



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Poznaniu

LPO.410.004.04.2022

Radosław Kołaciński
Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego
im. Ludwika Perzyny
w Kaliszu

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu, ul. Poznańska 79, 62-800 Kalisz.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Radosław Kołaciński, dyrektor, od 1 marca 2019 r. Wcześniej, w okresie objętym kontrolą, funkcję kierownika jednostki pełnił Włodzimierz Szewczyk, p.o. Z-ca Dyrektora ds. Rozwoju, Usług i Inowacji Medycznych, od 30 października 2018 r. do 28 lutego 2019 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Postępowanie z wytwarzanymi zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym wytwarzanymi w związku z przeciwdziałaniem COVID – 19.
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2019 r. do dnia zakończenia czynności kontrolnych, z wykorzystaniem dowodów sporządzanych przed lub po tym okresie.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontroler	Jacek Młynarczyk, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/25/2022 z 27 stycznia 2022 r.

(akta kontroli str.1-3)

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

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W Szpitalu zapewniono zgodne z przepisami magazynowanie wytwarzanych zakaźnych odpadów medycznych, w tym wytworzonych w związku z przeciwdziałaniem COVID – 19. Sposób postępowania z tymi odpadami nie był jednak zgodny z obowiązującymi przepisami prawa, a niektóre dane w prowadzonej przez Szpital ewidencji odpadów oraz - w konsekwencji - w sprawozdaniach składanych Marszałkowi Województwa Wielkopolskiego były niezgodne ze stanem faktycznym.

W strukturze organizacyjnej Szpitala wskazano komórki organizacyjne sprawujące nadzór nad postępowaniem z zakaźnymi odpadami medycznymi. Pracujące tam osoby nadzorujące postępowanie z odpadami nie zostały jednak skierowane na żadne szkolenia z zakresu gospodarowania odpadami, gdyż zdaniem Dyrektora Szpitala posiadały odpowiednie przygotowanie zawodowe do nadzorowania tego postępowania. Obowiązujące w Szpitalu procedury klasyfikacji odpadów i postępowania z nimi, nie w pełnym zakresie były zgodne z obowiązującymi przepisami. Wyznaczono osoby odpowiedzialne za realizację tych procedur oraz zapoznano z nią wszystkich z objętej badaniem grupy 20 pracowników mających kontakt z odpadami medycznymi, jednak żadnego z nich nie zapoznano z procedurą z dniem jej wejścia w życie. W związku z wprowadzonym od 1 stycznia 2020 r. obowiązkiem rejestracji w Bazie danych o produktach i opakowaniach oraz gospodarce odpadami, Szpital złożył wymagany wniosek aktualizacyjny, jako wytwórca odpadów zobowiązany do prowadzenia ewidencji: odpadów, miejsc wytwarzania odpadów oraz kodów i rodzajów wytwarzanych odpadów. Szpital posiadał również wymagany wpis do tego rejestru. Zakaźne odpady medyczne stanowiły w poszczególnych latach kontrolowanego okresu 2019-2022: 40,60%, 42,58%, 42,06% i 42,84% wszystkich wytworzonych odpadów. Praktyka postępowania z odpadami w zakresie ich klasyfikacji nie uwzględniała wytwarzania w Szpitalu odpadu o kodzie 18 01 82*, tj. pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych lub pacjentów, co do których istniało podejrzenie o chorobę zakaźną. Wskutek tego, w Szpitalu nie zawsze ewidencjonowano ten odpad i wykazywano go w sprawozdawczości. Stwierdzono także niezgodności uregulowań Procedury w odniesieniu do rozporządzenia Ministra Klimatu z 2 stycznia 2020 r. w sprawie katalogu odpadów³ a wcześniej w rozporządzeniu Ministra Środowiska z 9 grudnia 2014 r. w sprawie katalogu odpadów⁴. Poza wewnętrznym szkoleniem dla 42 osób z kadry kierowniczej, pozostałym pracownikom nie zapewniono szkoleń z zakresu postępowania z odpadami. Szpital nie dysponował danymi o masie odpadów o kodzie 18 01 82* wytworzonymi w 2019 r., w związku z żywieniem pacjentów oddziałów zakaźnych lub co do których istniało podejrzenie o chorobę zakaźną oraz nie dysponował takimi danymi dotyczącymi roku 2021 i 2022 r. w jednej z pięciu lokalizacji Szpitala, tj. przy ul. Poznańskiej 79. Także stosowany w Szpitalu sposób klasyfikowania odpadów medycznych nie był zgodny z wymogami wyżej przywołanych rozporządzeń. Odpady medyczne magazynowane w kontenerze opisanym kodem 18 01 03* nie były oznaczone informacjami o kodzie odpadu, komórce organizacyjnej w której wytworzono te odpady, oraz danymi umożliwiającymi ustalenie czasu ich magazynowania. W 2021 i 2022 r. Szpital dopuścił do mieszania zakaźnych odpadów medycznych z innymi odpadami i nie wykazywał w prowadzonej ewidencji odpadów o kodzie 18 01 82* wytwarzanych w lokalizacji przy ul. Poznańskiej.

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

³ Dz.U. z 2020, poz.10

⁴ Dz.U. z 2014, poz.1923

Skutkiem tego, sporządzone na podstawie tej ewidencji sprawozdania dotyczące 2019 i 2021 r. zawierały niezgodne ze stanem faktycznym dane nieuwzględniające tego odpadu.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Postępowanie z wytwarzanymi na terenie Szpitala zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym wytwarzanymi w związku z przeciwdziałaniem COVID – 19

Opis stanu faktycznego

Komórki organizacyjne Szpitala wykazane jako miejsca wytwarzania odpadów medycznych w Bazie danych o produktach i opakowaniach oraz gospodarce odpadami (dalej BDO) funkcjonowały w pięciu lokalizacjach, tj.: Kalisz ul. Poznańska 79, Kalisz ul. Toruńska 7, Brzeziny ul. 1 000 – lecia, Lisków ul. Ks. Wacława Błazińskiego 56, Stawiszyn ul. Kaliska 14.

(akta kontroli str. 101-157)

1.1. Sprawowanie nadzoru nad postępowaniem z odpadami medycznymi i odpadami innymi niż medyczne powierzono Z-cy Dyrektora ds. lecznictwa.

Zgodnie z § 11 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi⁶ (dalej rozporządzenie w sprawie postępowania z odpadami medycznymi) Szpital, jako podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, opracował procedury postępowania z odpadami medycznymi w zakresie ich selektywnego zbierania, transportu i wstępnego magazynowania. Były to:

- Procedura QP-01/E Postępowania z odpadami medycznymi i innymi niż medyczne (z wyłączeniem leków) – segregacja i selektywne zbieranie w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych (dalej Procedura),
- Procedura QP-03/E Postępowanie z odpadami innymi niż medyczne – segregacja i selektywne zbieranie w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych,
- Procedura Q1-01/E Instrukcja selektywnej zbiórki odpadów transport, przechowywanie i utylizacja.

(akta kontroli str. 21-37,44, 58)

Zgodnie z postanowieniami § 24 pkt. 2 Regulaminu Organizacyjnego Szpitala, do Działu Logistyki (dalej: DL) należało m.in.: prowadzenie we współpracy z Pielęgniarkami Epidemiologicznymi odpowiedniej gospodarki odpadami medycznymi wraz z obowiązującą dokumentacją; prowadzenie gospodarki odpadami komunalnymi; sprawowanie kontroli nad przestrzeganiem przepisów dotyczących gospodarowania oraz nadzór nad ich wywozem. Sekcji Transportu w DL (dalej: Sekcja Transportu) powierzono transport wewnętrzny odpadów medycznych. Do Działu Higieny i Epidemiologii (dalej: DHiE), należało zarządzanie ryzykiem zakażenia oraz bezpieczeństwo epidemiologiczne środowiska szpitalnego dla pacjenta i personelu, m.in.: systematyczna aktualizacja wewnętrznych uregulowań według obowiązujących przepisów prawnych dotyczących obszarów higieny i epidemiologii w środowisku szpitalnym; ocena ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych; nadzór nad przestrzeganiem

⁵ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁶ Dz.U. poz. 1975

procedur i standardów zapewniających ochronę i bezpieczeństwo personelu oraz pacjentów przed zakażeniami szpitalnymi; szkolenia w zakresie zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych; organizacja i realizacja zadań z zakresu zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych; analiza występowania zakażeń szpitalnych⁷. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Ustawa o działalności leczniczej wskazuje obligatoryjne postanowienia, które powinny być zawarte w Regulaminie Organizacyjnym podmiotu leczniczego. W tym katalogu nie ma postanowień dotyczących postępowania z odpadami medycznymi, a Regulamin Organizacyjny w swej treści umocowuje Dyrektora Szpitala do wydawania wewnętrznych aktów normatywnych, w tym zarządzeń.

Zakresy zadań poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala oraz zakresy zadań, odpowiedzialności i uprawnień pracowników sporządzono w formie pisemnej.

(akta kontroli str. 4-20, 264)

W myśl zakresu zadań, odpowiedzialności i uprawnień, do Kierownika DL⁸ należało m.in.: nadzorowanie gospodarki odpadami, przygotowanie i przekazywanie danych do Urzędu Marszałkowskiego, nadzór nad realizacją zamówień na podstawie zawartych umów, współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w celu właściwej realizacji nałożonych zadań. Do zadań specjalisty ds. terenów zielonych⁹ należało m.in.: prowadzenie ewidencji wytwarzanych odpadów komunalnych, medycznych i niebezpiecznych, rozliczanie według kosztów wytwarzanych odpadów, prowadzenie całości dokumentacji z tym związanej.

(akta kontroli str.4-13, 14-20, 21-67)

Kierownicy komórek organizacyjnych i kierownik DL, odpowiedzialni w myśl pkt. 7 Procedury za jej realizację, poza wykształceniem kierunkowym, doświadczeniem i kwalifikacjami zawodowymi oraz szkoleniem stanowiskowym przeprowadzonym w dniach 4-8 marca 2019 r., nie zostali skierowani na żadne szkolenie z zakresu gospodarowania odpadami. Pracownicy DHiE uprawnieni do bieżącej kontroli stanowiskowej realizacji procedury, którzy posiadali przygotowanie zawodowe z zakresu higieny i epidemiologii¹⁰, również nie byli szkoleni w zakresie gospodarowania wytwarzanymi w Szpitalu odpadami. Nadzór nad prawidłową segregacją odpadów medycznych w miejscu ich powstawania oraz odpowiednim oznakowaniem pojemników na ww. odpady powierzono pielęgniarkom/położnym oddziałowym/koordynującym i kierownikom oddziałów, zakładów, pracowni. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że niezbędne do prawidłowego postępowania z wytwarzanymi w Szpitalu odpadami zakaźnymi przygotowanie pracowników wynikało z ich przygotowania zawodowego (np. lekarz, pielęgniarka, opiekun

⁷ Do zadań szczegółowych należało: tworzenie i nadzorowanie procedur, instrukcji, algorytmów i standardów w zakresach: ryzyka powstawania zakażeń szpitalnych, ochrony przed zakażeniami, zwalczanie i rejestracja zakażeń szpitalnych, systematyczna ocena sytuacji epidemiologicznej Szpitala, rejestracja i analiza źródeł zakażeń szpitalnych, ocena stanu higienicznego i realizowania procedur/ standardów higienicznych/epidemiologicznych w Szpitalu; praca w Zespole Zakażeń Szpitalnych w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych, rejestracji zakażeń szpitalnych, patogenów alarmowych, sporządzanie raportów rocznych o zakażeniach zakładowych i drobnoustrojach alarmowych i ich przekazywanie Dyrektorowi Szpitala, kierownikom oddziałów i Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu, analizy zbiorcze raportów rocznych, zużycia środków dezynfekcyjnych, antyseptyków, środków ochrony osobistej, tworzenie mapy epidemiologicznej Szpitala, ścisła współpraca Zakładem Mikrobiologii Klinicznej, Działem Techniczno – Eksploatacyjnym m.in. w zakresie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia, realizacji zaleceń Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego. Współpraca z Państwową Stacją Sanitarno – Epidemiologiczną. Organizowanie szkoleń z zakresu higieny szpitalnej (...), przygotowywanie materiałów dla komisji przetargowych organizujących postępowania w zakresie zakupu usług m.in. sprzątania i żywienia, nadzór nad realizacją tych usług, znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub Naczelną Pielęgniarkę Szpitala.

⁸ Zakres zadań, odpowiedzialności i uprawnień Kierownika Działu Logistyki w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Ludwika Perzyny, z dnia 22 kwietnia 2009 r.

⁹ Według zakresu zadań, odpowiedzialności i uprawnień specjalisty ds. terenów zielonych w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Ludwika Perzyny w Kaliszu, z dnia 22 czerwca 2018 r.

¹⁰ Dyplom Pierwszego Stopnia Specjalizacji w zakresie higieny i epidemiologii – mgr higieny i epidemiologii, dyplom pielęgniarstwa epidemiologicznego – Pielęgniarka Specjalista pielęgniarstwa epidemiologicznego (dwie osoby).

medyczny), potwierdzającego wiedzę niezbędną do wykonywania zawodu, w tym umiejętności rozróżniania i postępowania z odpadami medycznymi.

