 r. 94,99%, w 2022 r. (I kwartał) 95,41% odpadów wytworzonych ogółem w Szpitalu. Według danych Szpitala³⁶ udział odpadów medycznych wynosił w poszczególnych latach odpowiednio 4,62%, 5,15%, 3,92%, 3,94%, a pozostałe odpady stanowiły 1,69%, 0,48%, 1,13%, 0,65%.

Odpady medyczne zakaźne stanowiły odpowiednio 4,62%, 5,14%, 3,91%, 3,90% odpadów ogółem wytworzonych w poszczególnych latach, a odpady medyczne inne niż zakaźne 0,001%, 0,004%, 0,008%, 0,038%. Przy czym w grupie odpadów medycznych odpady medyczne inne niż zakaźne stanowiły w 2019 r. 0,03%,

²⁹ Zatrudnienie 1 marca 2019 r., data zapoznania z Procedurą 14 listopada 2019 r.

³⁰ Zatrudnienie 2 stycznia 2020 r., data zapoznania z Procedurą 6 maja 2020 r.

³¹ Dz.U. z 2022 r., poz. 699 tj., dalej: ustawa.

³² 18 01 01, 18 01 04, 18 01 06*, 18 01 09 oraz 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 82*.

³³ 15 01 01 opakowania z papieru i tektury; 15 02 03 opakowania z drewna; 16 02 11* zużyte urządzenia zawierające freony, HCFC, HFC; 16 02 13* zużyte urządzenia zawierające niebezpieczne elementy inne niż wymienione w 16 02 09 do 16 02 12; 16 02 14 zużyte urządzenia inne niż wymienione w 16 02 09 do 16 02 03; 16 03 06 organiczne odpady inne niż wymienione w 16 03 05; 16 03 80 produkty spożywcze przeterminowane lub nieprzydatne do spożycia; 16 05 09 zużyte chemikalia inne niż wymienione w 16 05 06, 16 05 07 lub 16 05 08; 17 04 05 żelazo i stal; 17 09 04 zmieszane odpady z budowy, remontów i demontażu inne niż wymienione w 17 09 01, 17 09 02 i 17 09 03; 20 01 08 odpady kuchenne ulegające biodegradacji; 20 03 07 odpady wielkogabarytowe.

³⁴ Dz.U. z 2020, poz.10, dalej: obowiązujące rozporządzenie w sprawie katalogu odpadów.

³⁵ Dz.U. z 2014, poz.1923, dalej: wcześniejsze rozporządzenie w sprawie katalogu odpadów.

³⁶ Dane o masie i rodzaju odpadów wg kart przekazania odpadów.

w 2020 r. 0,08%, w 2021 r. 0,19 %, w 2022 r. (I kwartał) 0,96%. Odsetek ponad 99%³⁷ odpadów medycznych stanowiły w każdym roku odpady zakwalifikowane jako odpady medyczne zakaźne, z których większość³⁸ stanowiły odpady o kodzie 18 01 03*. Również wśród odpadów medycznych zakaźnych odpady o kodzie 18 01 03* stanowiły największy odsetek tj. w 2019 r. 95,58%, w 2020 r. 95,69%, w 2021 r. 97,28%, w 2022 r. (I kwartał) 98,68%³⁹.

(akta kontroli str. 136-186, 248-554, 559-561,561a)

Szpital nie posiadał danych o ilości i masie odpadów medycznych zakaźnych wytwarzanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.

(akta kontroli str. 559-560)

5. W Procedurze obowiązującej do 23 maja 2022 r. (pkt 6.2) wskazano sposób klasyfikacji wytwarzanych w Szpitalu odpadów medycznych, zgodny z obowiązującymi w tym czasie rozporządzeniami w sprawie katalogu odpadów:

18 01 01 – narzędzia chirurgiczne i zabiegowe oraz ich resztki (z wyłączeniem 18 01 03);

18 01 02* części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania (z wyłączeniem 18 01 03);

18 01 03* - inne odpady, które zawierają żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny oraz inne formy zdolne do przeniesienia materiału genetycznego, o których wiadomo lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do sądenia, że wywołują choroby u ludzi i zwierząt (np. zainfekowane pieluchomajtki, podpaski, podkłady), z wyłączeniem 18 01 80 i 18 01 82,

18 01 06* - chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, zawierające substancje niebezpieczne,

18 01 09 - leki inne niż wymienione w 18 01 08,

18 01 82* - pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych.

oraz wymieniono sześć kodów odpadów z adnotacją *nie wytwarzamy* tj.:

18 01 04 - inne odpady niż wymienione w 18 01 03 (np. opatrunki z materiału lub gipsu, pościel, ubrania jednorazowe, pieluchy),

18 01 07 - chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, inne niż wymienione w 18 01 06,

18 01 08* leki cytotoksyczne i cytostatyczne,

18 01 10* - odpady amalgamatu dentystycznego,

18 01 80* - użyte peloidy (kąpiele lecznicze) po zabiegach wykonywanych w ramach działalności leczniczej o właściwościach zakaźnych,

18 01 81 - zużyte peloidy po zabiegach wykonywanych w ramach działalności leczniczej, inne niż wymienione w 18 01 80.

Szczegółowy tryb postępowania z odpadami medycznymi określał załącznik do Procedury – załącznik 01A (obowiązujący w Szpitalu w lokalizacji przy ul. Krysiewicza 7/8 i ul. Nowowiejskiego 56/58) i załącznik 01B (obowiązujący w Szpitalu w lokalizacji przy ul. Jarochońskiego 18). Stwierdzono nieprawidłowość polegającą na nierzetelnym sporządzeniu załączników do Procedury, ponieważ odpady medyczne wytwarzane były w czterech lokalizacjach Szpitala, tj. również przy ul. Nowowiejskiego 22/24⁴⁰, a nie w trzech jak to wynikało z brzmienia ww. załączników.

(akta kontroli str. 84-119, 136-186)

³⁷ W 2019 r. 99,97%, w 2020 r. 99,92%, w 2021 r. 99,80%, w 2022 r. (I kwartał) 99,04%.

³⁸ W 2019 r. 95,55%, w 2020 r. 95,61%, w 2021 r. 97,09%, w 2022 r. (I kwartał) 97,74%.

³⁹ Odpady o kodzie 18 01 82* stanowiły w grupie odpadów zakaźnych w 2019 r. 1,70%, w 2020 r. 1,47%, w 2021 r. 0,91%, w 2022 r. (I kwartał) 0,62%, a odpady o kodzie 18 01 02* odpowiednio 2,72%, 2,85%, 1,80%, 0,69%.

⁴⁰ Pracownia Badań Przesiewowych Noworodków.

Zespół podał, że Pracownia Badań Przesiewowych Noworodków nie została dopisana w „nagłówku”, jedną Procedurę przekazano kierownikowi Pracowni, a pracownicy zostali z nią zapoznani i zobowiązani do stosowania.

(akta kontroli str. 741-749)

Według załączników do Procedury, do odpadów o kodzie 18 01 04 zaliczano „czysty nieużyty przeterminowany sprzęt medyczny” (załącznik 01) oraz „czysty nie nieużyty przeterminowany sprzęt medyczny” (załącznik nr 2). Stwierdzona nieprawidłowość polegała na tym, że w Procedurze w sposób niespójny określono sposób klasyfikacji odpadów o kodzie 18 01 04 – inne odpady niż wymienione w 18 01 03* (np. opatrunki z materiału lub gipsu, pościel, ubrania jednorazowe, pieluchy), bowiem w punkcie 6.2 podano, że odpadów o tym kodzie nie wytwarza się, a według załączników do odpadów z kodem 18 01 04 zaliczano przeterminowany sprzęt medyczny. Przy czym zaznaczyć należy, że z powodu błędu pisarskiego opis sprzętu kwalifikowanego do odpadów 18 01 04 był odmienny w poszczególnych załącznikach do procedury.

(akta kontroli str. 84-119, 741-749)

Zespół Kontroli Zakazań Szpitalnych podał, że w wyniku obserwacji po analizie w 2019 r. nie odnotowano wytworzenia odpadów o kodzie 18 01 04, dlatego w Procedurze wskazano „nie wytwarzamy”. Przyjęto, że charakterystyka odpadów o kodzie 18 01 04 bezpośrednio łączy się z inwazyjnymi procedurami wysokospecjalistycznymi, w wyniku których asortyment zostaje skażony, dlatego zakwalifikowano takie odpady do kodu 18 01 03*. Odpady o kodzie 18 01 04 były w Szpitalu wytworzone po ostatniej modyfikacji procedury, tj. po 28 stycznia 2020 r. Do odpadu 18 01 04 zaliczono przeterminowany sprzęt jednorazowy - odpad „czysty”, wytwarzany w Szpitalu w znikomej ilości. Uzasadnieniem niestosowania kodu 18 01 04 do odpadów innych niż ww. sprzęt był brak dostatecznej wiedzy związanej z rozprzestrzenianiem się wirusa, trudności w pozyskiwaniu środków ochrony indywidualnej, preparatów dezynfekcyjnych, ograniczony dostęp do testowania pacjentów oraz przyjęcie założenia, że każdy pacjent jest potencjalnie zakażony, zatem uznano za słuszne wprowadzenie takich działań, które przerywały drogę rozprzestrzeniania drobnoustrojów i minimalizowały rozprzestrzenianie zakażeń.