(akta kontroli str.37, 68-80,82-84,104-106, 264-265)

W okresie 4-8 marca 2019 r. Kierownik DHiE, dyplomowana w specjalności higieny i epidemiologii¹¹, oraz pielęgniarka dyplomowana specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego¹² przeprowadziły szkolenia stanowiskowe z wdrożenia Procedury SZJ QP-01/E dla 42 osób z kadry zarządzającej i osób nadzorujących postępowanie z odpadami medycznymi w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych, tj. w miejscach ich wytwarzania¹³. Celem szkolenia była umiejętność posługiwania się obowiązującymi zasadami postępowania z odpadami medycznymi i odpadami innymi niż medyczne – segregacja i selektywne ich zbieranie w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych. Poza dokumentującą przeprowadzenie ww. szkolenia listą uczestników szkolenia oraz jego konspektem, w toku kontroli nie przedłożono dokumentacji potwierdzającej szkolenia w innych terminach. W dniu 25 czerwca 2019 r. i 14 stycznia 2019 r. w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym dla 66 pracowników przeprowadzono seminaria z wdrożenia procedury. W dniu 11 maja 2021 r. i 15 marca 2022 r. w Oddziale Udarowym dla odpowiednio: 17 i 19 uczestników przeprowadzono seminarium z przygotowania do akredytacji, przypomnienia procedur.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w jego ocenie przygotowanie zawodowe osób opracowujących procedury dotyczące odpadów medycznych i szkolących z ich zakresu były wystarczające. Odnośnie braku szkoleń po 8 marca 2019 r. wyjaśnił, że wszyscy pracownicy wskazani procedurą do nadzoru nad prawidłową segregacją odpadów medycznych w miejscu ich powstawania zostali przeszkoleni w dniach 4-8 marca 2022 r. i zapoznali podległych pracowników z procedurą, wyjaśniając wątpliwości lub odpowiadając na pytania dotyczące wszystkich kwestii prawidłowego realizowania procedury. Fakt ten pracownicy potwierdzali podpisem w oświadczeniach o zapoznaniu się z jej treścią i ponoszeniu odpowiedzialności za skutki jej nieprzestrzegania.

Odnośnie do przygotowania osób prowadzących szkolenie oraz osób które opracowały procedury postępowania z medycznymi odpadami zakaźnymi wytwarzanymi w Szpitalu Dyrektor wyjaśnił, że pracownicy nadzorujący i szkolący podległych pracowników mają wykształcenie kierunkowe oraz doświadczenie i kwalifikacje zawodowe które umożliwiają wykonywanie takich obowiązków, co w jego przekonaniu było wystarczające.

(akta kontroli str.76, 80-89,104-106, 264-265)

W myśl pkt. 7 Procedury, DHiE był uprawniony do bieżącej kontroli stanowiskowej realizacji procedury

2.1. Zgodnie z § 11 ust. 1 rozporządzenia w sprawie postępowania z odpadami medycznymi, Dyrektor Szpitala zrealizował obowiązek opracowania szczegółowej procedury postępowania z odpadami medycznymi w zakresie ich selektywnego zbierania, transportu i wstępnego magazynowania. W kontrolowanym okresie, w Szpitalu obowiązywały procedury wprowadzone od 1 stycznia 2019 r.:

- Procedura SZJ QP-01/E Postępowanie z odpadami medycznymi i odpadami innymi niż medyczne (z wyłączeniem leków) – segregacja i selektywne zbieranie w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych (Procedura zweryfikowana przez

¹¹ Dyplom wydany 17 maja 1996 r. przez Lekarza Wojewódzkiego Pierwszego Stopnia Specjalizacji w zakresie higieny i epidemiologii

¹² Dyplom nr 30330/15 odbycia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie epidemiologicznego wydany przez Centrum Kształcenia Podplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie w dniu 23 marca 2015 r.

¹³ Szkolenie było udokumentowane konspektem szkolenia oraz imienną listą uczestników i zostało ujęte w planie szkoleń prowadzonych przez DHiE w 2019 rok.

autora: „nie ma potrzeby wprowadzania zmian” 25.05.2021 r.) wydanie 4¹⁴. Procedurę wprowadzono zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 26/QP-01/E/2019 z dnia 1 marca 2019 r.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że od daty obowiązywania procedury (styczeń 2019 r.) do momentu zapoznania poszczególnych pracowników z procedurą prowadzono działania przygotowujące Szpital do jej pełnego wdrożenia. Okres pomiędzy 1 stycznia a 28 lutego 2019 r. był okresem wdrożeniowym dla formalnego wprowadzenia procedury przekazanej w miejsce udzielania świadczeń medycznych z datą podaną na procedurze. Okres wdrożeniowy obejmował m.in. przygotowanie dokumentacji w formie dla użytkownika, wyposażenie oddziałów w dodatkowe kosze/pojemniki na odpady oraz worki w określonym kolorze, ustalenie miejsc selektywnej zbiórki odpadów według wydania 4 procedury i prawidłowego ich gromadzenia. Liczba komórek organizacyjnych Szpitala realizujących działalność podstawową, tj. udzielanie świadczeń we wszystkich zakresach oraz w pięciu lokalizacjach wymagały takiego okresu wdrożeniowego. Po zakończeniu okresu wdrożeniowego z dniem 28 lutego 2019 r. DHiE skierował pismo do Działu Organizacyjnego o formalne potwierdzenie obowiązującej od 1 stycznia procedury poprzez wydanie zarządzenia uchylającego wydanie 3. procedury z 2014 r. oraz wprowadzenie wydania 4. procedury. W tym okresie obowiązywało wydanie 3. procedury. Egzemplarze wydania 3. procedury, po wdrożeniu wydania 4., zostały zebrane z wszystkich komórek organizacyjnych i oddane do utylizacji. Zgodnie z zaleceniami Centrum Monitorowania Jakości wszystkie poprzednie wydania procedur w momencie wdrażania nowych powinny być usunięte z komórek organizacyjnych, jako nieaktualne.

(akta kontroli str. 21-67,184, 265)

- Procedura SZJ QP-03/E Postępowanie z odpadami innymi niż medyczne – segregacja i selektywne zbieranie w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych z dnia 01.01.2019r., zweryfikowana 25.05.2021 r., wydanie 4.¹⁵;
- Instrukcja SZJ QP-01/E Instrukcja selektywnej zbiórki odpadów - transport, przechowywanie i utylizacja z dnia 01.01.2019r., zweryfikowana 25.05.2021 r., wydanie 4.¹⁶.

(akta kontroli str. 21-67,184)

W zakresie postępowania z odpadami medycznymi wytwarzanymi w związku ze zwalczaniem COVID-19, kierownik DHiE wskazała na stanowisko Głównego Inspektora Sanitarnego¹⁷, w myśl którego w sposób niezakłócony można było kontynuować dotychczasowy sposób postępowania z odpadami medycznymi, w tym o właściwościach zakaźnych innych niż wysoce zakaźne, zgodnie ze standardami określonymi w rozporządzeniu w sprawie postępowania z odpadami. Kierownik DHiE podkreśliła, że Główny Inspektor Sanitarny wskazał ponadto, iż ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem Covid – 19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw¹⁸ w art. 1 pkt 9¹⁹ wprowadziła łatwiejsze reguły i możliwości gospodarowania

¹⁴ wprowadzona Zarządzeniem wewnętrznym nr 26/QP-01/E/2019 Dyrektora WSzZ z dnia 01.03.2019 r.

¹⁵ wprowadzona Zarządzeniem wewnętrznym nr 27/QP-03/E/2019 Dyrektora WSzZ z dnia 01.03.2019 r.

¹⁶ wprowadzona Zarządzeniem wewnętrznym nr 26/QI-01/E/2019 Dyrektora WSzZ z dnia 01.03.2019 r.

¹⁷ Pismo nr HS.541.3.2020 z dnia 9 kwietnia 2020 r., kierowane do Państwowych Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych, Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych oraz Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych.

¹⁸ Dz.U. poz. 568 ze zm., dalej: ustawa o zwalczaniu Covid-19.

¹⁹ Zmiany w postaci art. 11a-11d w ustawie z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem Covid – 19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2020 r. poz. 374, z późn. zm.).

odpadami medycznymi zakaźnymi, które powinny ograniczyć problemy w zakresie warunków transportu, zbierania lub ich unieszkodliwiania.

Dodała również, że obowiązujące w Szpitalu ww. procedury regulowały postępowanie z odpadami medycznymi z uwzględnieniem kodu odpadu, grupy odpadów według źródła ich powstawania i ich rodzaju, charakterystykę odpadów według kodów, miejsca ich powstawania oraz sposób ich zbierania.

(akta kontroli str.91-93)

Kierownik DHIE oświadczyła ponadto, że Szpital analizował informacje naukowe dotyczące przeciwdziałania rozprzestrzeniania się SARS-CoV-2 w środowisku szpitalnym, w tym wykładnię Światowej Organizacji Zdrowia (www.who.org) zalecającą aby każdy system wykorzystujący najlepsze praktyki w zakresie odpadów zakaźnych mógł również prowadzić gospodarkę odpadami potencjalnie zakażonymi SARS-COV-2. Wskazała, że Gospodarka odpadami skażonymi Covid-19 niczym nie różni się od gospodarki innymi odpadami zakaźnymi²⁰.

W protokołach kontroli przeprowadzonych w Szpitalu w latach 2019, 2020 i 2021²¹ przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kaliszu (PSSE w Kaliszu), nie odnotowano uchybień co do uregulowań, przyjętych zasad i praktyki ich stosowania oraz nie stwierdzono nieprawidłowości w postępowaniu z odpadami medycznymi. W protokołach tych zawarto m.in. następujące stwierdzenia:

1. Po kontroli przeprowadzonej w 2019 r.:

Szpital wytwarzał odpady medyczne o kodach 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 06*, 18 01 08, 18 01 09. Opracowano procedury postępowania z odpadami medycznymi dotyczące selektywnego zbierania odpadów w miejscu ich powstawania. W miejscu wytwarzania odpadów prowadzona była segregacja z zastosowaniem kodów i kolorów. Ilość i wielkość pojemników dostosowana była do potrzeb. Pojemniki i worki z odpadami medycznymi były prawidłowo oznakowane, a odpady magazynowane w wydzielonym pomieszczeniu, spełniającym wymagania określone w rozporządzeniu (powierzchnie łatwe do dezynfekcji, woda bieżąca). W porównaniu do roku ubiegłego Szpital wyposażono w dodatkowy punkt składowania odpadów. Odpady o kodzie 18 01 06* magazynowane były w wydzielonym pomieszczeniu. Transportem wewnętrznym (dwa razy dziennie, z bloku operacyjnego według potrzeb) zajmowali się pracownicy Przedsiębiorstwa (...) Delfa, stosowane były środki ochrony osobistej. Do transportu wewnętrznego stosowane były wózki z pojemnikami z tworzywa sztucznego o zamkniętej przestrzeni ładunkowej, myte i dezynfekowane przez Zakład Utylizacji Odpadów w Koninie (umowa z 24 stycznia 2019 r. nr 01/EZ/EL/19). Odpady przekazywane były do utylizacji jeden raz dziennie. Przedstawiono do wglądu karty przekazania odpadów, karty ewidencji odpadów, zbiorcze sprawozdanie roczne, dokumenty potwierdzające unieszkodliwianie zakaźnych odpadów medycznych.

2. Po kontroli przeprowadzonej w 2020 r.:

Od dnia 16 kwietnia 2020 r. na podstawie aneksu do umowy w sprawie odbioru odpadów medycznych przekazywane były odpady z oddziału zakaźnego o kodzie 18 01 82* (resztki żywieniowe).

²⁰ Pismo GIS nr HŚ.541.3.2020 z dnia 9 kwietnia 2020 r.

²¹ Protokoły kontroli przeprowadzonej przez Powiatową Stację Sanitarno – Epidemiologiczną w Kaliszu Oddział Nadzoru Sekcja Epidemiologii nr: ON.HK.423.1.1.1.2019 z dnia 4 września 2019 r.; ON-HK.9020.7.1.2020 z dnia 30 września 2020 r.; ON.HK.9020.7.5.2021 z dnia 20 października 2021 r.

3. Po kontroli przeprowadzonej w 2021 r.:

Transportem wewnętrznym odpadów zajmowali się pracownicy firmy zewnętrznej sprzątającej. Odpady medyczne przekazywane były do Zakładu Utylizacji Odpadów w Koninie jeden raz dziennie.

(akta kontroli str.87,220-251)

Na próbie dokumentacji dotyczącej 20 pracowników Szpitala mających kontakt z odpadami na oddziałach szpitalnych, w których wytwarzano zakaźne odpady medyczne²² ustalono, że udokumentowano zapoznanie ich wszystkich z procedurami postępowania z odpadami medycznymi i odpadami innymi niż medyczne oraz zarządzeniami regulującymi postępowanie z tymi odpadami²³.

(akta kontroli str.21-67, 87, 159-170, 265, A)

Odbiór procedur postępowania z odpadami medycznymi i odpadami innymi niż medyczne oraz zarządzenia Dyrektora Szpitala nr 26/QP-01/E/2019, potwierdzili przedstawiciele 56 komórek organizacyjnych Szpitala, w tym dwóch zewnętrznych firm odpowiedzialnych za stan higieniczno sanitarny Szpitala. Odbiór Procedury QP-03/E postępowania z odpadami innymi niż medyczne – segregacja i selektywne zbieranie, wprowadzonej zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 27/QP/E/2019 wprowadzającym procedurę potwierdzili przedstawiciele 4 komórek organizacyjnych Szpitala, w tym dwie firmy zewnętrzne odpowiedzialne za stan higieniczno – sanitarny Szpitala . Doręczenie procedury QI-01/E Instrukcja selektywnej zbiórki odpadów – transport, przechowywanie i utylizacja, wprowadzonej zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 28/QI-01/E/2019, potwierdzili przedstawiciele 4 komórek organizacyjnych Szpitala, w tym dwóch firm zewnętrznych odpowiedzialnych za utrzymanie stanu higieniczno sanitarnego w Szpitalu.

(akta kontroli str.42a-42c,55a,67a,68-80, 82-84)

2.2. W Procedurze QP-01/E wskazano stanowiska odpowiedzialne za nadzór nad prawidłową segregacją odpadów medycznych w miejscach ich powstawania, osoby odpowiedzialne za realizację procedury oraz osoby uprawnione do bieżącej, stanowiskowej kontroli jej realizacji, a także Dyrektora Szpitala, jako nadzorującego prawidłowość i skuteczność funkcjonowania Procedury.

Zgodnie z procedurą QP-03/E Postępowanie z odpadami innymi niż medyczne – segregacja i selektywne zbieranie w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych, odpowiedzialność za realizację zarządzenia wprowadzającego procedurę postępowania przypisano kierownikom komórek organizacyjnych Szpitala. Koordynację realizacji tych działań powierzono Pełnomocnikowi Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością. Nadzór nad prawidłowym i skutecznym funkcjonowaniem procedury, w myśl jej postanowień, pełnił Dyrektor Szpitala.

Zakres Procedury QP-03/E postępowania z odpadami innymi niż medyczne – segregacja i selektywne zbieranie obowiązywał wszystkich pracowników Szpitala, wyłączając miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych. Procedura Q1-01/E Instrukcja selektywnej zbiórki odpadów transport, przechowywanie i utylizacja obowiązywała pracowników Działu Logistyki.

(akta kontroli str. 21-37,44, 58)

²² Na dzień kontroli 9 marca 2022 r. do wyboru próby 20 pracowników w zakresie informowania pracowników o obowiązujących procedurach wybrano Oddział Udarowy, Szpitalny Oddziale Ratunkowy, Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej oraz w Oddziale Gastroenterologii Dziecięcej przebywali pacjenci w salach izolowanych, w których zgodnie z procedurami wytwarzane były zakaźne odpady medyczne.

²³ Poprzez złożenie oświadczenia o zapoznaniu się z jej treścią i przyjęciu odpowiedzialności za skutki jej nieprzestrzegania.

2.3. Procedury postępowania z odpadami medycznymi i odpadami innymi niż medyczne realizował personel Szpitala łącznie na 1 369 stanowiskach²⁴, w liście uczestników szkolenia w dniach 4-8 marca 2019 r. wykazano 42 osoby / stanowiska.

(akta kontroli str.74-76, 82-84,159, 265)

3.1. W myśl art. 180 a ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo ochrony środowiska²⁵, pozwolenie wydaje się tylko i wyłącznie w związku z eksploatacją instalacji. Szpital wytwarza odpady poza instalacją, stąd nie był zobowiązany do uzyskania decyzji na wytwarzanie odpadów. W dniu 26 listopada 2019 r. Dyrektor Szpitala w związku z wejściem w życie nowych uregulowań związanych z obowiązkiem rejestracji w BDO od 1 stycznia 2020 r. dokonał aktualizacji, złożonego do Marszałka Województwa Wielkopolskiego wniosku Szpitala – Wytwórcy odpadów obowiązującego do prowadzenia ewidencji odpadów, miejsc wytwarzania odpadów oraz kodów i nazw rodzajów wytwarzanych odpadów.

(akta kontroli str.80, 87, 94-100, 101, 266)

3.2. Marszałek Województwa Wielkopolskiego w dniu 4 grudnia 2019 r. na wniosek Szpitala nadał mu numer rejestrowy w BDO. Złożony przez Dyrektora Szpitala do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w dniu 26 listopada 2019 r. wniosek aktualizacyjny Szpitala²⁶, w Dziale XII - Wytwórca odpadów obowiązujący do prowadzenia ewidencji odpadów, pozycja kod i nazwa rodzajów wytwarzanych odpadów, nie wskazywał odpadu o kodzie 18 01 82*. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w momencie składania aktualizacji wniosku Szpital, w myśl umowy z wykonawcą usługi żywienia pacjentów z 2019 r., nie wytwarzał odpadów o kodzie 18 01 82*²⁷. W dniu 5 kwietnia 2022 r. została złożona stosowna informacja uzupełniająca o wytwarzaniu przez Szpital odpadu z tym kodem. Zgodnie z umową z wykonawcą całodziennego żywienia pacjentów z 2020 r. (§6) w przypadku zamknięcia Szpitala w Kaliszu lub poddania go kwarantannie wykonawca był zobowiązany jedynie do dostarczenia posiłków, a Szpital jako wytwórca odpadów poza instalacją był odpowiedzialny za dystrybucję posiłków oraz odbiór i unieszkodliwianie resztek przez uprawniony podmiot.

(akta kontroli str. 94-100, 266,624)

Szpital sprawozdał wytwarzanie odpadów o kodzie 18 01 82* w 2020 r. z lokalizacji przy ul. Toruńskiej i Poznańskiej, a w 2021 r. z lokalizacji przy ul. Toruńskiej. Natomiast w 2019 nie prowadził ewidencji odpadów 18 01 82*, a w 2021 i 2022 r. ewidencji tych odpadów nie prowadził dla lokalizacji przy ul. Poznańskiej 79, pomimo, że odpady te wytwarzał. Zgodnie z art. 59 ust. 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach²⁸ 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 BDO, w przypadku zmiany informacji zawartych w rejestrze lub zakresu prowadzonej

²⁴ 281 lekarzy, 5 lekarzy stomatologów, 5 farmaceutów, 21 diagnostów laboratoryjnych, 21 asystent fizjoterapii, 38 fizjoterapeutów, 4 logopedów, 5 psychologów, 1 optometrysta, 3 asystent dietetyki i dietetyk, 78 techników medycznych, w tym: fizjoterapeuta – 8, technik farmaceutyczny – 11, technik analityki medycznej – 20, technik elektroradiologii – 30, technik sterylizacji medycznej – 6, terapeuta zajęciowy – 3, pozostali personel – 64 (w tym: pracownik socjalny – 1, sekretarka medyczna – 59, protetyk słuchu – 1, statystyk medyczny – 3, personel niższy medyczny – 51 (w tym: opiekun medyczny – 24, pomoc apteczna – 2, pomoc laboratoryjna – 2, pomoc w sterylizacji – 8, sanitariusz – 9, ratownicy medyczni – 123, pielęgniarki i położne – 669 (w tym: 597 pielęgniarek, 72 położne).

²⁵ Dz.U. z 2021 r., poz. 1973 tj. ze zm.

²⁶ Podmiotu ubiegającego się o wpis do rejestru podmiotów wprowadzających produkty, produkty w opakowaniach i gospodarujących odpadami, o których mowa w art. 49 ust. 1 ustawy o odpadach.

²⁷ W myśl § 7 pkt. 6 umowy Wykonawca był zobowiązany do odbioru zużytych zestawów i sztućców oraz resztek pokarmowych z Oddziału Chorób Zakaźnych oraz innych oddziałów wskazanych przez personel Zamawiającego (Szpitala), jeśli hospitalizowany pacjent był chory zakaźnie i ich utylizację kosztem i staraniem własnym, z zapewnieniem odpowiednich warunków sanitarnych. Kserokopia zobowiązania (umowy) z podmiotem uprawnionym do utylizacji stanowił załącznik nr 7 do umowy.

²⁸ Dz.U. z 2022 r. poz. 699 tj.

działalności wymagającej wpisu do rejestru – w terminie 30 dni od dnia, w którym nastąpiła zmiana.

Stosownej aktualizacji wniosku Szpital dokonał w toku kontroli NIK, tj. w dniu 5 kwietnia 2022 r. zgłaszając do BDO, że jest wytwórcą odpadów o kodzie 18 01 82* w lokalizacjach: Kalisz ul. Toruńska 7 oraz Kalisz ul. Poznańska 79.

(akta kontroli str. 253-258)

W sprawozdaniu nr 2019/WO/159618/1/1 o odpadach i gospodarowaniu odpadami za 2019 r. oraz w informacjach przedkładanych w toku kontroli NIK nie wykazano wytwarzania w szpitalu odpadów o kodzie 18 01 82*, za 2019 r. w związku z udzielaniem w nim świadczeń medycznych pacjentom z podejrzeniem lub rozpoznaniem chorób zakaźnych²⁹, w sytuacji gdy kod ten jest przypisany pozostałościom z żywienia pacjentów zakaźnych lub co do których istnieje podejrzenie o chorobę zakaźną wg rozporządzenia. W sprawozdaniu za 2021 r. nie wykazano tych odpadów wytwarzanych w lokalizacji przy ul. Poznańskiej 79. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że zgodnie z umową z 2019 r. (§1 ust. 2 lit. b) do obowiązków wykonawcy usługi całodziennego żywienia w Szpitalu należał odbiór zużytych zestawów i sztućców oraz resztek pokarmowych z oddziału obserwacyjno - zakaźnego oraz z innych wskazanych przez personel zamawiającego jeśli hospitalizowany pacjent był chory zakaźnie i ich utylizację kosztem i staraniem własnym z zapewnieniem odpowiednich warunków sanitarnych. Zgodnie z §7 ust. 6 umowy wykonawca usługi był zobowiązany do przedstawienia umowy z podmiotem uprawnionym do utylizacji. Według wyjaśnień żaden podmiot utylizujący odpady medyczne nie odbierze odpadów od podmiotu, który nie posiada praw do ich przekazywania. Działanie takie było niezgodne z art. 27 i 66 ustawy o odpadach.

(akta kontroli str. 101-128,129-156, 185-212, 266)

W Szpitalu wytwarzane były odpady komunalne oraz odpady medyczne, w tym odpady medyczne zakaźne oraz inne odpady³⁰. Odpady komunalne stanowiły w 2019

²⁹ W kontrolowanym okresie liczba pacjentów oddziałów zakaźnych, w tym pacjentów izolowanych na innych oddziałach Szpitala w związku z chorobą lub podejrzeniem choroby zakaźnej (ICD10 A00 – B99) wynosiła w 2019 r. 1528, w 2020 r. 1145, w 2021 r. 1354, oraz 373 w 2022 r. Łącznie hospitalizowano 4 400 tych pacjentów, w tym w lokalizacji przy ul. Poznańskiej hospitalizowano w kolejnych latach 1070, 646, 971 i 278 takich pacjentów. Liczba pacjentów chorych na choroby zakaźne lub podejrzanych o choroby zakaźne w tym – podejrzewanych wystąpieniem zakażenia wirusem SARS CoV – 2 (ICD U07.1, U07.2) w oddziałach zlokalizowanych przy ul. Poznańskiej wynosiła w kolejnych latach: 2020 r. 318; 2021 r. 514; 2022 r. 261. Z podejrzeniem Covid 19 w lokalizacji przy ul. Poznańskiej hospitalizowano odpowiednio: 364, 659, 278 (łącznie 1301) pacjentów.

³⁰ Tj. odpady medyczne o kodach: 18 01 09; 18 01 04; 18 01 08*; 18 01 06*;

18 01.02* - odpady zakaźne:

1) części ciała i organy:

- materiały biologiczne pooperacyjne, rozpoznawalne szczątki ciała ludzkiego, części ciała, organy, tkanki,
- materiały biologiczne posekcyjne, części ciała, organy szczątki ciała ludzkiego, tkanki po badaniach histopatologicznych i cytologicznych,

Miejsce powstawania: bloki i sale operacyjne, sale zabiegowe i opatrunkowe, gabinety zabiegowe, sale porodowe, Zakład Patomorfologii, zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Zbieranie – pojemnik/worek koloru czerwonego.

2) pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania:

- pojemniki po krwi i jej składnikach (worki z pozostałością po przetoczeniu i zestawy po przetoczeniu) – zał. Nr 2 do Procedury,
- pojemniki z krwią i jej składnikami przeterminowane i nie wykorzystane (dotyczy wyłącznie banku krwi),

Miejsce powstawania bloki i sale operacyjne, sale chorych, ZDL z Bankiem Krwi. Zbieranie podwójny worek koloru czerwonego); 18 01 03* - odpady zakaźne: 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.