(akta kontroli str. 741-749)

Do zasad postępowania z odpadami medycznymi posiadającymi ostre końce i krawędzie odnosiła się również *Procedura postępowania z odpadami ostrymi* PSE-02/GO obowiązująca od 31 grudnia 2018 r. W ww. procedurze (pkt 6.1.4) wskazano, że „do pojemnika koloru czerwonego, sztywnego, odpornego na przekłucie i przemoczenie wrzucamy wyłącznie ostre odpady (...)” Według przywołanej procedury „na wszystkich opakowaniach medycznych – pojemnikach, workach pojedynczych i zbiorczych, obowiązkowo umieszczamy naklejkę zawierającą dane: kod odpadów – adekwatnie do rodzaju odpadów, SZOZnMiD Poznań i /koniecznie komórkę organizacyjną, Oddział, numer REGON, numer księgi rejestrowej (...) użytkownik zawsze dopisuje datę i godzinę otwarcia (rozpoczęcie użytkowania), datę i godzinę zamknięcia (zakończenie użytkowania)”.

Uregulowania dotyczące kolorystyki stosowanych pojemników były niezgodne z § 3 ust. 5 rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi, według którego odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach zbiera się w miejscu ich powstawania do pojemników jednorazowego użycia, sztywnych, odpornych na działanie wilgoci, mechanicznie odpornych na przekłucie lub przecięcie, jednak przepisy § 3 ust. 1-3 rozporządzenia w zakresie oznaczania kolorami poszczególnych rodzajów odpadów medycznych stosuje się odpowiednio,

w sposób pozwalający na jednoznaczne zidentyfikowanie przeznaczenia pojemnika – tj. odpady medyczne 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 80*, 18 01 82* do opakowań koloru czerwonego; odpady medyczne 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 10* do opakowań koloru żółtego; odpady medyczne 18 01 01, 18 01 04, 18 01 07, 18 01 09, 18 01 81 do opakowań, w kolorze innym niż czerwony albo żółty.

(akta kontroli str. 120-126)

Dyrektor Szpitala podała, że Szpital stosuje odpowiednią kolorystykę pojemników i worków na poszczególne rodzaje odpadów medycznych tak aby je prawidłowo zidentyfikować i stosować do właściwego rodzaju odpadów.

(akta kontroli str. 782-788)

W toku kontroli NIK opracowano procedurę, obowiązującą od dnia 24 maja 2022 r., dostosowaną do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie katalogu odpadów oraz rozporządzeniu w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi. W procedurze tej do niebezpiecznych odpadów medycznych zakwalifikowano odpady o kodach: 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 80*, 18 01 82* przechowywane w opakowaniach koloru czerwonego; odpady medyczne 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 10* składowane do opakowań koloru żółtego; odpady medyczne 18 01 01, 18 01 04, 18 01 07, 18 01 09, 18 01 81 składowane do opakowań, w kolorze niebieskim.

(akta kontroli str. 1235-1256)

Szpital, we wniosku o wpis do rejestru w BDO z 6 listopada 2018 r. wskazał następujące rodzaje wytwarzanych odpadów medycznych: 18 01 03*, 18 01 02*, 18 01 09, 18 01 82*.

(akta kontroli str. 15-21)

Zgodnie z art. 59 ust. 1 ustawy podmiot wpisany do rejestru jest obowiązany do złożenia marszałkowi województwa wniosku o zmianę wpisu w rejestrze przy użyciu aktualizacyjnego formularza elektronicznego za pośrednictwem indywidualnego konta w Bazie danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami, w przypadku zmiany: 1) informacji zawartych w rejestrze, 2) zakresu prowadzonej działalności wymagającej wpisu do rejestru – w terminie 30 dni od dnia, w którym nastąpiła zmiana.

Stwierdzono nieprawidłowość polegającą na niezłożeniu wniosku aktualizacyjnego, o którym mowa w przywołanym wyżej przepisie, pomimo że Szpital we wniosku o wpis do rejestru w BDO z 6 listopada 2018 r. wskazał węższy katalog odpadów medycznych niż faktycznie wytwarzane w kontrolowanym okresie – tj. odpady o kodzie 18 01 01 w 2020 r. i 2021 r., o kodzie 18 01 04 w 2020 r.

(akta kontroli str. 15-21, 782-788)

Dyrektor Szpitala podała, że brak zgłoszenia wniosku aktualizacyjnego w związku z wytwarzaniem nowego rodzaju odpadu wynikał z przeoczenia pracownika.

(akta kontroli str. 782-788)

W Szpitalu karty ewidencji opadu (KEO) prowadzone w 2019 r. odpowiadały wzorom określonym w obowiązującym do 31 kwietnia 2019 r. rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 12 grudnia 2014 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów⁴¹ oraz obowiązującym do 31 grudnia 2019 r. rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 25 kwietnia 2019 r. w sprawie wzorów

⁴¹ Dz. U. poz. 1973 (akt został uchylony z dniem 1 maja 2019 r.).

dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów⁴². Od 2020 r. ewidencja odpadów prowadzona była przez Szpital za pośrednictwem indywidualnego konta w BDO. KEO dla każdego rodzaju odpadów prowadzono odrębnie (art. 70 ust. 1 ustawy).

W Szpitalu ewidencję odpadów prowadzono z zastosowaniem KPO (karty przekazania odpadów) i KEO (karty ewidencji odpadów), o których mowa w art. 67 ust. 1 ustawy. Dane do KEO wprowadzane były przez Kierownika Działu Logistyki. Zgodnie z art. 66 ust. 1 ustawy posiadacz odpadów jest obowiązany do prowadzenia na bieżąco ich ilościowej i jakościowej ewidencji zgodnie z katalogiem odpadów.

Stwierdzono nieprawidłowość polegającą na nierzetelnym prowadzeniu w latach 2019-2022 (18 marca) ilościowej i jakościowej ewidencji odpadów. W tym okresie, w Szpitalu podstawą zaewidencjonowania informacji o dacie i masie wytworzonych przez Szpital odpadów medycznych, w tym odpadów medycznych zakaźnych⁴³ były dane o dacie i masie odnotowywane w KPO – zamiast rzeczywistych dat wytworzenia odpadów medycznych i ich masy (według dat wytworzenia). Skutkowało to tym, że w ewidencji data wytworzenia tych odpadów była tożsama z datą przekazania odpadów medycznych (w tym odpadów medycznych zakaźnych) do unieszkodliwienia przedsiębiorcy je transportującemu.

(akta kontroli str. 248-554, 559-560, 562-565)

W wyjaśnieniach w sprawie przyczyn nieujmowania w ewidencji odpadów prowadzonej przez Szpital w latach 2019-2022 (18 marca) rzeczywistej daty wytworzenia odpadów medycznych, w tym odpadów medycznych zakaźnych, Kierownik Działu Logistyki podała, że w Szpitalu nie jest prowadzona dokumentacja odpadów w szczególności do daty ich wytworzenia, dysponując tylko KPO – przyjmowała za datę wytworzenia datę przekazania odpadu do unieszkodliwienia. Ponadto podała, że w latach 2019-2022 (18 marca) w Szpitalu odpady medyczne wytwarzane były nie tylko w dni, w których dokonywano odbioru tych odpadów do unieszkodliwienia przez przedsiębiorcę je transportującego. Odpady wytwarzane były codziennie i codziennie przekazywane były z poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala do PMOM.

(akta kontroli str. 562-564)

Przyjęty sposób ewidencjonowania odpadów medycznych skutkowało brakiem możliwości prowadzenia rzetelnego nadzoru nad postępowaniem z odpadami medycznymi, nie było danych pozwalających na stwierdzenie, że wszystkie odpady medyczne wytworzone w Szpitalu i przekazane do PMOM zostały ujęte w KPO stanowiących dowód przejęcia odpadów przez firmę transportującą odpady, a tym samym, że Szpital przekazał do unieszkodliwienia wszystkie ww. odpady. Nierzetelnie prowadzona ewidencja uniemożliwiła również monitorowanie dopuszczalnego czasu gromadzenia odpadów medycznych oraz stwierdzenie, czy wytworzone w Szpitalu i przekazane do PMOM odpady medyczne zostały przekazane do unieszkodliwienia w terminie określonym dla poszczególnych rodzajów (kodów) odpadów określonych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi.

(akta kontroli str. 248-554, 562-564)

⁴² Dz. U. poz. 819 ustawa z dnia 4 lipca 2019 r. o zmianie ustawy o odpadach oraz niektórych innych ustaw Dz. U. poz. 1403, ze zm. uchylili od 1 stycznia 2020 r. treść rozporządzenia.

⁴³ w BDO (lata 2020-2022 – do 18 marca), a wcześniej (w 2019 r.) na drukach kart ewidencji odpadów określonych w obowiązującym do 31 kwietnia 2019 r. rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 12 grudnia 2014 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów (Dz. U. poz. 1973 - akt został uchylony z dniem 1 maja 2019 r.) oraz obowiązującym do 31 grudnia 2019 r. rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 25 kwietnia 2019 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów (Dz. U. poz. 819).

Kierownik Działu Logistyki wyjaśniła, że nie konsultowała z nikim przyjętego sposobu ewidencjonowania danych o dacie i masie wytworzonych w Szpitalu odpadów medycznych, jak również nie wynikał on z wprowadzonych w Szpitalu uregulowań czy procedur.