- Materiały opatrunkowe zanieczyszczone krwią, wydzielinami, wydaliniami, płynami ustrojowymi pacjenta, np. opatrunki, tampony, gaziki, setony, chusty operacyjne,

- bielizna i odzież operacyjna jednorazowa, zanieczyszczona krwią, wydzielinami, wydaliniami, płynami ustrojowymi pacjenta, np. fartuchy operacyjne, prześcieradła i serwety operacyjne, jednorazowe środki ochrony indywidualnej,

- pieluchomajtki podpaski, podkłady zainfekowane,

- rękawice jednorazowe diagnostyczne i chirurgiczne oraz foliowe skażone, zanieczyszczone krwią, wydzielinami wydaliniami, płynami ustrojowymi pacjenta,

- pościel szpitalna jednorazowa pochodząca od chorych zakaźnie, izolowanych lub zanieczyszczona materiałem biologicznym,
- igły iniekcyjne, punkcyjne, po szyciu ran, kaniule mandryny, strzykawki skalpele, płytki szklane ezy, pipety, dreny, sondy, osłony na sondy USG, dreny i zestawy po płynach infuzyjnych, ampułkostrzykawki, butelki po płynach zawierające leki i pozostały sprzęt jednorazowy zanieczyszczony krwią, wydzielinami, wydaliniami, płynami ustrojowymi pacjenta,

- ampułki i fiolki, butelki, worki po lekach,

- pozostałe wyroby medyczne jednokrotnego zastosowania zanieczyszczone krwią, wydzielinami wydaliniami, płynami ustrojowymi pacjenta,

r. 46,81%, w 2020 r. 46,58%, w 2021 r. 45,80%, w 2022 r. (I kwartał) 46,83 % odpadów wytworzonych ogółem w Szpitalu. Według danych Szpitala udział odpadów medycznych wyniósł w poszczególnych ww. latach odpowiednio 51,61%, 53,06%, 53,45% oraz 52,95%, a pozostałe odpady stanowiły 1,58%, 0,36%, 0,75% oraz 0,22%. Odpady medyczne zakaźne stanowiły odpowiednio 40,60%, 42,58%, 42,06%, 42,84% odpadów ogółem wytworzonych w poszczególnych latach, a odpady medyczne inne niż zakaźne 11,01%, 10,47%, 11,39%, 10,11%. Przy czym w grupie odpadów medycznych odpady medyczne inne niż zakaźne stanowiły w 2019 r. 21,33%, w 2020 r. 19,74%, w 2021 r. 21,32 %, w 2022 r. (I kwartał) 19,10%. Odsetek kolejno: 78,67%, 80,26%, 78,68%, 80,90% odpadów medycznych stanowiły w każdym roku odpady zakaźne, w których większość 77,68%, 76,15%, 77,07%, 80,15% zakwalifikowane jako odpady medyczne zakaźne o kodzie 18 01 03*.

- Odpady niebezpieczne inne niż zakaźne: 18 01 06*³¹; 18 01 08*³²; 18 01 07³³,

- Odpady niebezpieczne: 15 01 10*³⁴;

(akta kontroli str. 259-260)

Stosownie do *argumentacji* GIS w Szpitalu nie wprowadzono odrębnego ewidencjonowania danych o odpadach z COVID

Sposób postępowania z wytwarzanymi w Szpitalu odpadami medycznymi regulowały Procedury QP-01/E, QP-03/P, QI-01/E:

1) Procedura SZJ QP-01/E Postępowanie z odpadami medycznymi i odpadami innymi niż medyczne (z wyłączeniem leków) – segregacja i selektywne zbieranie w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych (Procedura), obowiązująca z dniem 1 stycznia 2019 r., wydanie 4., wprowadzona zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 26/QP-01/E/2019 z dnia 1 marca 2019 r. Procedura regulowała prawidłowy, jednolity sposób postępowania z określonymi rodzajami odpadów medycznych i innymi niż medyczne, w tym niebezpiecznych, podczas zbierania i czasowego ich magazynowania, zminimalizowania ryzyka wystąpienia ekspozycji zawodowej wśród personelu oraz ryzyka wystąpienia zakażenia wśród pacjentów i odwiedzających w kontakcie z materiałem zakaźnym. Określała też zasady postępowania z wytwarzanymi w Szpitalu odpadami medycznymi i innymi niż medyczne (z wyłączeniem leków), mające zapewnić ochronę życia i zdrowia ludzi, ochronę środowiska oraz wprowadzenie polityki dotyczącej odpadów, obejmującej ich segregację i selektywne zbieranie

Według pkt. 6. Ppkt. 6.1. Procedury odpady medyczne zakaźne³⁵ należało zbierać w miejscu ich powstawania, tj. w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych przy uwzględnieniu ich właściwości. Odpady o ostrych końcach i krawędziach, należało gromadzić w pojemnikach jednorazowego użycia koloru czerwonego, sztywnych, odpornych na działanie wilgoci, mechanicznie odpornych na przekłucie

- preparaty biologiczne, w tym aktywne szczepionki, kultury laboratoryjne i próbki do badań,

- sprzęt medyczny jednorazowy po wykonaniu badań lub pobraniu materiału do badań, - odpady i zużyte materiały pochodzące od pacjentów skolonizowanych lub zakażonych drobnoustrojami alarbowymi, - materiał pochodzący z dekontaminacji powierzchni zanieczyszczonych krwią i płynami ustrojowymi, - rękawiczki jednorazowe, chusteczki jednorazowe, myjki jednorazowe, zanieczyszczone materiałem biologicznym lub pochodzące od chorych zakaźnie, - materiał biologiczny z badań laboratoryjnych, zamknięte próbki z krwią niewykorzystane do badań i po badaniu laboratoryjnym, - inny materiał biologiczny w zamkniętych próbkach po badaniu laboratoryjnym, - inny materiał biologiczny w zamkniętych próbkach po badaniu laboratoryjnym lub niewykorzystany do badań, - pojemniki po badaniach laboratoryjnych, - zużyte podłoża mikrobiologiczne po badaniach laboratoryjnych. Miejsce powstawania Bloki i sale operacyjne, sale zabiegowe i opatrunkowe, gabinety zabiegowe, sale porodowe, stacja dializ, Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Zakład Mikrobiologii Klinicznej, Zakład Diagnostyki Obrazowej, Zakład Patomorfologii, Oddział Zakaźny, sale izolacji pacjentów, sale chorych, gabinety lekarskie, poradnie specjalistyczne, zespoły wyjazdowe udzielające świadczeń w miejscu wezwania. Pojemnik**/worek koloru czerwonego.

18 01 82* Odpady zakaźne dotyczące wyłącznie wykonawcy usługi żywienia pacjenta w Szpitalu - pozostałości z żywienia pacjentów zakaźnych lub co do których istnieje podejrzenie o chorobę zakaźną. Resztki po posiłkach pochodzące z żywienia chorych zakaźnie, - naczynia sztućce jednorazowe pochodzące z żywienia chorych zakaźnie. Oddział zakaźny, sale izolacji pacjentów w pozostałych oddziałach szpitalnych. Pojemnik/worek koloru czerwonego.
w tym odpady medyczne zakaźne: 18 01 02*; 18 01 03*; 18 01 82*; odpady medyczne inne niż zakaźne: 18 01 09; 18 01 04; 18 01 08*; 18 01 06*; pozostałe odpady: 150110*; 160213*; 170107; 160604; 160214; 17 0405; 080318; 090107.

³⁵ Odpady o kodach: 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 82*

lub przecięcie, z możliwością jednokrotnego zamknięcia. Pojemniki należało ustawiać najbliżej stanowiska pracy, w miejscu zapewniającym swobodę i bezpieczeństwo poruszania się personelu. Pozostałe odpady należało zbierać do worków jednorazowego użycia z filii poliuretanowej koloru czerwonego, nieprzezroczystych, wytrzymałych i odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednorazowego zamknięcia. Pojemniki lub worki wypełniane miały być do 2/3 ich objętości, w sposób umożliwiający ich bezpieczne zamknięcie. Niedopuszczalne było otwieranie pojemnika lub worka raz zamkniętego. Pojemniki lub worki należało wymieniać tak, jak pozwalają na to warunki przechowywania oraz właściwości odpadów medycznych, lecz nie rzadziej niż co 72 godziny. W przypadku uszkodzenia worka lub pojemnika należało go umieścić w innym worku lub pojemniku spełniającym te same wymagania. W myśl procedury należało unikać niepotrzebnego infekowania innych odpadów, np. odpadów opakowaniowych nie łączyć z medycznymi, gdyż staną się wówczas odpadami medycznymi. W trakcie czynności, przy których powstają odpady medyczne szczególnie niebezpieczne zakwalifikowane do kategorii A – załącznik nr 3 do procedury, w których zidentyfikowano, lub co do których istniało uzasadnione podejrzenie, że zawierają biologiczne czynniki chorobotwórcze należało zachować szczególną ostrożność: stosować odzież ochronną, nie dotykać dłonią. Odpady medyczne powstałe w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania należało zbierać do pojemników lub - jak w punkcie 6.1.1. – 6.1.9 procedury. Pojemniki z pozostałością po przetoczeniu krwi i jej składników wraz z zestawami do przetaczania należało zabezpieczyć, przechować i przygotować do utylizacji zgodnie z procedurą QP-02/L/P obowiązującą w leczeniu krwią i jej składnikami. Odpady medyczne niebezpieczne inne niż zakaźne o kodach 18 01 06* 18 01 08* należało zbierać w miejscu ich wytwarzania, uwzględniając ich właściwości oraz sposób ich unieszkodliwiania. Odpady o ostrych końcach i krawędziach należało gromadzić w pojemnikach jednorazowych koloru żółtego, sztywnych, odpornych na działanie wilgoci, mechanicznie odpornych na przekłucie lub przecięcie, z możliwością jednokrotnego użycia. Worki lub pojemniki należało oznakować odpowiednimi danymi. Niedopuszczalne było otwieranie raz zamkniętego worka lub pojemnika, wymienianych nie rzadziej niż co 72 godziny. Odpady inne niż niebezpieczne o kodach 18 01 01, 18 01 04, 18 01 07 należało zbierać w miejscu ich powstawania do oznakowanych danymi (jak w pozostałych przypadkach odpadów) worków jednorazowego użycia, wypełnianych do 2/3 objętości. Niedopuszczalne było ich otwieranie po ich zamknięciu, a ich wymiana miała następować nie rzadziej niż co 72 godziny. Odpady medyczne powstałe w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania powinny być zbierane do worków - jak w punkcie 6.1.1. – 6.1.9. procedury przez osoby udzielające świadczeń z zachowaniem odpowiednich środków ostrożności i bezzwłocznie przekazywane do wstępnego magazynowania. Odpady medyczne wysoce zakaźne o kodach 18 01 02*, 18 01 03* 18 0182*, w których zidentyfikowano, lub co do których istniały uzasadnione podejrzenia, że zawierają biologiczne czynniki chorobotwórcze, zakwalifikowane do kategorii A (załącznik nr 3 do procedury), należało zbierać w miejscu ich powstawania, tj. w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych przy uwzględnieniu ich właściwości i sposobu utylizacji. Odpady należało zbierać do: [1] opakowania wewnętrznego złożonego z worka jednorazowego użycia, koloru czerwonego (...), który po wypełnieniu i zamknięciu należało umieszczać w drugim worku spełniającym te same wymagania lub do sztywnego (...) pojemnika koloru czerwonego, [2] do opakowania zewnętrznego, które stanowił pojemnik koloru czerwonego wytrzymałego, odpornego (...). Wysoce zakaźne odpady medyczne mogły być przechowywane w miejscu ich powstawania, nie dłużej niż 24 godziny. Opakowanie zewnętrzne opatrywane miały być danymi identyfikującymi miejsce wytwarzania odpadów (...). Pojemnik oznaczyć

należało dodatkowym napisem „Materiał zakaźny dla ludzi”. Pozostałe odpady, nie posiadające właściwości niebezpiecznych, o charakterze odpadów komunalnych, należało zbierać w sposób przewidziany dla odpadów komunalnych, przestrzegając zasad segregacji i odzysku lub unieszkodliwiania. Odpady zbierane miały być do jednorazowych worków (...) koloru czarnego umieszczanych na stelarzu lub w sztywnych pojemnikach. Worki należało wymieniać tak często jak wskazywał plan higieny opracowany przez wykonawcę świadczącego usługi kompleksowego utrzymania czystości i stanu sanitarno – epidemiologicznego w Szpitalu. Szczelnie zamknięty zbiornik zbiorczy należało wyłożyć dużym workiem w kolorze odpowiadającym przechowywanym odpadom. Ustalenia w zakresie zgodności postanowień procedur z przepisami rozporządzenia przedstawiono w punkcie 3.3. wystąpienia.

(akta kontroli str. 21-67,184)

2) Procedura SZJ QP-03/E Postępowanie z odpadami innymi niż medyczne – segregacja i selektywne zbieranie w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych z dnia 01.01.2019r., zweryfikowana 25.05.2021 r., wydanie 4.;

3) Instrukcja SZJ QP-01/E Instrukcja selektywnej zbiórki odpadów - transport, przechowywanie i utylizacja z dnia 01.01.2019r., zweryfikowana 25.05.2021 r., wydanie 4.