(akta kontroli str. 548-554)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że wobec braku zapisów codziennego ilościowego i jakościowego ewidencjonowania odpadów medycznych, wprowadzona zostanie dokumentacja, która określi właściwy sposób postępowania. Zostanie wprowadzona Karta Przekazania Odpadów Medycznych dla każdego rodzaju odpadów w momencie przekazania ich przez pracownika transportu wewnętrznego do Magazynu Odpadów Medycznych. Pracownik będzie zobowiązany zważyć każdy rodzaj odpadu i zapisać na Karcie. Szpital uruchomił procedurę zakupu wagi najazdowej oraz zapewni wagi służące do ważenia mniejszych ilości odpadów medycznych⁴⁴.

(akta kontroli str. 782-788)

Dane o odpadach medycznych zakaźnych (18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 82*) wykazane w sprawozdaniach za 2019 r., 2020 r. i 2021 r. odpowiadały wartościom wynikającym z KEO. Szpital, zgodnie z art. 75 ust. 1 ustawy, sporządzał roczne sprawozdanie o wytwarzanych odpadach i gospodarowaniu odpadami. Jednak na skutek nieewidencjonowania w Szpitalu rzeczywistych danych o masie wytworzonych w okresie sprawozdawczym odpadów medycznych, w sprawozdaniach, o których mowa w art. 75 ustawy, za lata 2019-2021, w dziale XI *odpady wytworzone poza instalacją*, Szpital w istocie wykazywał nie dane o odpadach wytworzonych, lecz o odpadach przekazanych do unieszkodliwienia, co było działaniem nierzetelnym.

(akta kontroli str. 136-186, 248-554, 559-560)

Sprawozdania, o których mowa wyżej zostały przekazane Marszałkowi Województwa Wielkopolskiego w terminie: 28 października 2020 r. (zgodnie z art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 14 maja 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie działań osłonowych w związku z rozprzestrzenieniem się wirusa SARS-CoV-2⁴⁵), a następnie 8 marca 2021 r., 12 marca 2022 r. (zgodnie z art. 76 ust. 1 ustawy).

(akta kontroli str. 136-186)

Szpital posiadał (za 2019 r. od stycznia do sierpnia) dokumenty potwierdzające unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych, w formie druku określonego rozporządzeniem Ministra Środowiska z dnia 13 stycznia 2014 r. w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych.⁴⁶

(akta kontroli str. 82)

Wytworzone przez Szpital zakaźne odpady medyczne przekazywane były do instalacji termicznego przekształcania odpadów zlokalizowanej na terenie Zakładu Utylizacji Odpadów Sp. z o.o. w Koninie. W umowach zawieranych ze Szpitalem na odbiór, transport i utylizację odpadów medycznych podmiot ten oświadczał, że posiada zezwolenie na odbiór, transport i unieszkodliwienie odpadów medycznych. Podmiot ten przystępując do postępowania w sprawie. wyboru wykonawcy na odbiór, transport i utylizację odpadów medycznych zobowiązany był do przedłożenia zezwoleń na prowadzenie działalności w zakresie zbierania

⁴⁴ Sposób ważenia i odnotowywania odpadów w formularzu F-06 Odpady Medyczne – ilość została uwzględniona w pkt. 6.5.6 procedury „Postępowanie z odpadami medycznymi” z dnia 24 maja 2022r.

⁴⁵ Dz. U. z 2020 r., poz. 875 - ustawa wprowadziła przesunięcie terminów na złożenie sprawozdań w wersji elektronicznej dotyczących gospodarki odpadami za rok 2019, a składanych w 2020 r.

⁴⁶ Dz. U. poz.107 (wygasł z dniem 3 maja 2020 r.).

odpadów, zezwolenie na transport odpadów oraz zezwolenia na unieszkodliwianie odpadów. Instalacja ta była prowadzona na podstawie prawomocnych decyzji Marszałka Województwa Wielkopolskiego z dnia 4 grudnia 2015 r. i 30 listopada 2020 r. Odpady wytwarzane w związku z leczeniem pacjentów zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2 były przekazywane razem z innymi odpadami medycznymi.

(akta kontroli str. 789, 837-970, 972-1090)

Dyrektor Szpitala wprowadziła, obowiązujące od 31 grudnia 2018 r., procedury określające sposób postępowania z odpadami medycznymi – do czego zobowiązana była treścią § 11 rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi.⁴⁷

(akta kontroli str. 83-135)

W Procedurze obowiązującej do dnia 23 maja 2022r. oraz jej załącznikach określono czas magazynowania odpadów z uwzględnieniem ich kodów, tj. dla odpadów o kodach:

- 18 01 02* przechowywanie wyłącznie w lodówkach przeznaczonych do tego celu w temperaturze do 10 st. C (min. 72 godziny) - pkt. 6.6 A Procedury,
- 18 01 02* - przechowywanie w chłodziarce w PMOM w temperaturze do 10 st. C (max. 72 godziny) - pkt. 6.6 B Procedury,
- 18 01 03*, 18 01 06*, 18 01 82* - magazynowanie w PMOM w temperaturze od 10 st. C do 18 st. C (max. 72 godziny), w wyjątkowych sytuacjach magazynowanie dopuszczone było w temperaturze do 10 st. C nie dłużej niż 30 dni, - pkt. 6.6 C Procedury,
- 18 01 01, 19 01 04⁴⁸, 18 01 09 magazynowanie tak długo, jak pozwalały na to właściwości odpadów, ale nie dłużej niż 30 dni (pkt. 6.6 D Procedury), a według załączników do procedury ww. wymogi dotyczyły odpadów o kodach 18 01 01, 18 01 04 i 18 01 09.

Stwierdzono nieprawidłowość polegającą na wskazaniu w Procedurze w pkt. 6.6 D czasu magazynowania odpadów m.in. o kodzie 19 01 04 – który nie był przypisany według obowiązujących przepisów⁴⁹ odpadom medycznym ani żadnym innym odpadom, a dopuszczalny czas magazynowania odpadów o kodzie 18 01 04 został dookreślony jedynie w treści załączników do Procedury, co świadczyło o nierzetelnym jej sporządzeniu. Ponadto o niedochowaniu należytej staranności przy przygotowaniu Procedury świadczyło również to, że w Procedurze i załącznikach do niej (pkt 6.6 A oraz załącznik 01 i 02 Procedury) wskazano, że okres przechowywania odpadów o kodzie 18 01 02*- części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwaty służące do jej przechowywania (z wyłączeniem 18 01 03) w temperaturze do 10 st. C wynosi min. 72 godziny, podczas gdy zgodnie z § 8 ust 2 rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi, wstępne magazynowanie odpadów medycznych o kodzie 18 01 02* odbywa się tylko w temperaturze do 10°C, a czas ich przechowywania nie może przekroczyć 72 godzin.

(akta kontroli str. 84-119)

Zespół w wyjaśnieniu na temat przyczyn wskazania 72 godzin jako wartości minimalnej czasu przechowywania odpadów 18 01 02* podał, że treść Procedury

⁴⁷ Wcześniej obowiązywała procedura E/H (P) Nr 20/Zds.KZSz/2009 Postępowanie z odpadami medycznymi.

⁴⁸ Nie był to kod przypisany odpadom medycznym, ani żadnym innym odpadom – wg rozporządzenia w sprawie katalogu odpadów oraz wcześniejszego rozporządzenia w sprawie katalogu odpadów.

⁴⁹ Rozporządzenia w sprawie katalogu odpadów oraz wcześniejszego rozporządzenia w sprawie katalogu odpadów.

wynika z wprowadzenia⁵⁰ § 12 ust. 18 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, według którego pojemniki z pozostałością krwi lub jej składnika po przetoczeniu wraz z zestawami do przetoczenia, opisane datą i godziną zakończenia przetoczenia, należy przechowywać w temperaturze od 2°C do 6°C przez 72 godziny w specjalnie do tego celu przeznaczonej chłodziarce, a następnie zutylizować. Wskazanie, w treści Procedury kodu 19 01 04 było omyłką pisarską, a oczekiwany sposób magazynowania odpadów o kodzie 18 01 04 wskazano w załącznikach do Procedury.

(akta kontroli str. 741-749)

Wskazany w punkcie 6.7 Procedury zakres kontroli postępowania z odpadami odnosił się tylko do Pomieszczenia Magazynowania Odpadów Medycznych, podczas gdy Formularz 05 załączony do ww. procedury odnosił się do oddziałów, pracowni, gabinetów Szpitala. Stwierdzona niespójność pomiędzy treścią Procedury a załącznikami stanowiła nieprawidłowość w zakresie rzetelności przygotowania ww. uregulowań wewnętrznych.

(akta kontroli str. 84-119)

Zespół w wyjaśnieniu dotyczącym wskazania w pkt. 6.7 Procedury Kontrola postępowania z odpadami w PMOM tylko Pomieszczenia Magazynowania Odpadów Medycznych – skoro Formularz 05 załączony do ww. Procedury i wymieniony w ww. punkcie Procedury odnosił się do oddziałów, pracowni, gabinetów Szpitala, podał, że nagłówek nie był tożsamy z tekstem i był mylny.

(akta kontroli str. 741-749)

Zatwierdzenie do stosowania uregulowań wewnętrznych, których treść była niespójna i zawierała omyłki pisarskie, mogące mieć wpływ na prawidłowość stosowania wymogów określonych w Procedurze i załącznikach do niej było niezgodne ze standardami kontroli zarządczej. Z części D pkt 16, 17, i 18 załącznika nr 1 do Komunikatu nr 23 Ministra Finansów wynika bowiem, że osobom zarządzającym i pracownikom należy zapewnić w odpowiedniej formie i czasie, właściwe oraz rzetelne informacje potrzebne do realizacji zadań.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w aktualizowanej procedurze zostaną zawarte zapisy wykluczające wcześniejsze omyłki pisarskie.

(akta kontroli str. 782-788)

W Procedurze określono sposób gromadzenia odpadów medycznych, który odpowiadał wymogom rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (§ 2 ust. 2, § 4 ust. 1, § 6 ust. 1) – dotyczącym selektywne zbiórki z podziałem według określonych kodów i z uwzględnieniem rodzaju i koloru worka/pojemnika, wymaganego oznaczenia worka/pojemnika, a także dopuszczalnego stopnia ich wypełnienia.

W treści Procedury (pkt. 6.2) wskazano, że odpady o kodzie 18 01 03* obejmują, 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 sądzenia, że wywołują choroby u ludzi i zwierząt (np. zainfekowane pieluchomajtki, podpaski, podkłady), z wyłączeniem 18 01 80* i 18 01 82*, zaś odpadów o kodzie 18 01 04 w Szpitalu *nie wytwarzamy*, a w załącznikach do Procedury, że do odpadów z kodem 18 01 03* zalicza się zużyte

⁵⁰ Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 8 lipca 2019 r. zmieniającym rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (wejście w życie 2 października 2019 r.) – Dz.U. z 2019, poz. 1441.

materiały opatrunkowe (wata, lignina, bandaż, plastry itp., bielizna pościelowa jednorazowa), operacyjna odzież jednorazowego użytku, a do odpadów z kodem 18 01 04 zalicza się „czysty nie zużyty przeterminowany sprzęt medyczny”/„czysty nie zużyty przeterminowany sprzęt medyczny”.

(akta kontroli str. 84-119)

Zespół w wyjaśnieniach⁵¹ podał, że przyjęto, iż do odpadów o kodzie 18 01 03* „w tym pandemicznym okresie” zaliczane są wszystkie odpady wymienione w załączniku do Procedury (z kodem 18 01 03*), nie można wykluczyć ich skażenia oraz potencjalnego prawdopodobieństwa, że zawierają one drobnoustroje lub toksyny⁵². Nie można było klasyfikować odpadów 18 01 03* zgodnie ze wskazaniem⁵³, gdyż nie prowadzono badań nad obecnością mikroorganizmów i badań mikrobiologicznych zanieczyszczenia oraz wartości, których przekroczenie powoduje, że odpady uznawane są za zakaźne. Ponadto wszystkie odpady takie jak opatrunki z gipsu klasyfikowano jako 18 01 03*, ponieważ nie można wykluczyć ich skażenia.

(akta kontroli str. 741-749)

Zdaniem NIK, wobec wprowadzenia już w 2018 r. Procedury, a w niej zasad klasyfikacji odpadów medycznych, według których de facto wszystkie odpady wytwarzane w związku z realizacją świadczeń medycznych należało kwalifikować jako odpady medyczne zakaźne, przywołana w prezentowanych wyjaśnieniach Zespołu argumentacja wskazująca na związek pomiędzy treścią Procedury a zagrożeniem COVID-19 (mającym miejsce w latach 2020-2022) nie zasługuje na uwzględnienie. Przyjęty sposób klasyfikacji odpadów nie zapewniał realizacji w Szpitalu zakazu mieszania odpadów niebezpiecznych, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy (do których zalicza się m.in. odpady o kodzie 18 01 03* zawierające 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) z odpadami innymi niż niebezpieczne, tj. odpadami, które powinny być klasyfikowane jako odpad o kodzie 18 01 04 (nie niebezpieczny).

Na skutek stosowania ww. sposobu klasyfikowania odpadów medycznych Szpital przekazał z kodem 18 01 04 masę 0,001 Mg odpadów medycznych, a odpadów medycznych ogółem 375,651 Mg. Jednocześnie w badanym okresie Szpital przekazał odpady medyczne o kodzie 18 01 03* o masie 361,336 Mg.

(akta kontroli str. 136-186, 559-560, 741-749)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi zastosowana będzie prawidłowa klasyfikacja odpadów medycznych.

(akta kontroli str. 782-788)

⁵¹ w sprawie podstawy klasyfikacji wytwarzanych w szpitalu medycznych, skoro w Procedurze nie wskazano w spisie dokumentów związanych rozporządzeń odpowiednio Ministra Klimatu a wcześniej Ministra Środowiska w sprawie katalogu odpadów oraz uzasadnienie zaliczenia do odpadów z kodem 18 01 03* zużytych materiałów opatrunkowych, których opis sugerował, że wszystkie odpady wymienionego typu należy opatrywać kodem 18 01 03* i niewskazania zasad klasyfikowania odpadów do zastosowania kodu 18 01 03* w kontekście pewności lub prawdopodobieństwa zawierania przez odpady żywych drobnoustrojów chorobotwórczych lub ich toksyn oraz innych form zdolnych do przeniesienia materiału genetycznego, o których wiadomo lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do sądenia, że wywołują choroby u ludzi i zwierząt

⁵² 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.

⁵³ W kontekście pewności lub prawdopodobieństwa zawierania przez nie opisanych wyżej drobnoustrojów lub ich toksyn.

W toku kontroli NIK opracowano nową Procedurę, obowiązującą od dnia 24 maja 2022r., w której skorygowano błędne zapisy dostosowując ją jednocześnie do aktualnie obowiązujących przepisów.

(akta kontroli str. 1235-1255)

3. Poddane oględzinom PMOM znajdowało się w wolnostojącym budynku umiejscowionym na podwórzu nieruchomości Jarochońskiego 18 w Poznaniu. PMOM posiadało niezależne wejście (§ 7 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi), a na dwuskrzydłowych drzwiach znajdowały się oznaczenia wskazujące na przechowywanie materiałów niebezpiecznych oraz tabliczka z nazwą pomieszczenia. Prowadziły do niego drzwi wejściowe bez progu, których szerokość i wysokość gwarantuje swobodny dostęp (§ 7 ust. 2 pkt 5 ww. rozporządzenia). PMOM było zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych (§ 7 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia), posiadało ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję (§ 7 ust. 2 pkt 3 ww. rozporządzenia) oraz było zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt (§ 7 ust. 2 pkt 4 ww. rozporządzenia). W PMOM znajdowały się oznaczenia wskazujące miejsce do przechowywania kontenerów z odpadami o kodzie 18 01 03* (§ 7 ust. 2 pkt 6 ww. rozporządzenia). W PMOM znajdował się również pojemnik na odpady o kodzie 18 01 82*, pod ścianą po prawej stronie od wejścia chłodziarka – przenośne urządzenie chłodnicze na odpady o kodzie 18 01 02*, a obok chłodziarki zgromadzono puste pojemniki na ww. odpady. W PMOM nie wydzielono miejsca na czasowe magazynowanie odpadów o kodach innych niż wyżej wymienione. PMOM było wyposażone w termometr do pomiaru temperatury wewnątrz pomieszczenia (§ 7 ust. 2 pkt 7 ww. rozporządzenia) - temperatura wewnątrz wynosiła 8 st. Celsjusza – oraz klimatyzację (§ 7 ust. 2 pkt 8 ww. rozporządzenia), jak również zabezpieczenie techniczne przed rozprzestrzenianiem się magazynowanych odpadów medycznych, obejmujące również gromadzenie ewentualnych odcieków z tych odpadów – w postaci kratki ściekowej - (§ 7 ust. 2 pkt 9 ww. rozporządzenia). W PMOM zapewniono dostęp do umywalki z bieżącą zimną i ciepłą wodą, wyposażonej w dozowniki z mydłem i środkiem do dezynfekcji rąk oraz ręczniki jednorazowego użytku (§ 7 ust. 5 pkt 1 ww. rozporządzenia) oraz wydzielonych miejsc do przechowywania czystych oraz zbierania brudnych środków ochrony indywidualnej dla osób przebywających w miejscach przeznaczonych do wstępnego magazynowania odpadów medycznych (§ 7 ust. 5 pkt 3 ww. rozporządzenia). Wykorzystywane do magazynowania odpadów 18 01 02* przenośne urządzenie chłodnicze, zlokalizowane w PMOM, posiadało wnętrze wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję (§ 7 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi), było zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt (§ 7 ust. 4 pkt 2 ww. rozporządzenia) oraz przed dostępem osób nieupoważnionych (§ 7 ust. 4 pkt 3 ww. rozporządzenia). Wyposażenie obejmowało też termometr do pomiaru temperatury wewnątrz urządzenia (§ 7 ust. 4 pkt 4 ww. rozporządzenia), a temperatura wewnątrz urządzenia wynosiła -17 st. Celsjusza. W sąsiedztwie przenośnego urządzenia chłodniczego, zapewniono dozownik ze środkiem do dezynfekcji rąk, podajnik na czyste rękawiczki jednorazowe oraz pojemnik na zużyte rękawiczki jednorazowe (§ 7 ust. 6 ww. rozporządzenia). Urządzenie utrzymane było w czystości (§ 7 ust. 7 ww. rozporządzenia). Transport wewnętrzny odpadów medycznych z miejsca ich powstawania do miejsca wstępnego magazynowania odbywał się środkami transportu przeznaczonymi wyłącznie do tego celu (§ 9 ust. 1 rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi), a do transportu – wg oświadczenia