(akta kontroli str. 21-67,184)

3.3. Grupy odpadów według źródeł ich powstania i ich rodzajów ujęte w Procedurach Szpitala, poza jednym wyjątkiem, były zgodne z kodami i rodzajami odpadów wykazanych we wniosku o wpis do rejestru Wytwórcy odpadów obowiązanego do prowadzenia ewidencji odpadów, prowadzonego przez Marszałka Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu. Wyjątek ten dotyczył odpadów zakaźnych o kodzie 18 01 82* stanowiących resztki po posiłkach pochodzących z żywienia chorych zakaźnie oraz naczynia i sztuczne jednorazowe pochodzące z żywienia chorych zakaźnie (według Procedury dotyczył on- wyłącznie Wykonawcy usługi żywienia pacjenta w Szpitalu).

Zgodnie z § 3 rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych, zakaźne odpady medyczne (kod 18 01 02*; 18 01 03*; 18 01 82*) zbierane były w miejscach ich powstawania do pojemników / worków koloru czerwonego, a odpady niebezpieczne (kod 15 01 10*) i niebezpieczne inne niż zakaźne (kody: 18 01 06* i 18 01 08*) do pojemników / worków koloru żółtego, a odpady inne niż niebezpieczne 18 01 04 do worków koloru niebieskiego. Odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach zbierano w miejscu ich wytworzenia do pojemnika jednorazowego użycia. W toku oględzin żaden pojemnik lub worek nie był wypełniony powyżej 2/3 objętości, umożliwiało to ich bezpieczne zamykanie. Informacje zamieszczone na workach i pojemnikach umożliwiały ustalenie czasu ich wymiany. Wszystkie informacje o terminie ich wyłożenia wskazywały na okres krótszy niż 72 godziny. Pojemniki i worki (za wyjątkiem 2 worków w Oddziale SOR - w toku ich wymiany) zawierały informacje o kodzie odpadu, wytwórcy odpadu³⁶, numer rejestrowy, nazwę organu rejestrowego, dacie i godzinie rozpoczęcia użytkowania, dacie i godzinie zamknięcia. Za 2019 r. szpital nie dysponował danymi o masie odpadów o kodzie 18 01 82* wytworzonymi w związku z żywieniem pacjentów zakaźnych lub, co do których istnieje podejrzenie o chorobę zakaźną. W myśl umowy z 2019 r. (§1 ust. 2 lit. b) do obowiązków wykonawcy usługi całodziennego żywienia w Szpitalu należał odbiór zużytych zestawów i sztuczków oraz resztek pokarmowych z oddziału obserwacyjno zakaźnego oraz z innych wskazanych przez personel zamawiającego

³⁶ Wojewódzki Szpital Zespolony w Kaliszu, Oddział/ Zakład/ Pracownia (...).

jeśli hospitalizowany pacjent był chory zakaźnie i ich utylizację kosztem i staraniem własnym z zapewnieniem odpowiednich warunków sanitarnych.

W 2020 r. zaewidencjonowana i wykazana w sprawozdawczości Szpitala masa odpadów wytworzonych w Szpitalu, dla których dedykowano kod 18 01 82* wynosiła 2,3360 z lokalizacji ul. Toruńska i z lokalizacji ul. Poznańska 2,4400 Mg s.m. W 2021 r. masa tych odpadów wytworzona w Szpitalu ujęta w BDO wynosiła w lokalizacji ul. Toruńska 1,3570 Mg s.m., a w lokalizacji ul. Poznańska brak było takiego odpadu.

Dyrektor Szpitala w wyjaśnieniu nie wskazał przyczyn nie wykazania w BDO tego odpadu w 2021 i 2022 r. z lokalizacji przy ul. Poznańskiej. Kierownik DL i DHiE wyjaśniły, że DL przekazuje do utylizacji odpady na podstawie dziennych kart odbioru odpadów medycznych i niebezpiecznych spływających z oddziałów. W latach 2021 i 2022 karty te z lokalizacji przy ul. Poznańskiej nie zawierały informacji o odpadach o kodzie 18 01 82*. W związku z powyższym, w sprawozdawczości nie wykazano tego odpadu. Według wyjaśnienia firmy odpowiedzialnej za wyżywienie pacjentów, w tym za segregację i transport odpadów medycznych w Szpitalu w latach 2021 i 2022 worki z odpadem medycznym 18 01 82* były gromadzone w workach zbiorczych z kodem 18 01 03*. W związku z powyższym, w kartach odbioru odpadów medycznych i niebezpiecznych z oddziałów szpitalnych nie wykazywano odpadu z kodem 18 01 82*, które przekazywane były w workach zbiorczych z kodem 18 01 03*.

(akta kontroli str. 21-37, 101-156, 330-334)

W zakresie opisu stosowanej w procedurze klasyfikacji – w odniesieniu do rozporządzenia Ministra Klimatu z 2 stycznia 2020 r. w sprawie katalogu odpadów,³⁷ a wcześniej w rozporządzeniu Ministra Środowiska z 9 grudnia 2014 r. w sprawie katalogu odpadów³⁸ ustalono, że:

- w pkt. 6.3.1 dot. odpadów medycznych innych niż niebezpieczne o kodach 18 01 01, 18 01 04, 18 01 07, nie przewidywano użycia pojemników na narzędzia chirurgiczne i zabiegowe oraz ich resztki (odpady z kodu 18 01 01) inne niż wymienione w 18 01 03* (odpady z kodu 18 01 04) np. kieliszki po lekach obojętnych), a według par. 3 ust. 5 rozporządzenia, 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. Przepisy ust. 1–3 w zakresie oznaczania kolorami poszczególnych rodzajów odpadów medycznych stosuje się odpowiednio, w sposób pozwalający na jednoznaczne zidentyfikowanie przeznaczenia pojemnika.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił m.in., że odpady medyczne z kodu 18 01 01 po procesie dezynfekcji umieszczane były w sposób bezpieczny (tzn. zamknięte aby nie doszło do przypadkowego przekłucia worka) w worku niebieskim i przekazywane do Działu Logistyki celem kasacji. Odpady inne niż niebezpieczne o kodzie 18 01 04 inne niż wymienione w 18 01 03* umieszczane są wyłącznie w workach koloru niebieskiego, gdyż w ich katalogu nie zamieszczono odpadów o ostrych krawędziach i końcach. Natomiast odpad o kodzie 18 01 07 odpady inne niż niebezpieczne chemikalia, w tym odczynniki chemiczne inne niż 18 01 06* umieszczane były w pojemniku / worku koloru niebieskiego. Odpady o wskazanych kodach nie zawierają narzędzi o ostrych krawędziach, gdyż jak podano w charakterystyce odpadu nie wymagają umieszczenia w pojemnikach, z wyjątkiem 18 01 07, jeśli zaistnieje taka potrzeba, co zostało wskazane w zasadach prawidłowej klasyfikacji odpadów pkt. 5 „Zbieranie” procedury. Skalpel to sprzęt jednorazowego użycia i zawsze zostaje

³⁷ Dz.U. z 2020, poz.10

³⁸ Dz.U. z 2014, poz.1923

umieszczony jako odpad z kodem 18 01 03*. Skalpel nie należy w klasyfikacji procedur do odpadów 18 01 01 (nie jest narzędziem).

(akta kontroli str. 26,34,267)

- kod 18 01 03* obejmuje m.in. *ampułki i fiolki, butelki, worki po lekach* – natomiast zgodnie z rozporządzeniem Ministra Klimatu z 2 stycznia 2020 r. w sprawie katalogu odpadów a wcześniej w rozporządzeniu Ministra Środowiska z 9 grudnia 2014 r. w sprawie katalogu odpadów, kod 18 01 03* obejmuje 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*. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w przepisach brak jest uszczegółowienia i przyzyjności w opisie odpadów. Ponieważ w Szpitalu odpady te powstają w związku z udzielaniem świadczeń medycznych najbezpieczniej jest je segregować w pojemnikach mając na uwadze, że po otwarciu zawierają one również ostre krawędzie i końce. Przy ich klasyfikacji kierowano się źródłem ich powstania, właściwościami powodującymi że są niebezpiecznymi, stężeniem. Tworzenie dodatkowych pojemników byłoby niegospodarne.

(akta kontroli str. 24,331-332)

- kod odpadu 18 01 04 obejmował uszkodzone okablowanie urządzeń medycznych, ponieważ według wyjaśnienia Dyrektora Szpitala, z założenia odpady medyczne, w tym odpady 18 01 04 uszkodzone okablowanie urządzeń medycznych, powstają w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych i wykonywania procedur medycznych, z tego powodu wszystkie uszkodzone okablowania urządzeń medycznych trafiają do worków koloru niebieskiego, ponieważ były wykorzystywane w trakcie procedur medycznych i nie można poddać ich procesowi dezynfekcji.

(akta kontroli str. 21-37,267)

- kod odpadu 18 01 08* obejmował inne odpady niż zakaźne - leki *cytotoksyczne i cotostatyczne*³⁹, w sytuacji gdy zgodnie z rozporządzeniem Ministra Klimatu z 2 stycznia 2020 r. w sprawie katalogu odpadów, a wcześniej w rozporządzeniu Ministra Środowiska z 9 grudnia 2014 r. w sprawie katalogu odpadów, kod 18 01 08* służy do oznaczania odpadów jakimi są ww. leki cytotoksyczne i cytostatyczne. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi, w procedurze kod 18 01 08* to odpady niebezpieczne inne niż zakaźne. Do tej grupy odpadów zostały zakwalifikowane leki cytotoksyczne i cytostatyczne, które są segregowane do pojemników i worków koloru żółtego, jak również wszystkie odpady powstałe w trakcie podawania pacjentom leków cytotoksycznych i cytostatycznych.

(akta kontroli str. 21-37,267)

- W procedurze QI-07/A/2017 postępowanie z odpadami medycznymi – leki inne niż wymienione w 18 01 08* - 18 01 09 – leki przeterminowane i wycofane (pkt. 5.1.2.) wskazano gromadzenie odpadów w pojemnikach jednorazowego użycia – koloru czerwonego, w sytuacji gdy 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 09 do opakowań w kolorze innym niż czerwony albo żółty. Kierownik DHiE wyjaśniła, że w przedłożonym przez kierownika Apteki Szpitalnej egzemplarzu procedury nie wskazano worka

³⁹ Tj. odpady powstałe w trakcie podawania leków cytostoksycznych i cytostatycznych, ampułki, fiolki, kieliszki po lekach, butelki i aparaty po infuzji leków, opakowania po tabletkach, środki ochrony indywidualnej (fartuch, maski, rękawice, opatrunki, gaziki i inny materiał opatrunkowy, cewniki i worki na mocz z zawartością, pieluchomajtki, pościel jednorazowa pacjenta.

czerwonego. Wskazany egzemplarz Procedury może wskazywać na pierwsze projekty procedury.

(akta kontroli str. 271,332-333)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił m.in., że w latach 2019 – 2022, zgodnie z procedurą apteki szpitalnej, przeterminowane wycofane leki inne niż narkotyki i psychotropowe są w miejscach ich użytkowania segregowane do pojemnika/worka koloru niebieskiego z kodem 18 01 09, np. ampułki, fiolki, ampułkostyczykawkki do pojemnika, a blistry z tabletkami do worka. Natomiast leki zniszczone (wypłute – mające kontakt z wydzieliną pacjenta, upuszczone przez pacjenta) umieszcza się w pojemniku koloru czerwonego z kodem 18 01 03*, gdyż odpad ten powstał w trakcie procedur i czynności medycznych. Leki niewykorzystane np. w sytuacji dawkowania na masę ciała pacjenta, których nie można było wykorzystać w tym samym czasie u innych pacjentów były segregowane do pojemnika koloru czerwonego i klasyfikowane jako odpad 18 01 03*. Ujęte w charakterystyce odpadu procedury jako zestawy po płynach, butelki po płynach zawierających leki, ampułki, fiolki butelki, worki po lekach. Niewykorzystane leki pozostałe w ampułkach i fiolkach, jako resztki powstałe w trakcie procedur i czynności medycznych były przekazywane jako odpad medyczny o kodzie 18 01 03* zgodnie z procedurą i rozporządzeniem klasyfikującym odpad medyczny zakaźny kodem 18 01 03*. W Szpitalu obowiązywały następujące uregulowania wewnętrzne dotyczące leków zniszczonych, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 18 października 2002 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki⁴⁰, tj. produktów (innych niż leki przeterminowane lub wycofane decyzjami służb inspekcji farmaceutycznych), które z uwagi na brak możliwości zastosowania w leczeniu pacjentów, zostały przekazane do utylizacji np. leki zabrudzone, nie w pełni wykorzystane, przechowywane w niewłaściwej temperaturze:

- Procedura QP-06/A/2015 postępowania w przypadku uszkodzenia lub niewykorzystania środków odurzających i psychotropowych (obowiązująca od 9 kwietnia 2015 r.),
- Procedura QP-07/A/2015 postępowania z odpadami medycznymi – produkty lecznicze podrobione, zepsute, sfałszowane, przeterminowane zawierające środki odurzające, substancje psychotropowe i prekursor Grupy I-R (obowiązująca od 20 maja 2015 r.),
- procedura QI-07/A/2017 postępowania z odpadami medycznymi – leki inne niż wymienione w 18 01 08* - 18 01 09 – leki przeterminowane i wycofane (obowiązująca od 6 czerwca 2017 r.) wydanie 2.