Kierownik Działu Higieny używano zamykanego, plastikowego kontenera na kółkach. Do transportu wewnętrznego odpadów medycznych zakaźnych używano transportowych pojemników zamykanych (§ 9 ust. 2 rozporządzenia). W trakcie przeprowadzania oględzin nie odbywał się transport wewnętrzny odpadów medycznych. Miejsce przeznaczone do dezynfekcji, mycia i przechowywania środków transportu wewnętrznego odpadów medycznych i pojemników wielokrotnego użycia, służących do transportu wewnętrznego odpadów medycznych wyznaczono, wg oświadczenia kierownik Działu Higieny, w PMOM (§ 10 ust. 1 ww. rozporządzenia) i wobec powyższego posiadało ono ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję (§ 10 ust. 2 pkt 1 ww. rozporządzenia), dostęp do wody bieżącej ciepłej i zimnej z możliwością jej odprowadzenia do kanalizacji (§ 10 ust. 2 pkt 2 ww. rozporządzenia), wentylację (§ 10 ust. 2 pkt 3 ww. rozporządzenia) oraz możliwość dostępu pracowników obsługi (§ 10 ust. 2 pkt 3 lit. a ww. rozporządzenia), a także swobodnego wjazdu i wyjazdu środka transportu wewnętrznego odpadów medycznych (§ 10 ust. 2 pkt 3 lit. b ww. rozporządzenia).

Wstępne magazynowanie odpadów medycznych o kodzie 18 01 02* odbywało się w PMOM w temperaturze do 10°C, a czas ich przechowywania nie przekraczał 72 godzin (§ 8 ust. 1 rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi). Worki z odpadami, oznaczone zgodnie z wymogami § 6 ust. 1 rozporządzenia z 5 października 2017 r., umieszczone były w pojemniku plastikowym, wewnątrz chodziarki. W PMOM w trakcie oględzin nie było zmagazynowanych odpadów o kodach 18 01 03*, 18 01 06*.

W dniu oględzin – 22 marca 2022 r. - wstępne magazynowanie odpadów medycznych o kodach 18 01 03*, 18 01 06* odbywało się w następujący sposób: dwa kontenery z odpadami o kodzie 18 01 03* ustawione były w trakcie oględzin (od godziny 7.30 do 8.45) poza budynkiem PMOM, w pełnym słońcu, w sąsiedztwie bramy wjazdowej (zamkniętej, zabezpieczonej łańcuchem) na teren Szpitala. Obok kontenerów ustawionych było 11 pojemników oznaczonych kodem 18 01 06*. Zgromadzone w ww. sposób odpady nie były zabezpieczone przed dostępem osób postronnych oraz owadów, gryzoni i innych zwierząt. Przy ww. odpadach nie było pracownika Szpitala, ani osób przyjmujących odpady do transportu, odpady medyczne zgromadzone w wyżej opisany sposób pozostawione były bez nadzoru. Przy ww. kontenerach i pojemnikach z odpadami nie było urządzeń umożliwiających monitorowanie temperatury powietrza. W kontenerze znajdowały się dwa worki, o dacie otwarcia - 17 marca 2022 r. oraz 18 marca 2022 r. W PMOM stał pusty kontener, mający służyć do gromadzenia odpadów 18 01 03* – jak oświadczyła kierownik Działu Higieny. Na spodzie ww. kontenera znajdował się niezabezpieczony, okrągły otwór – jak oświadczyła kierownik Działu Higieny – w ww. otworze powinien być korek, umieszczony przez dostawcę kontenerów. Opisany wyżej sposób postępowania z odpadami medycznymi wskazywał na nieprawidłowości polegające na naruszeniu wymogów § 7 ust. 1 i 6, § 8 ust. 2 rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi – w zakresie wstępnego magazynowania odpadów w PMOM, zachowania limitów dopuszczalnej temperatury i czasu magazynowania odpadów, a także wymogu magazynowania odpadów w szczelnych pojemnikach, bowiem odpady medyczne wstępnie magazynowane są w odpowiednio przystosowanym w tym celu pomieszczeniu, a wstępne magazynowanie odpadów o kodzie 18 01 03* i 18 01 06* odbywa się tylko w temperaturze do 18 stopni Celsjusza, z tym, że od 10 stopni C do 18 stopni C może się odbywać tak długo, jak pozwalają na to ich właściwości, jednak nie dłużej niż 72 godziny.

W dniu oględzin, w kontenerach, ustawionych poza PMOM, z czerwonymi workami oznaczonymi kodem 18 01 03* znajdowały się odpady w postaci luzem wrzuconych

maseczek oraz rękawiczek gumowych, widoczny był worek foliowy koloru niebieskiego. Zgromadzone w kontenerach worki z odpadami oznaczonymi kodem 18 01 03*, na których możliwe było odczytanie etykiet - oznaczone były 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 leczniczej⁵⁴, wraz z podaniem organu rejestrowego, daty i godziny otwarcia (rozpoczęcia użytkowania), a na części worków wskazano datę i godzinę zamknięcia. Część zgromadzonych w kontenerach worków z odpadami o kodach 18 01 03* nie posiadała oznaczenia: daty i godziny zamknięcia worka, lub godziny otwarcia/zamknięcia worka. Worki z odpadami oznaczonymi kodem 18 01 03* nie były całkowicie wypełnione, stosowanym zamknięciem worków było ich zawiązanie u góry na węzeł. Zawartość części worków nie była zabezpieczona przed wypadnięciem z worka. W kontenerze znajdowały się worki czerwone, uszkodzone, w sposób umożliwiający wypadnięcie odpadów. 11 pojemników, koloru czerwonego kodem 18 01 06* zgromadzonych przy kontenerach z odpadami oznaczonymi kodem 18 01 03* opatrzonych było etykietami oznaczonymi tylko 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 wraz z podaniem organu rejestrowego. W PMOM brudne środki ochrony indywidualnej gromadzono w metalowym pojemniku, wyłożonym czerwonym workiem, oznaczonym kodem 18 01 03*. Do pojemnika wyrzucano również ręczniki papierowe używane do osuszania rąk po umyciu.

(akta kontroli str. 656-679)

Zgodnie z art. 21 ust 1 ustawy zakazuje się mieszania odpadów niebezpiecznych różnych rodzajów, mieszania odpadów niebezpiecznych z odpadami innymi niż niebezpieczne. Opisany wyżej sposób wstępnego magazynowania odpadów medycznych wskazywał na nieprawidłowości polegające na mieszaniu odpadów zakaźnych z odpadami zgromadzonymi w sposób wskazujący na ich niebezpieczny charakter, wstępnego magazynowania odpadów w workach nieposiadających możliwości jednokrotnego zamknięcia oraz w uszkodzonych workach i pojemnikach o kolorze niezgodnym z wymogami, nieoznaczaniu odpadów medycznych niebezpiecznych co do wymaganej daty otwarcia i zamknięcia worka/pojemnika na odpady, a także miejsca powstania odpadu. Naruszono tym samym wymogi § 3 ust. 1 i 5, § 4 ust. 3, § 6 ust. 1 pkt 5, pkt 6 rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi – odpady medyczne 18 01 03* zbiera się do worków z możliwością jednokrotnego zamknięcia, odpady o ostrych końcach i krawędziach zbiera się do pojemników, przy czym oznaczenia kolorami poszczególnych rodzajów odpadów medycznych stosuje się odpowiednio (18 01 06* - kolor żółty⁵⁵), w przypadku uszkodzenia worka umieszcza się go w całości w innym nieuszkodzonym worku na pojemniku lub worku musi być umieszczona m.in. data i godzina otwarcia (rozpoczęcie użytkowania), datę i godzinę zamknięcia - oraz dyspozycję zawartą w załączniku do Procedury wymagającą oznaczenia worka/pojemnika co do miejsca powstania odpadu.

(akta kontroli str. 656-679)

W wyjaśnieniach w sprawie gromadzenia odpadów medycznych w workach foliowych koloru czerwonego niespełniających warunku ich jednokrotnego zamknięcia (zamknięcie w Szpitalu worków polegało na ich prostym związaniu), Kierownik Działu

⁵⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260.

⁵⁵ Wymóg wskazany również w załącznikach do Procedury.

Logistyki podała, że nie zgłaszała potrzeby zakupu innych worków, ponieważ w jej ocenie takie zamknięcie spełniało przytoczone wymagania. Problemem nie był wysoki koszt zakupu innych worków, czy ich ograniczona dostępność.

(akta kontroli str. 562-564)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w celu dodatkowego zabezpieczenia worków przed ich otwarciem stosowane będzie zamknięcie w postaci opaski zaciskowej.

(akta kontroli str. 782-788)

Wobec sytuacji, że w Szpitalu nie były dotrzymane wymagania w zakresie postępowania z zakaźnymi odpadami medycznymi w toku kontroli Dyrektor Szpitala została powiadomiona w trybie art. 51 ust 1 ustawy NIK o zaistnieniu bezpośredniego zagrożenie dla życia i zdrowia ludzkiego, wobec nieprawidłowego przygotowywania w jednej z lokalizacji Szpitala zgromadzonych odpadów medycznych do przyjęcia ich przez firmę transportową.

(akta kontroli str. 765)

Dyrektor Szpitala poinformowała, że w celu wyeliminowania opisanego wyżej zagrożenia pracownicy Działu Higieny zostali przeszkoleni z obowiązującej procedury sanitarno-epidemiologicznej, poinformowani o bezwzględnym zakazie wystawiania pojemników z odpadami medycznymi przed przyjazdem firmy transportowej, a wykonawca usługi odbioru podjeżdżając pod Szpital będzie powiadamiał pracownika transportu wewnętrznego o swoim przybyciu.

(akta kontroli str. 766)

Użytkowane od kwietnia 2022 r. PMOM, przeznaczone do wstępnego magazynowania odpadów z komórek organizacyjnych Szpitala, spełniało wymogi określone w § 7 ust. 2 rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi, a wstępne magazynowanie odpadów medycznych odbywało się zgodnie z zasadami określonymi w § 3 ust. 1, § 6 ust. 1 oraz § 8 ust. 1 i 2 przywołanego rozporządzenia.

(akta kontroli str. 680-686)

Według Procedury komórki organizacyjne Szpitala były zobowiązane do zorganizowania i zaplanowania miejsc, sprzętu i sposobu gromadzenia i segregowania odpadów.

(akta kontroli str. 84-119)

Stwierdzono, że w czterech komórkach organizacyjnych Szpitala, tj. Oddział Obserwacyjno-Zakaźny, Blok Operacyjny, Pracownia Badań Przesiewowych Noworodka oraz Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii zamieszczone na workach/pojemnikach na odpady medyczne etykiety zawierały dane wymagane § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi, a czas gromadzenia odpadów nie przekraczał limitów określonych w § 8 ust. 1 i 2 przywołanego rozporządzenia oraz w obowiązującej w Szpitalu Procedurze. Przy czym zamknięcie czerwonych worków, stosowanych do gromadzenia medycznych odpadów zakaźnych ww. komórkach, polegało na ich zawiązaniu. W ww. komórkach organizacyjnych gromadzone były odpady medyczne o kodach 18 01 03* oraz 18 01 02*⁵⁶, nie stosowano worków/pojemników na odpady medyczne o kodzie 18 01 04.

(akta kontroli str. 578-580, 585-595, 608-620, 635-644, 647-655)

⁵⁶ Pracownia Badań Przesiewowych Noworodka, wyposażona w przenośne urządzenie chłodnicze.

W wyniku przeprowadzonych w dniu 14 kwietnia 2022 r. oględzin Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego funkcjonującego przy ul. Wrzoska 1 stwierdzono, że wytwarzane w Oddziale odpady oznaczane były kodami dedykowanymi odpadom zakaźnym tj. widoczne były worki/pojemniki z odpadami 18 01 03*. Oznaczenie kodami dedykowanymi odpadom zakaźnym wszystkich odpadów wytwarzanych w Oddziale wynikało, jak wskazał Kierownik Oddziału, z przyjętego założenia, że wszelkie odpady powstające w oddziale mogą zawierać żywe drobnoustroje chorobotwórcze oraz inne formy zdolne do przeniesienia materiału genetycznego, co do których istnieje prawdopodobieństwo, że wywołują choroby u ludzi i zwierząt. Praktyka ta ma stanowić zabezpieczenie przed rozprzestrzenianiem się chorób wśród pacjentów oraz poza obrębem Oddziału.

Zgromadzone w przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu technicznym worki z odpadami oznaczonymi kodem 18 01 03* był zamknięte poprzez zawiązanie i użycie jednorazowej opaski zaciskowej (trytytki) oraz oznaczone etykietami m.in. co do kodu odpadów medycznych w nich przechowywanych, nazwy wytwórcy odpadów medycznych, wraz z podaniem daty i godziny otwarcia (rozpoczęcia użytkowania), a także daty i godziny zamknięcia - (§ 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi). W dyżurce pielęgniarskiej znajdowały się dwa pojemniki, wyłożone czerwonymi workami, przeznaczone do gromadzenia odpadów o kodzie 18 01 03*, a także dwa oznaczone etykietami pojemniki czerwone na odpady medyczne „ostre” oznaczone kodem 18 01 03*. W pomieszczeniu nie było pojemników/worków przeznaczonych do gromadzenia innych odpadów niż 18 01 03*.

(akta kontroli str. 687)

Pojemniki stosowane w Szpitalu do gromadzenia odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach nie były zróżnicowane kolorystycznie - w konsekwencji czerwone pojemniki stosowano bez względu na rodzaj odpadu w nich umieszczanego. Przyjęty sposób gromadzenia odpadów był niezgodny z § 3 ust. 5 rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi. Wynikał jednakże ze stosowania zarówno Procedury, jak również Procedury postępowania z odpadami medycznymi „ostrymi” obowiązujących w Szpitalu, według których odpady „ostre” należało wrzucać do pojemnika czerwonego (oznaczając go jednocześnie odpowiednim kodem odpadu – pkt 4 i pkt 6.1.4 Procedury postępowania z odpadami medycznymi ostrymi).

(akta kontroli str. 578-580, 585-595, 608-620, 635-644, 647-678, 687-688)

W latach 2019-2022 (I kwartał) odpady o kodzie 18 01 82* w Szpitalu przekazywane były do unieszkodliwienia z jednej lokalizacji ul. Nowowiejskiego 56/58 w Poznaniu, w ilości odpowiednio w poszczególnych latach tego okresu: 2,03 Mg, 1,71 Mg, 1,01 Mg, 0,179 Mg.

(akta kontroli str. 136-186, 509-554, 559-560)

W wyjaśnieniach Kierownik Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego wskazał, że na Oddziale wszystkie odpady są uznawane za materiał zakaźny i nie prowadzi się zbiórki odpadów komunalnych.

(akta kontroli str. 593, 687)

W latach 2020-2022 (do końca lutego) w oddziałach Szpitala udzielano świadczeń osobom z podejrzeniem zakażenia lub zakażeniem COVID-19⁵⁷, w tym:

⁵⁷ Pacjenci z rozpoznaniem U07.1 COVID-19 wirus zidentyfikowany (rozpoznanie zasadnicze i współistniejące) oraz pacjenci z rozpoznaniem U.07 COVID-19 – wirus niezidentyfikowany.

w lokalizacji ul. Nowowiejskiego 56/58 w Poznaniu

- w Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym – wirus zidentyfikowany: w 2020 r. 62 rozpoznania zasadnicze, 27 współlistniejące, w 2021 r. odpowiednio 111 i 105 rozpoznań, w 2022 r. 167 i 19; podejrzenie zakażenia: w 2020 r. 16 osób, w 2021 r. 15 osób,
- w Oddziale Dzieci Młodszych - podejrzenie zakażenia: w 2020 r. i w 2021 r. po trzy osoby,

lokalizacji ul. Krysiewicza 7/8 w Poznaniu

- w Oddziale Wewnętrznym (Hematologicznym) – wirus zidentyfikowany: w 2021 r. 40 rozpoznań współlistniejących, 35 rozpoznań zasadniczych i dziewięć współlistniejących; podejrzenie zakażenia: w 2020 r. 526 osób, w 2021 r. 2668 osób, w 2022 r. 165 osób,
- w Oddziale Dzieci Starszych – wirus zidentyfikowany: w 2020 r. jedno rozpoznanie współlistniejące, w 2021 r. 83 rozpoznania współlistniejące, w 2022 r. 102 rozpoznania zasadnicze i osiem współlistniejących; podejrzenie zakażenia: w 2020 r. dwie osoby, w 2021 r. 170 osób,
- w Oddziale Chirurgicznym i Leczenia Oparzeń – wirus zidentyfikowany: w 2021 r. 10 rozpoznań współlistniejących, w 2022 r. 21 rozpoznań współlistniejących,
- Oddziale Laryngologicznym – wirus zidentyfikowany: w 2021 r. jedno rozpoznanie współlistniejące, w 2022 r. jedno rozpoznanie zasadnicze,
- w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii⁵⁸ – wirus zidentyfikowany: w 2021 r. jedno rozpoznanie zasadnicze, w 2022 r. jedno rozpoznanie współlistniejące; podejrzenie zakażenia: w 2020 r. 11 osób, w 2021 r. cztery osoby,

w lokalizacji ul. Jarochońskiego 18 w Poznaniu

- w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym – wirus zidentyfikowany: w 2021 r. siedem rozpoznań współlistniejących, w 2022 r. 14 rozpoznań współlistniejących; podejrzenie zakażenia: w 2020 r. jedna osoba, w 2021 r. jedna osoba,
- w Oddziale Noworodkowym – wirus zidentyfikowany: w 2021 r. jedno rozpoznanie współlistniejące, w 2022 r. jedno rozpoznanie współlistniejące,
- w Oddziale Urologicznym i Onkologii Urologicznej – wirus zidentyfikowany: w 2021 r. jedno rozpoznanie współlistniejące; podejrzenie zakażenia: w 2020 r. dwie osoby, w 2021 r. 30 osób.