(akta kontroli str.267-268, 269-280)

3.4. Szpital posiadał, nadany decyzją Marszałka Województwa Wielkopolskiego numer w BDO (pkt. 3.2. wystąpienia pokontrolnego).

4.1. W Szpitalu wytwarzane były odpady komunalne oraz odpady medyczne, w tym odpady medyczne zakaźne oraz inne odpady⁴¹. Odpady komunalne stanowiły

⁴⁰ Dz.U. z 2002 r., nr 187, poz. 1565 ze zm.

⁴¹ Odpady medyczne: 18 01 09; 18 01 04; 18 01 08*; 18 01 06*;

18 01.02*- odpady zakaźne:

1) części ciała i organy:

- materiały biologiczne pooperacyjne, rozpoznawalne szczątki ciała ludzkiego, części ciała, organy, tkanki,

- materiały biologiczne posekcyjne, części ciała, organy szczątki ciała ludzkiego, tkanki po badaniach histopatologicznych i cytologicznych,

Miejsce powstawania: bloki i sale operacyjne, sale zabiegowe i opatrunkowe, gabinety zabiegowe, sale porodowe, Zakład Patomorfologii, zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Zbieranie – pojemnik/worko koloru czerwonego.

2) pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania:

- pojemniki po krwi i jej składnikach (worki z pozostałością po przetoczeniu i zestawy po przetoczeniu) – zał. Nr 2 do Procedury,

- pojemniki z krwią i jej składnikami przeterminowane i nie wykorzystane (dotyczy wyłącznie banku krwi),

Miejsce powstawania bloki i sale operacyjne, sale chorych, ZDL z Bankiem Krwi. Zbieranie podwójny worek koloru czerwonego);

w 2019 r. 46,81%, w 2020 r. 46,58%, w 2021 r. 45,80%, w 2022 r. (I kwartał) 46,83 % odpadów wytworzonych ogółem w Szpitalu. Według danych Szpitala udział odpadów medycznych wynosił w poszczególnych ww. latach odpowiednio: 51,61%, 53,06%, 53,45% 52,95%, a pozostałe odpady stanowiły: 1,58%, 0,36%, 0,75%, 0,22%. Odpady medyczne zakaźne stanowiły odpowiednio: 40,60%, 42,58%, 42,06%, 42,84% odpadów ogółem wytworzonych w poszczególnych latach, a odpady medyczne inne niż zakaźne: 11,01%, 10,47%, 11,39%, 10,11%. Przy czym w grupie odpadów medycznych odpady medyczne inne niż zakaźne stanowiły w 2019 r. 21,33%, w 2020 r. 19,74%, w 2021 r. 21,32 %, w 2022 r. (I kwartał) 19,10%. Odsetek kolejno: 78,67%, 80,26%, 78,68%, 80,90% odpadów medycznych stanowiły w każdym roku odpady zakaźne, w których większość: 77,68%, 76,15%, 77,07%, 80,15% była zakwalifikowana jako odpady medyczne zakaźne o kodzie 18 01 03*.

- Odpady niebezpieczne inne niż zakaźne: 18 01 06*⁴²; 18 01 08*⁴³; 18 01 07⁴⁴,

- Odpady niebezpieczne: 15 01 10*⁴⁵.

(akta kontroli str. 259-260)

18 01 03* - odpady zakaźne: 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 sążdenia, że wywołują choroby u ludzi.

- Materiały opatrunkowe zanieczyszczone krwią, wydzielinami, wydaliniami, płynami ustrojowymi pacjenta, np. opatrunki, tampony, gaziki, setony, chusty operacyjne,

- bielizna i odzież operacyjna jednorazowa, zanieczyszczona krwią, wydzielinami, wydaliniami, płynami ustrojowymi pacjenta, np. fartuchy operacyjne, prześcieradła i serwety operacyjne, jednorazowe środki ochrony indywidualnej,

- pieluchomajtki podpaski, podkłady zainfekowane,

- rękawice jednorazowe diagnostyczne i chirurgiczne oraz foliowe skażone, zanieczyszczone krwią, wydzielinami wydaliniami, płynami ustrojowymi pacjenta,

- pościel szpitalna jednorazowa pochodząca od chorych zakaźnie, izolowanych lub zanieczyszczona materiałem biologicznym,

- igły iniekcyjne, punkcyjne, po szyciu ran, kaniule mandryny, strzykawki skalpele, płytki szklane ezy, pipety, dreny, sondy, osłony na sondy USG, dreny i zestawy po płynach infuzyjnych, ampułkostrzykawki, butelki po płynach zawierające leki i pozostały sprzęt jednorazowy zanieczyszczony krwią, wydzielinami, wydaliniami, płynami ustrojowymi pacjenta,

- ampulki i fiolki, butelki, worki po lekach,

- pozostałe wyroby medyczne jednokrotnego zastosowania zanieczyszczone krwią, wydzielinami wydaliniami, płynami ustrojowymi pacjenta,

- preparaty biologiczne, w tym aktywne szczepionki, kultury laboratoryjne i próbki do badań,

- sprzęt medyczny jednorazowy po wykonaniu badań lub pobraniu materiału do badań, - odpady i zużyte materiały pochodzące od pacjentów skolonizowanych lub zakażonych drobnoustrojami alarmowymi, - materiał pochodzący z dekontaminacji powierzchni zanieczyszczonych krwią i płynami ustrojowymi, - ręczniki jednorazowe, chusteczki jednorazowe, myjki jednorazowe, zanieczyszczone materiałem biologicznym lub pochodzące od chorych zakaźnie, - materiał biologiczny z badań laboratoryjnych, zamknięte próbki z krwią niewykorzystane do badań i po badaniu laboratoryjnym, - inny materiał biologiczny w zamkniętych próbkach po badaniu laboratoryjnym, - inny materiał biologiczny w zamkniętych próbkach po badaniu laboratoryjnym lub niewykorzystany do badań, - pojemniki po badaniach laboratoryjnych, - zużyte podłoża mikrobiologiczne po badaniach laboratoryjnych. Miejsce powstawania Bloki i sale operacyjne, sale zabiegowe i opatrunkowe, gabinety zabiegowe, sale porodowe, stacja dializ, Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Zakład Mikrobiologii Klinicznej, Zakład Diagnostyki Obrazowej, Zakład Patomorfologii, Oddział Zakaźny, sale izolacji pacjentów, sale chorych, gabinety lekarskie, poradnie specjalistyczne, zespoły wyjazdowe udzielające świadczeń w miejscu wezwania. Pojemnik**/worek koloru czerwonego.

18 01 82* Odpady zakaźne dotyczy wyłącznie wykonawcy usługi żywienia pacjenta w Szpitalu - pozostałości z żywienia pacjentów zakaźnych lub co do których istnieje podejrzenie o chorobę zakaźną. Resztki po posiłkach pochodzące z żywienia chorych zakaźni, - naczynia sztućce jednorazowe pochodzące z żywienia chorych zakaźnie. Oddział zakaźny, sale izolacji pacjentów w pozostałych oddziałach szpitalnych. Pojemnik/worek koloru czerwonego.

w tym odpady medyczne zakaźne: 18 01 02*; 18 01 03*; 18 01 82*; odpady medyczne inne niż zakaźne: 18 01 09; 18 01 04; 18 01 08*; 18 01 06*; pozostałe odpady: 150110*; 160213*; 170107; 160604; 160214; 17 0405; 080318; 090107.

⁴² Odpady niebezpieczne inne niż zakaźne. Chelikalnia, w tym odczynniki chemiczne, np. ksylen, formalina, - odpady radioaktywne, - odpady srebronośne, przeterminowane środki dezynfekcyjne, odczynniki. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Zakład Mikrobiologii Klinicznej, Zakład Patomorfologii, - oddziały szpitalne. Pojemnik/worek koloru żółtego.

⁴³ Odpady niebezpieczne inne niż zakaźne, leki cytotoksyczne i cytostatyczne: odpady powstałe w trakcie podawania leków cytotoksycznych i cytostatycznych; ampulki, fiolki, kieliszki po lekach; butelki i aparaty po infuzji leków; opakowania po tabletkach; środki ochrony indywidualnej (fartuchy, maski, rękawice; opatrunki, gaziki i inny materiał opatrunkowy; cewniki i worki na mocz z zawartością; pieluchomajtki; pościel jednorazowa pacjenta. Miejsce powstania oddziały szpitalne, poradnie specjalistyczne. Zbieranie pojemnik/worek koloru żółtego.

⁴⁴ Odpady inne niż niebezpieczne: chemikalia, w tym odczynniki chemiczne inne niż 18 01 06*:

- inne niż wymienione w 18 01 06*. Miejsce powstawania Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Zakład Patomorfologii. Pojemnik /worek koloru niebieskiego.

⁴⁵ Odpady niebezpieczne. Opakowania zawierające pozostałości substancji niebezpiecznych lub nimi zanieczyszczone. Butelki szklane, plastikowe po formalinie, jodynie, benzynie, środkach kontrastowych, itp. Opakowania po chemikaliach, środkach dezynfekcyjnych, zawierających substancje niebezpieczne i trujący oraz zawierające pozostałości substancji niebezpiecznych lub nimi zanieczyszczone. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Zakład Mikrobiologii Klinicznej, Zakład Patomorfologii, Zakład Diagnostyki Obrazowej, Zakład Leczniczego Usprawniania, Pracownia Hemodynamiki, Pracownia Endoskopowa, oddziały szpitalne, poradnie specjalistyczne, bloki operacyjne, zespoły wyjazdowe. Worek koloru żółtego.

4.2. Klasyfikacji wytwarzanych odpadów medycznych dokonywano w oparciu o Procedury obowiązujące w Szpitalu.

Kierownik DL wyjaśniła, że odpady kod 15 01 10* były zbierane do pojemników/worków koloru żółtego oznaczonego tym kodem. Odpady kod 18 01 06* wytwarzane w Zakładzie Patomorfologii zbierane były do odrębnego worka koloru żółtego oznakowanego tym kodem. Odpady kod 18 01 08* wytwarzane zasadniczo w Pracowni Cytostatyków zbierane były do odrębnych worków/pojemników koloru żółtego oznaczonych tym kodem. Z powyższych względów w Szpitalu nie ma miejsca mieszanie tych odpadów. Odpady kod 18 01 04 są zbierane do worków niebieskich oznaczonych tym kodem, a odpady kod 18 01 03* zbierane są do worków koloru czerwonego oznaczonego tym kodem. Przyjęty sposób postępowania z odpadami o ww. kodach, tj. znakowanie worków właściwymi kodami i odrębna kolorystyka oraz ich ewidencjonowanie i wykazywanie w sprawozdawczości dowodzi, że odpady te nie są mieszane w Szpitalu.

(akta kontroli str. 617,618)

4.3. Szpital z uwagi na argumentację GIS nie ewidencjonował odrębnie odpadów powstałych w związku z leczeniem pacjentów zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2.

4.4. W kontrolowanym okresie odpady medyczne wytworzone w Szpitalu były unieszkodliwiane, na podstawie zawartych z Zakładem Utylizacji Odpadów Sp. z o.o. w Koninie umów⁴⁶ na sukcesywne świadczenie przez Wykonawcę usług w zakresie ich odbioru⁴⁷, transportu i unieszkodliwiania⁴⁸. Unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych dokonywano w wyniku termicznego przekształcenia odpadów metodą D10 w Zakładzie Utylizacji Odpadów Sp. z o.o. w Koninie. Przedmiotem działalności ZUO Sp. z o.o. było m.in. przetwarzanie i unieszkodliwianie odpadów niebezpiecznych, zbieranie odpadów innych niż niebezpieczne, obróbka i usuwanie odpadów innych niż niebezpieczne, działalność związana z rekultywacją i pozostała działalność usługowa w związku z gospodarką odpadami.

(akta kontroli str.267-268)

4.5. W kontrolowanym okresie Szpital prowadził ewidencję odpadów i sporządzał wymagane sprawozdania. Na podstawie ewidencji ustalono, że wszystkie odpady zakaźne oraz inne niż zakaźne, zgodnie z zawartymi umowami zostały przekazane do Zakładu Utylizacji Odpadów Sp. z o.o. w Koninie. 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 odpadów⁴⁹ oraz obowiązującym do 31 grudnia 2019 r. rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 25 kwietnia 2019 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów⁵⁰. 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 uod) Marszałek Województwa Wielkopolskiego nadał numer rejestrowy Szpitalowi w BDO i od 2020 r. Szpital prowadził Karty

⁴⁶ Umowy na odbiór odpadów z kodem:

- 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 09, 15 01 10* nr: 64/EZ/EL/14 na okres 27.01.2015-26.01.2019;
- 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 04*, 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 09, 15 01 10* nr 01/EZ/EL/19 na okres 28.01.2019-27.01.2020;
- 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 04*, 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 09, 15 01 10* nr 65/EZ/EL/19 na okres 28.01.2020-27.01.2021;
- 18.01.82* nr 3/EL/19 na okres 01.03.2021-28.02.2022;
- 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 04*, 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 09, 18 01 82* 15 01 10* nr 5/EL.21 na okres 28.01.2021-28.02.2021;
- 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 04*, 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 09, 15 01 10* nr 03/EZ/EL/21 na okres 01.03.21-28.02.2022;
- 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 04*, 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 09, 15 01 10* aneks 1/2022 na okres 01.03.2022 na okres od 01.03.2022-31.03.2022

⁴⁷ Odpadów wyspecjalizowanym transportem Wykonawcy z punktów składowania odpadów znajdujących się przy ul. Poznańskiej 79, i Toruńskiej 7 w Kaliszu oraz podstacjach Pogotowia Ratunkowego w Liskowie, Brzezinach, Stawiszynie.