(akta kontroli str. 757-762)

W Szpitalu, w komórkach organizacyjnych zlokalizowanych w Poznaniu przy ul. Krysiewicza 7/8 oraz ul. Jarochońskiego 18, w których realizowano świadczenia medyczne dla osób z podejrzeniem zakażenia/zakażonych COVID-19, zastosowano klasyfikację odpadów stanowiących pozostałości z żywienia ww. pacjentów jako 18 01 03* - co było niezgodne z obowiązującym katalogiem kodu odpadów, według którego pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych stanowią odpad o kodzie 18 01 82*. W konsekwencji tego naruszono zakaz mieszania odpadów niebezpiecznych różnych rodzajów (art. 4 ust. 1 pkt. 2 i art. 21 ust 1 ustawy).

(akta kontroli str. 763-764)

Dyrektor Szpitala podała, że pozostałości z żywienia pacjentów hospitalizowanych w oddziałach w Poznaniu przy ul. Krysiewicza 7/8 oraz ul. Jarochońskiego 18, z rozpoznaniem COVID-19 przekazywane były do unieszkodliwienia z odpadami oznaczonymi kodem 18 01 03*. Wytworzone pozostałości potraktowane zostały jako

⁵⁸ Nie są wytwarzane odpady o charakterze resztek żywnościowych.

odpad zakaźny. W wyjaśnieniach nie wskazano uzasadnienia przyjętego sposobu postępowania.

(akta kontroli str. 764)

Odpady medyczne, oznaczone kodem 18 01 09 – leki inne niż wymienione w 18 01 08⁵⁹ przekazywane były do unieszkodliwienia – z wykorzystaniem „Protokołu przekazania produktu leczniczego-wyrobu medycznego do utylizacji” - przez Aptekę Szpitalną⁶⁰. Oddziały Szpitalne nie przekazywały worków/opakowań oznaczonych kodem 18 01 09 do Apteki Szpitalnej oraz PMOM.

(akta kontroli str. 767-773, 790-796)

P.o. Naczelna Pielęgniarka wyjaśniła, że niewykorzystane produkty lecznicze w postaci resztek tabletek oraz tabletek zanieczyszczonych i resztek niewykorzystanych leków z ampułek zbierano do jednego pojemnika z kodem 18 01 03* i przekazywano do utylizacji. Ze względu na małą przestrzeń pomieszczeń zabiegowych stosowano zasadę minimalizowania liczby pojemników na odpady. Ustalono również, że otwartą ampułkę traktować zawsze należy jako odpad ostry wyrzucany do czerwonego pojemnika.

(akta kontroli str. 768-770)

Przyjęty sposób gromadzenia niewykorzystanych resztek leków z odpadami o kodzie 18 01 03* prowadził do mieszania odpadów zakaźnych z odpadami niemającymi charakteru niebezpiecznych, zabronionego art. 21 ust. 1 ustawy, oraz przekazywania do unieszkodliwienia odpadów w postaci leków z niewłaściwym kodem (art. 4 ust. 1 pkt. 2 ustawy).

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że nowe rozwiązania w postaci Unit Dose⁶¹ wdrażane w Szpitalu przy ul. Wrzoska 1 wyeliminują wcześniejsze problemy z resztkami leków pediatrycznych, a utylizacja nie w pełni wykorzystanych produktów leczniczych zostanie ujęta w aktualizowanej procedurze.

(akta kontroli str. 782-788)

NIK wskazuje jednak, że przywołany w wyjaśnieniu system dawek indywidualnych leków funkcjonować będzie w lokalizacji ul. Wrzoska 1 i nie będzie obejmował komórek organizacyjnych Szpitala zlokalizowanych w pozostałych miejscach miasta.

(akta kontroli, str. 1270)

Według Procedury o przyjętym sposobie działania należało poinformować wszystkich pracowników, a także konsultantów, pacjentów, opiekunów i osoby odwiedzające.

(akta kontroli str. 84-119)

Informacje o miejscach, sposobach gromadzenia i segregowania odpadów, jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala, przekazywane były podczas szkoleń wstępnych z zakresu BHP i Epidemiologii, potwierdzane na Kartach Adaptacji Zawodowej i listach obecności. Pacjenci, opiekunowie o segregacji odpadów dowiedzą się z tablic informacyjnych umieszczonych na każdym oddziale szpitalnym. Konsultanci medyczni i inne służby zewnętrzne o sposobie segregacji odpadów dowiadywali się ustnie. Podczas wizyt osobom z zewnątrz asystował pracownik, który na bieżąco

⁵⁹ Którego Szpital nie wykorzystuje.

⁶⁰ Zobowiązanej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 18 października 2002 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki - Dz. U. nr 187 poz. 1565 – do prowadzenia dokumentacji przekazanych do utylizacji przeterminowanych i zniszczonych produktów leczniczych i wyrobów medycznych (§10 ust. 1 pkt 4).

⁶¹ System pakowania, przechowywania, oraz wydawania indywidualnych dawek leku – przyp. kontr.

wskazywał miejsca segregacji odpadów. Do pojemników na odpady przymocowane były odpowiednie napisy i piktogramy o rodzaju odpadu.

(akta kontroli str. 774-788)

4. W okresie objętym kontrolą funkcjonowało pięć, następujących po sobie umów zawartych z jednym podmiotem odpowiedzialnym za realizację usług związanych z odbiorem, transportem i utylizacją zakaźnych odpadów medycznych, w tym wytwarzanych w związku z leczeniem pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2, w tym:

- umowa z dnia 25.10.2018 r., zawarta na okres jednego roku w trybie przetargu nieograniczonego, wartość umowy brutto - 442,5 tys. zł, wartość zrealizowana - 409,7 tys. zł, limit masy odpadów określony w umowie - 124.950 kg, rzeczywista masa przekazanych odpadów - 120.709 kg,
- umowa z dnia 16.10.2019 r., zawarta na okres jednego roku w trybie przetargu nieograniczonego, wartość umowy brutto - 485,5 tys. zł, wartość zrealizowana - 439,9 tys. zł, limit masy odpadów określony w umowie - 130.150 kg, rzeczywista masa przekazanych odpadów - 118.030 kg,
- umowa z dnia 27.10.2020 r., zawarta na okres sześciu miesięcy w trybie przetargu nieograniczonego, wartość umowy brutto - 297,7 tys. zł, wartość zrealizowana - 255,9 tys. zł, limit masy odpadów określony w umowie - 64.779 kg, rzeczywista masa przekazanych odpadów - 55.665 kg,
- umowa z dnia 23.04.2021 r., zawarta na okres trzech miesięcy na podstawie Regulaminu udzielania zamówień publicznych w Szpitalu, , wartość umowy brutto - 140,1 tys. zł, wartość zrealizowana - 137,3 tys. zł, limit masy odpadów określony w umowie - 26.981 kg, rzeczywista masa przekazanych odpadów - 26.476 kg,
- umowa z dnia 16.06.2021 r., zawarta na okres 17 miesięcy w trybie przetargu nieograniczonego, wartość umowy brutto - 969,3 tys. zł, wartość zrealizowana do końca I kwartału 2022 r. - 414,9 tys. zł, limit masy odpadów określony w umowie - 182.962 kg, rzeczywista masa przekazanych odpadów - 78.233 kg.

(akta kontroli str. 837-970)

Wraz z ofertą do prowadzonych ww. postępowań wybrany wykonawca przedłożył prawomocne decyzje Marszałka Województwa Wielkopolskiego z dnia 4 grudnia 2015 r. i 30 listopada 2020 r. na eksploatację instalacji termicznego przekształcania odpadów, zlokalizowanej na terenie jego zakładu, pozwolenie z dnia 19 marca 2014 r. na wytwarzanie odpadów uwzględniające wymagania przewidziane dla zezwolenia na zbieranie odpadów i zezwolenia na przetwarzanie odpadów w związku z eksploatacją instalacji oraz decyzję z dnia 27 czerwca 2018 r. na zbieranie zakaźnych odpadów medycznych oraz zakaźnych odpadów weterynaryjnych o następujących kodach: 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 80*, 18 01 82* 18 02 02*. Z załącznika do ww. pozwoleń wynika, że podmiot ten uprawniony był do zbierania i przetwarzania w ww. instalacji odpadów o kodach odpadów medycznych wytwarzanych przez Szpital. Z wpisu do BDO wynika ponadto, że podmiot ten był uprawniony również do transportowania odpadów wytwarzanych w Szpitalu.

(akta kontroli str.1109-1234)

5. Poniesione przez Szpital koszty związane z transportem oraz unieszkodliwianiem zakaźnych odpadów medycznych wyniosły: w 2019 r. 412,8 tys. zł, w 2020 r. 454,8 tys. zł (wzrost o 10,2% w porównaniu do roku 2019), w 2021 r. 561,3 tys. zł (wzrost o 23,45 w porównaniu do roku 2020) i I kwartale 2022 r. 152,8 tys. zł.

Szpital nie wyodrębniał kosztów transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych powstałych w związku z leczeniem pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2.

(akta kontroli str. 971)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Stosowany w Szpitalu sposób klasyfikowania odpadów medycznych był niezgodny z wymogami obowiązujących rozporządzeń w sprawie katalogu odpadów, jak również prowadził do mieszania odpadów niebezpiecznych różnych rodzajów, jak też mieszania odpadów niebezpiecznych z odpadami innymi niż niebezpieczne, co stanowiło naruszenie art. 21 ust. 1 ustawy o odpadach.

(akta kontroli str. 84-119, 578-580, 585-595, 608-620, 635-644, 647-659, 687-688, 741-749, 763-764, 757-762, 767-773, 782-788, 790-796)

2. Postępowanie z odpadami medycznymi, w tym z zakaźnymi odpadami medycznymi, było niezgodne z obowiązującymi wymogami w zakresie miejsca ich wstępnego magazynowania, limitów czasu i temperatury dotyczących ich wstępnego magazynowania, stosowanych do ich gromadzenia i wstępnego magazynowania worków/opakowań i ich oznaczania, jak również stosowania kodów odpowiednich do rodzaju odpadów. Stanowiło to naruszenie § 3 ust. 1 i 5, § 4 ust. 3 i § 6 ust. 1, pkt. 5 i 6 rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi.

(akta kontroli str. 84-119, 562-564, 578-580, 585-595, 608-620, 635-644, 647-679, 687-688, 741-749, 763-764, 757-762, 765-773, 782-788, 790-796)

3. Ewidencja ilościowa i jakościowa odpadów medycznych nie była prowadzona w sposób bieżący oraz nie zawierała wiarygodnych danych o ilości i czasie wytworzenia odpadów medycznych, co stanowiło naruszenie art. 66 ust. 1 ustawy i skutkowało prezentowaniem nierzetelnych danych w sprawozdaniach dotyczących ilości wytworzonych odpadów medycznych oraz brakiem informacji umożliwiających prowadzenie skutecznego nadzoru nad gospodarowaniem odpadami medycznymi.

(akta kontroli str. 136-186, 248-554, 559-560, 562-565, 782-788)

4. Obowiązująca w Szpitalu do dnia 23 maja 2022r. Procedura była opracowana w sposób nierzetelny, a rozwiązania przyjęte w uregulowaniach wewnętrznych dotyczących postępowania z odpadami medycznymi, w tym odpadami „ostrymi” nie były w pełni zgodne z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi.

(akta kontroli str. 84-26, 741-749 , 782-788)

5. W Szpitalu nie zapewniono spójności pomiędzy obowiązującymi regulacjami w zakresie postępowania z odpadami medycznymi, tj. Procedurą, a zakresami zadań, uprawnień i odpowiedzialności osób, którym przypisano zadania określone Procedurą, jak też z uregulowaniami odnoszącymi się do zakresu zadań Zespołu.

W szczególności, w zakresach obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności: członków ZKZS, Kierownika Działu Logistyki, Kierownika Działu Higieny oraz pracowników transportu wewnętrznego nie wskazano zadań odnoszących się do przypisanych im czynności związanych z zapewnieniem prawidłowego gospodarowania odpadami medycznymi określonych w Procedurze (szczegółowo opisanej w punkcie 2 niniejszego wystąpienia). Do zadań określonych w Procedurze nie odnosiły się również regulacje określające sposób funkcjonowania ZKZS. Nie zostały w ten sposób spełnione standardy kontroli zarządczej określone w części

A Środowisko wewnętrzne pkt 3⁶² wskazujące m.in., że zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności poszczególnych komórek organizacyjnych jednostki oraz zakres podległości pracowników powinien być określony w formie pisemnej w sposób przejrzysty i spójny.

(akta kontroli str. 32-38, 41-46, 50-51, 53-58, 62-64, 69-73, 84-131, 782-788)

6. Zespół, wbrew wymogom określonym w pkt. 5.1 procedury „Postępowanie z odpadami medycznymi” nie realizował w pełnym zakresie przypisanych mu zadań, tj:

- nie przeprowadził w latach 2020-2021 corocznej weryfikacji Procedury, wymaganej postanowieniami jej pkt. 5.1 tiret 3,
- nie dokonał w 2019 r. udokumentowanej oceny postępowania z odpadami, wymaganej postanowieniami pkt. 5.1 tiret 2 Procedury w wersji obowiązującej do 27 stycznia 2020 r.

(akta kontroli str. 84-119, 735-749, 782-788)

7. W Szpitalu nie zapewniono przekazywania pracownikom informacji ważnych z punktu widzenia realizowanych przez nich zadań i egzekwowania od nich potwierdzenia zapoznania się z nimi. Z okoliczności tych wynika bowiem, że jedna z objętych badaniem osób nie została zapoznana z treścią obowiązujących w Szpitalu regulacji dotyczących odpadów medycznych oraz nie wszystkie osoby zapoznawały się z ww. procedurami bez zbędnej zwłoki, co było niezgodne ze standardami kontroli zarządczej - część D *Informacja i komunikacja* według których pracownicy powinni mieć zapewniony dostęp do informacji niezbędnych do wykonywania przez nich obowiązków, a system komunikacji powinien umożliwiać przepływ informacji wewnątrz jednostki.

(akta kontroli str. 566-576, 578-584, 592-607, 616-637, 643-647)

8. Pracownicy odpowiedzialni za realizację zadań związanych z gospodarowaniem odpadami medycznymi nie podnosili kompetencji zawodowych w tym zakresie, tj. Kierownik Działu Higieny oraz pracownicy transportu wewnętrznego pracujący w tym Dziale, jak również członkowie Komitetu Zakażeń Szpitalnych zatrudnieni na stanowiskach: lekarza (specjalisty w zakresie pediatrii i chorób zakaźnych), specjalisty ds. epidemiologii (pielęgniarka naczelną oraz pielęgniarka epidemiologiczna - specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego). Ponadto pozostały personel medyczny i pomocniczy Szpitala nie uczestniczył w badanym okresie (do czasu rozpoczęcia kontroli NIK) w szkoleniach zewnętrznych dedykowanych wprost problematyce gospodarowania odpadami medycznymi, pomimo, że w świetle standardów kontroli zarządczej określonych w części A Środowisko wewnętrzne pkt 2 należy zadbać, aby osoby zarządzające i pracownicy posiadali wiedzę, umiejętności i doświadczenie pozwalające skutecznie i efektywnie wypełniać powierzone zadania oraz należy zapewnić rozwój kompetencji zawodowych pracowników jednostki i osób zarządzających.

(akta kontroli str. 47-49, 52, 61, 74-79)

9. Szpital nie złożył wniosku, o którym mowa w art. 59 ust. 1 ustawy o odpadach, tj. o uaktualnienie wpisu do rejestru w BDO, pomimo że pierwotny wniosek o wpis z 6 listopada 2018 r. wskazał węższy katalog odpadów medycznych niż faktycznie wytwarzane w kontrolowanym okresie.

(akta kontroli str. 15-21, 782-788)

⁶² Komunikat Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych (Dz. Urz. Ministra Finansów Nr 15, poz. 84).

IV. Uwagi i wnioski

Uwaga Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że przyjęty sposób postępowania z nie w pełni wykorzystanymi lekami (które nie zostały ujęte w protokołach przekazania do utylizacji posiadanych przez Aptekę) i przekazywanie ich do unieszkodliwienia z kodem 18 01 03* z pominięciem Apteki Szpitalnej uniemożliwia prowadzenie przez nią rzetelnej dokumentacji, o której mowa w § 10 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 18 października 2002 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki. Ponadto działania te mogą skutkować utratą przez Szpital kontroli nad tą częścią leków, ponieważ nie można dowieść, że produkty lecznicze wycofane w ten sposób z użycia w Szpitalu zostały przekazane do unieszkodliwienia.

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

- 1) wprowadzenie uregulowań wewnętrznych zapewniających klasyfikowanie odpadów medycznych w sposób zgodny z przepisami powszechnie obowiązującymi oraz wykluczających możliwość mieszania odpadów niebezpiecznych różnych rodzajów, jak również odpadów niebezpiecznych z odpadami innymi niż niebezpieczne,
- 2) zapewnienie we wszystkich lokalizacjach Szpitala prawidłowych warunków wstępnego magazynowania odpadów medycznych oraz ich oznaczania zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie odpadów medycznych,
- 3) rzetelne ewidencjonowanie danych o wytworzonych odpadach medycznych, będących podstawą przygotowania wymaganych sprawozdań,
- 4) zapewnienie spójności pomiędzy regulacjami dotyczącymi gospodarowania odpadami medycznymi, a zakresami zadań, uprawnień i odpowiedzialności pracowników Szpitala odpowiedzialnych za gospodarowanie tymi odpadami,
- 5) zapewnienie realizacji przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych zadań przypisanych w obowiązującej Procedurze,
- 6) zapoznanie pracowników z uregulowaniami dotyczącymi gospodarowania odpadami medycznymi zawartych w Procedurze,
- 7) objęcie pracowników odpowiedzialnych za realizację zadań związanych z gospodarowaniem odpadami medycznymi szkoleniami dotyczącymi tej problematyki,
- 8) złożenie wniosku aktualizującego, o którym mowa w art. 59 ust. 1 ustawy, uwzględniającego katalog odpadów medycznych faktycznie wytwarzanych w Szpitalu,
- 9) wzmocnienie nadzoru nad postępowaniem w Szpitalu z zakaźnymi odpadami medycznymi.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

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

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

Poznań, 23 czerwca 2022 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontroler
Sylvia Zakrzewska
gł. specjalista k.p.

p.o. Dyrektor
dr Marcin Stefaniak

.....
podpis

.....
podpis