⁴⁸ Odpadów z zachowaniem wymogów określonych w ustawie o odpadach oraz ustawie Prawo ochrony środowiska.

⁴⁹ Dz.U. poz. 1973 ze zm. (akt został uchylony z dniem 1 maja 2019 r.).

⁵⁰ 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.) uchylła od 1 stycznia 2020 r. treść rozporządzenia.

Ewidencji Odpadów oraz Karty Przekazania Odpadów i sprawozdawczość w oparciu o BDO – Sprawozdawczość o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami za pośrednictwem indywidualnego konta w BDO. Zgodnie z art. 69 ust. 1 uod Szpital sporządzał Karty Przekazania Odpadu, przed rozpoczęciem transportu. Stosownie do wymagań art. 69 ust. 3 ww. ustawy po przekazaniu odpadów do miejsc tymczasowego magazynowania wprowadzał do BDO informacje o masie odpadów dla każdego rodzaju odpadu (art. 70 ust. 1 uod). Stosownie do obowiązku wynikającego z art. 75 ust. 1 uod Szpital sporządził w BDO roczne sprawozdania o wytwarzanych odpadach i gospodarowaniu odpadami, zawierające dane określone w ust. 2 ww. przepisu: numer rejestrowy, nazwę podmiotu oraz adres siedziby, numer identyfikacji podatkowej (NIP), informacje o masie i rodzajach odpadów. Sprawozdania, o których mowa wyżej zostały przekazane Marszałkowi Województwa Wielkopolskiego w terminie: 23 października 2020 r. (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 14 maja 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie działań osłonowych w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2⁵¹), a następnie 11 marca 2021 r., 11 marca 2022 r. (zgodnie z art. 76 ust. 1 uod). Szpital uzyskał również stosowną informację w Bazie Danych o Produktach i Opakowaniach oraz o Gospodarce Odpadami, o akceptacji sprawozdania w systemie BDO za 2019 r. Szpital nie był związany poleceniem Wojewody Wielkopolskiego, polecającą postępowanie z zakaźnymi odpadami medycznymi wytworzonymi w związku z przeciwdziałaniem COVID – 19 wydaną na podstawie specustawy.

(akta kontroli str.80, 81, 101-156,281-301)

Dane do KEO wprowadzane były przez specjalistę ds. terenów zielonych (pracownika DL), realizującą obowiązek bieżącego ilościowego i jakościowego ewidencjonowania odpadów wynikający z art. 66 ust. 1 ustawy o odpadach. Stosownie do wymogu art. 66 ust. 1 ustawy o odpadach w ewidencji BDO ujęto informacje o dacie i masie wytworzonych przez Szpital odpadów medycznych, w tym odpadów medycznych zakaźnych w BDO (lata 2020-2022, do końca I kwartału), 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 odpadów⁵² oraz obowiązującym do 31 grudnia 2019 r. rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 25 kwietnia 2019 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów⁵³ za pomocą dziennych kart odbioru odpadów medycznych i niebezpiecznych z oddziałów szpitalnych (zgodnie z załącznikiem nr 1 do Procedury QP-01/E). Dzienną masę odpadów ustalała firma utrzymująca czystość w Szpitalu za pomocą wag była ewidencjonowana tego samego dnia lub dnia następnego przed sporządzeniem KPO. Szpital dysponował Fakturami VAT potwierdzającymi unieszkodliwienie odpadów medycznych do września 2019 r. wystawionymi przez ZUO Sp. z o.o. w Koninie.

(akta kontroli str.292,293)

6.1. Szpital dysponował dokumentacją potwierdzającą uprawnienie wykonawcy usługi odbioru i utylizacji odpadów do świadczenia usług w tym zakresie. Przy ogłaszaniu postępowania przetargowego na odbiór i utylizację odpadów medycznych od oferentów żądano uprawnień do prowadzonej działalności. Szpital dysponował:
- decyzją Marszałka Województwa Wielkopolskiego nr DSR-V-2.7034.1143.2018 dla ZUO Sp. z o.o. w Koninie o nadaniu numeru rejestrowego 000013719 z dnia 26 kwietnia 2018 r.,

⁵¹ Dz.U. poz. 875 ze zm.

⁵² Dz. U. poz. 1973 - akt został uchylony z dniem 1 maja 2019 r.

⁵³ Dz. U. poz. 819.

- decyzją Marszałka Województwa Wielkopolskiego DSR-II-2.7222.33.2015 z dnia 4 grudnia 2015 r. udzielającą pozwolenia zintegrowanego na eksploatację instalacji termicznego przekształcania odpadów, zlokalizowanej na terenie ZUO Sp. z o.o. w Koninie – instalacja termicznego przekształcania odpadów o zdolności przetwarzania: - ponad 10 Mg/dobę odpadów niebezpiecznych, - ponad 3 Mg/godzinę odpadów innych niż niebezpieczne,

- Decyzją Marszałka Województwa Wielkopolskiego udzielającą ZUO Sp. z o.o. w Koninie zezwolenia na zbieranie zakaźnych odpadów medycznych oraz zakaźnych odpadów weterynaryjnych, z zachowaniem określonych warunków. W dokumentacji przetargowej żądano aktualnego zezwolenia/decyzji na zbieranie zakaźnych odpadów medycznych wydanej przez Marszałka Województwa Wielkopolskiego, aktualnego zezwolenia na zbieranie, transport i unieszkodliwianie odpadów o kodach odpowiadających przedmiotowi zamówienia, wydanego w drodze decyzji przez właściwy organ, zgodnie z ustawą z dnia 14 grudnia 2012 r.

(akta kontroli str.292,298)

Według Procedury postanowienia w niej zawarte obowiązywały wszystkich pracowników w Szpitalu. Nadzór nad prawidłową segregacją odpadów medycznych w miejscu ich powstawania oraz odpowiednim oznakowaniem pojemników na te odpady powierzono pielęgniarkom/położnym oddziałowym/koordynującym i kierownikom oddziałów, zakładów, pracowni. Odpowiedzialnymi za realizację Procedury byli kierownicy komórek organizacyjnych, Kierownik DL. DHiE był uprawniony do bieżącej kontroli stanowiskowej realizacji Procedury. W kontrolowanym okresie pracownicy DHiE przeprowadzili łącznie 219 bieżących kontroli stanowiskowych (w poszczególnych latach kolejno: 96, 43, 75, 5) w wyniku których stwierdzono dwie nieprawidłowości. W dniu 21 czerwca 2019 r. nieprawidłowe segregowanie odpadów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR) – w pojemnikach na odpady medyczne znajdowały się odpady komunalne (opakowania papierowe, ręczniki papierowe) wydano zalecenia szkolenie pracowników. Rekontrola 10 września 2019 r. stwierdziła nadal nieprawidłową segregację odpadów. Kolejne dwie kontrole planowane nie wykazały nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 281-311)

Pomieszczenie odpadów medycznych usytuowane było w budynku Działu Technicznego Szpitala przy ul. Poznańskiej 79. Wyposażono je w niezależne wejście - drzwi metalowe z opisem przeznaczenia pomieszczenia, co umożliwiło ograniczenie dostępu osób postronnych (wymóg § 7 ust. 2 pkt. 1,2). Ściany i podłoga pomieszczenia wyłożone były okładziną (płytkami), ułatwiającą utrzymanie pomieszczenia w czystości i ich dezynfekcję (pkt. 3 ww. przepisu). Pomieszczenie było zabezpieczone przed dostępem owadów i gryzoni oraz innych zwierząt (pkt. 4 j.w.). Drzwi wejściowe nie posiadały progów, a ich szerokość i wysokość gwarantowała swobodny dostęp (pkt.5), w pomieszczeniu znajdowały się kontenery wydzielone i oznakowane kodem odpadu (pkt6). Wyposażone ono było w termometr na wyświetlaczu klimatyzacji i termometr wiszący na ścianie (pkt.7), posiadało instalację wentylacji zapewniającą wywiew powietrza oraz klimatyzację regulującą temperaturę w pomieszczeniu pkt.8). W podłodze zainstalowano urządzenie odpływowe (kratkę ściekową) zapewniającą odprowadzenie ewentualnych wycieków i ograniczające rozprzestrzenianie się magazynowanych odpadów medycznych, w tym gromadzenie ewentualnych odcieków z odpadów (pkt 9). Zebrane odpady medyczne, w odpowiednich dla danego kodu odpadu kolorach worków, były gromadzone w szczelnych, przeznaczonych dla danego kodu odpadów kontenerach. Kontenery w toku oględzin były suche. Worki z odpadami związane na supeł znajdowały się w odpowiednich i zamkniętych kontenerach. Sposób zamykania worków na supeł, nie gwarantował braku możliwości otwarcia

worka i ponownego jego zamknięcie. Uczestnicząca w oględzinach zwróciła uwagę, że personel Szpitala został zapoznany z procedurami, w tym m.in. o niedopuszczalności otwierania raz zamkniętych pojemników lub worków jednorazowego użycia. Z boku pomieszczenia zainstalowano umywalkę z bieżącą zimną i ciepłą wodą, w sposób umożliwiającą umycie rąk bezpośrednio po wyjściu z głównej części pomieszczenia, wyposażoną w dozowniki z mydłem i środkiem dezynfekcyjnym oraz podajnik na papierowe ręczniki. Zapewniono także zlew roboczy z zimną i ciepłą wodą do celów porządkowych. Urządzenie chłodnicze (ust. 3) - witryna chłodnicza usytuowana w odrębnym pomieszczeniu - było: dodatkowo zabezpieczone kluczem przed dostępem osób nieuprawnionych, posiadało wewnątrz wykonane z materiałów gładkich łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję (pkt 2). Było zabezpieczone przed dostępem owadów i gryzoni (pkt. 3) i wyposażone w termometr montowany fabrycznie i dodatkowy termometr do pomiaru temperatury wewnątrz (pkt 4).

Odpady medyczne zakaźne w miejscach ich wytwarzania (ogłędziny pomieszczeń trzech oddziałów Szpitala), z wyjątkiem odpadów o ostrych krawędziach i końcach, były segregowane w czerwonych workach, zawieszonych na stelażach lub wyłożonych w koszach/kubłach oznaczonych dodatkowo opisem „odpady medyczne”. Worki były zaopatrzone w naklejki z: Kodem odpadu, nazwą wytwarzającego, nazwą komórki organizacyjnej, numerem regon, numerem księgi rejestrowej, nazwą organu rejestrowego, datą i godziną rozpoczęcia użytkowania oraz datą i godziną zamknięcia worka/pojemnika. Odpady medyczne niebezpieczne inne niż zakaźne, z wyjątkiem odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach, zbierano w miejscu ich powstawania do worków foliowych koloru żółtego, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych. Worki były umieszczane w sztywnych pojemnikach lub na stelażach, w sposób pozwalający na uniknięcie zakażenia przez osoby mające kontakt z workiem lub pojemnikiem. Według oświadczenia - kierownik DHiE odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach zbierane były w miejscu ich powstawania do pojemników. Ogólnodostępna dla personelu i pacjentów informacja „odpady medyczne” oraz kolor (czerwony, żółty i niebieski) danego worka miały identyfikować gromadzone w nim odpady i wyznaczać dalszy sposób postępowania z tymi odpadami, wynikający z obowiązujących w Szpitalu procedur. Według oświadczenia kierownika DHiE zgodnie z § 3 rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych, zakaźne odpady medyczne (kod 18 01 02*; 18 01 03*; 18 01 82* zbierane były w miejscach ich powstawania do pojemników/worków koloru czerwonego, a odpady niebezpieczne (kod 15 01 10*) i niebezpieczne inne niż zakaźne (kody: 18 01 06* i 18 01 08*) do pojemników / worków koloru żółtego. Odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach zbierano w miejscu ich wytworzenia do pojemnika jednorazowego użycia. Oznaczenie pojemników/worków oraz kolor worków przedstawiają załączone zdjęcia. W toku oględzin pojemniki i worki były wypełnione poniżej 2/3 objętości, w sposób umożliwiający ich bezpieczne zamykanie. Informacje zamieszczone na workach i pojemnikach umożliwiały ustalenie czasu (krótszego niż 72 godziny) ich wymiany (tj. od dnia i godziny wystawiania do dnia i godziny zamknięcia). Wyjątek stanowiły 2 worki w SOR, które w trakcie oględzin były w toku wymiany i opisywania. Worki i pojemniki zawierały informacje: kod odpadu, wytwórca odpadu, numer rejestrowy, nazwę organu rejestrowego, datę i godzinę rozpoczęcia użytkowania, datę i godzinę zamknięcia. Masę odpadów medycznych ustalano na podstawie dziennych Kart odbioru odpadów medycznych i niebezpiecznych w komórce organizacyjnej Szpitala. Dane z tych kart ewidencjonowano w danym dniu lub dnia następnego w ewidencji odpadów, celem ustalenia masy odpadów do wykazania w kartach przekazania odpadów.

Kierownik DL wyjaśniła, że odpady niebezpieczne kod 15 01 10* są zbierane do worków/pojemników koloru żółtego oznaczonych tym kodem, odpady inne niż zakaźne kod 18 01 06* wytwarzane w Zakładzie Patomorfologii zbierane są do odrębnych worków koloru żółtego opisanych tym kodem. Podobnie odpady kod 18 01 08* wytwarzane zasadniczo w Pracowni Cytostatyków zbierane są do odrębnych worków/pojemników koloru żółtego oznaczonych tym kodem. Z powyższych względów w Szpitalu nie ma miejsca mieszania tych odpadów. Odpady medyczne nie niebezpieczne kod 18 01 04 wytwarzane w Szpitalu zbierane są do worków koloru niebieskiego oznaczonych tym kodem, a odpady medyczne kod 18 01 03* do worków koloru czerwonego oznaczonych tym kodem. Zdaniem Kierownik DL, przyjęty sposób postępowania z ww. odpadami, tj. znakowanie worków właściwymi kodami i odrębna kolorystyka worków, a także ich ewidencjonowanie i wykazywanie w sprawozdawczości dowodzi, iż odpady te nie są mieszane w Szpitalu.

(akta kontroli str. 617, 770-814)

Brak informacji o kodzie odpadu na zewnętrznej stronie pojemnika z workiem ograniczał pacjentom informację o przeznaczeniu worka. Nie stwierdzono również tablic informujących potencjalnych pacjentów o wymaganym sposobie segregacji odpadów.

W zakresie informowania o przyjętym w oddziałach sposobie działania w zakresie zbierania i segregowania odpadów Kierownik DHiE wskazała, że odbywało się to poprzez przekazanie procedury dokumentem, przyjęciem procedury do stosowania potwierdzonym oświadczeniem, wdrożeniem procedury, szkoleniem stanowiskowym i wewnętrznym, kontrolami wewnętrznymi i zewnętrznymi, dostępnością procedury dla jej użytkowników w formie papierowej i elektronicznej w systemie Rackstation, informowaniem zajmujących kierownicze stanowiska w oddziałach, personelu medycznego DL i pracowników Wykonawcy usługi żywienia i utrzymania stanu sanitarno – higienicznego w Szpitalu nadzorującego wykonanie usług oraz personelu im podległego. Nie wskazano natomiast żadnego kręgu pacjentów, osób odwiedzających.

(akta kontroli str. 281,295-297A)

W procedurze QI -01/E określono czas magazynowania odpadów z uwzględnieniem ich kodów, tj. dla odpadów o kodach: 18 01 02* tylko w temperaturze do 10°C, a czas ich przechowywania do 72 godzin; 18 01 03*, 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 82* w temperaturze do 10-18°C nie dłużej niż 72 godziny, natomiast w temperaturze do 10°C nie dłużej niż 30 dni; 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 82* odpady wysoce zakaźne bez wstępnego magazynowania, odbiór z miejsca powstania w ciągu 24 godzin. Odpady magazynowane były w punktach wstępnego magazynowania odpadów medycznych przy ul. Poznańskiej (kod odpadu: 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 01, 18 01 04, 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 07: przy ul. Toruńskiej odpady o kodach: 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 82*, 18 01 01, 18 01 04, 18 01 06*, 18 01 07, 18 01 08*. W punktach tych magazynowane były inne odpady niebezpieczne o kodach 06 0404*, 15 01 10*. Pojemniki o pojemności 240 i 1100 l, w których wstępnie były magazynowane odpady po każdym użyciu były dezynfekowane i myte przez firmę świadczącą usługę odbioru i utylizacji odpadów medycznych. Założenia procedury odpowiadały wymogom rozporządzenia w zakresie czasu przechowywania odpadów medycznych.

(akta kontroli str. 770-814)

6.1. Zakład Utylizacji Odpadów Sp. z o.o. w Koninie wybrany do realizacji usług odbioru, transportu i zagospodarowania zakaźnych odpadów medycznych wytwarzanych w Szpitalu posiadał wszelkie uprawnienia do prowadzenia działalności gospodarczej w zakresie gospodarowania odpadami, niezbędne do realizacji obowiązków wynikających z zawartych umów na sukcesywne świadczenie usług w zakresie odbioru, transportu i utylizacji odpadów, w tym: odbiór odpadów

wyspecjalizowanym transportem z punktów składowania odpadów przy ul. Poznańskiej i Toruńskiej w Kaliszu oraz podstacjach Pogotowia Ratunkowego w Liskowie, Brzezinach, Stawiszynie; utylizację odpadów z zachowaniem wymogów określonych w ustawie o odpadach oraz ustawie Prawo ochrony środowiska. Wykonawca spełniał wymagania określone w ustawie Prawo zamówień publicznych i Specyfikacji Warunków Zamówienia. W kontrolowanym okresie Szpital nie skorzystał z możliwości odstąpienia od trybu zamówień publicznych na podstawie specustawy.

(akta kontroli str. 292,299)

6.2 W kontrolowanym okresie koszty utylizacji odpadów wyniosły łącznie 2 234 714,41 zł, tj w kolejnych latach: 489 935,62 zł; 650 758,39 zł; 866 646,12 zł i 218 374,28 zł.

Stawki odbioru, transportu i utylizacji odpadów były następujące:

- umowa 64/EZ/EL/14 od 27 stycznia 2015 do 26 stycznia 2019 kody odpadów 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 09 (2,83 zł), 15 0110* (1,85 zł.)

- umowa nr 01/EZ/EL/19 kody odpadów 18 01 02*, 18 01 03* (2,88 zł), 18 01 06* (3,00 zł), 18 01 08*, 18 01 09 (2,88 zł), 15 0110* (2,10 zł.), 18 01 04* (2,86 zł).

- umowa 65//EZ/EL/19 kody odpadów 18 01 02*, 18 01 03* (3,70 zł), 18 01 04* (3,50 zł), 18 01 06* (6,0 zł), 18 01 08* (3,70 zł), 18 01 09 (3,70 zł), 15 0110* (3,40 zł.).

- 3/EL/19 kod odpadu 18 01 82* (4,80 zł).

- 5/EL/21 kody odpadów 18 01 02*, 18 01 03*, 18 0104 (4,50 zł), 18 01 06* (8,0 zł i 4,50 zł), 18 01 08* (4,50 zł), 18 01 09 (4,50 zł), 18 01 82*, 15 0110* (4,50 zł),

- aneks 1/22 kody odpadów 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 04 (4,50 zł), 18 01 06* (8,0 zł), 18 01 06* (4,50 zł) 18 01 08*, 18 01 09, 18 01 82*, 15 01 10* (4,50 zł.).

Wszystkie umowy dotyczyły sukcesywnego świadczenia przez Wykonawcę usług w zakresie odbioru, transportu i utylizacji odpadów, a od umowy 65/EZ/EL/19 odbioru, transportu i utylizacji odpadów medycznych⁵⁴. Według umowy 03/EZ/EL/21 odbiór, transport i utylizacja odpadów medycznych wytwarzanych przez Szpital w rodzaju, ilości i cenie jednostkowej określonej w ofercie cenowej Wykonawcy.

W kontrolowanym okresie nie stwierdzono zwiększenia ponad limity określone w umowach, w kolejnych latach: 142 250; 142 250; 150 250; 150 250 kg masy faktycznie wytworzonych zakaźnych odpadów medycznych kolejno: 124 378; 131 655; 132 240; 33 116. W kontrolowanym okresie łączna masa odpadów wynikająca z zawartych umów wyniosła 585 000 kg a wytworzono 421 389 kg. W ramach dodatkowych działań Szpitala podjętych w związku z planowanym zwiększeniem masy wytworzonych zakaźnych odpadów medycznych zawarto umowę 3/EL/19 na odbiór, transport i utylizację odpadu kod 18 01 82*.

Szpital przeprowadził trzy postępowania (jedno w trybie podstawowym i dwa w trybie przetargu nieograniczonego) na świadczenie usługi w zakresie odbioru, transportu i utylizacji odpadów medycznych, wytwarzanych przez Szpital.

(akta kontroli str. 300-367a)

7. W kontrolowanym okresie koszty unieszkodliwiania odpadów wyniosły łącznie 2 234 714,41 zł, tj, w kolejnych latach: 489 935,62 zł; 650 758,39 zł; 866 646,12 zł i 218 374,28 zł.

Szpital analizował koszty gospodarowania odpadami innymi niż zakaźnymi i podejmował działania dotyczące możliwości innego sposobu zagospodarowania tych odpadów niż odbiór przez ZUO Sp. z o.o. w Koninie. Na odbiór odpadów i ich unieszkodliwiania było prowadzone postępowanie przetargowe. W SWZ, w opisie przedmiotu zamówienia Szpital nie wskazywał sposobu zagospodarowania tych

⁵⁴ A) odbiór odpadów wyspecjalizowanym transportem Wykonawcy z punktów składowania odpadów (...),
b) utylizację odpadów z zachowaniem wymogów określonych w ustawie o odpadach oraz w ustawie Prawo Ochrony Środowiska,

odpadów, dopuszczając inne rozwiązania technologiczne i alternatywne sposoby unieszkodliwiania odpadów medycznych, zgodnie z obowiązującymi przepisami. Oferty składał jeden Wykonawca, tj. ZUO Sp. z o.o. w Koninie. Kierownik DHiE wskazała, że prawidłowość postępowania Szpitala w zakresie nieograniczania sposobu zagospodarowania tych odpadów i możliwości uzyskania korzystniejszych ofert potwierdza stanowisko zawarte w dokumencie Biura Analiz, Dokumentacji i Korespondencji Kancelarii Senatu Opinie i ekspertyzy OE-334 Warszawa 2021, aby nie ograniczać utylizacji tych odpadów do termicznego przekształcania w spalarniach odpadów niebezpiecznych. Jednak nadal w wielu opracowaniach specjalistów i ekspertów panuje opinia, że „w strumieniu odpadów medycznych i weterynaryjnych są rodzaje odpadów, które bezwzględnie powinny być unieszkodliwiane w spalarniach odpadów niebezpiecznych, dotyczy leków, w szczególności cytostatycznych i cytotoksycznych”.

(akta kontroli str. 294,330)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu nie zapewniono zapoznania się wszystkich pracowników z treścią wprowadzanych regulacji dotyczących odpadów medycznych przed ich wejściem w życie, tj. 1 stycznia 2019 r. Pierwsze szkolenie dla 42 pracowników na kierowniczych stanowiskach przeprowadzono w dniach 4-8 marca 2019 r..

Zgodnie ze standardami kontroli zarządczej - część D Komunikacja i informacja, pkt 16, osobom zarządzającym i wszystkim pracownikom należy zapewnić, w odpowiedniej formie i czasie, właściwe oraz rzetelne informacje potrzebne do realizacji zadań.

(akta kontroli str.21-67,74-76, 82-84,87, 159-170, 265)

2. Szpital nie dysponował danymi o masie odpadów o kodzie 18 01 82* wytworzonych w 2019 r., w związku z żywieniem pacjentów zakaźnych lub co do których istnieje podejrzenie o chorobę zakaźną. Przyczyną tego było powierzenie wykonawcy usługi całodziennego żywienia w Szpitalu również odbioru zużytych zestawów i sztućców oraz resztek pokarmowych z oddziału obserwacyjno-zakaźnego oraz z innych miejsc wskazanych przez personel zamawiającego, jeśli hospitalizowany pacjent był chory zakaźnie i unieszkodliwianie tych odpadów kosztem i staraniem własnym, z zapewnieniem odpowiednich warunków sanitarnych. Szpital nie dysponował także dokumentacją potwierdzającą wykazywanie tego odpadu w sprawozdawczości Podmiotu świadczącego usługę całodziennego żywienia. Postępowanie takie było niezgodne z art. 27 ust. 1 i 2 oraz ust. 5 Ustawy o odpadach, gdyż to Szpital jako podmiot prowadzący działalność medyczną był wytwórcą odpadów o kodzie 18 01 82* i na nim ciążyły obowiązki w zakresie gospodarowania wytworzonymi przez siebie odpadami.

(akta kontroli str.74-76, 81-84, 266)

3. Wniosek aktualizacyjny Szpitala złożony przez Dyrektora Szpitala do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w dniu 26 listopada 2019 r., nie zawierał informacji o wytwarzaniu odpadu o kodzie 18 01 82*. Dyrektor wyjaśnił, że w dacie składania aktualizacji wniosku Szpital, w myśl umowy z wykonawcą usługi żywienia pacjentów, nie wytwarzał odpadów o kodzie 18 01 82*.

NIK, powołując argumentację z powyższego punktu 2., wskazuje że nie Wykonawca usługi żywienia lecz Szpital był wytwórcą odpadów medycznych, w tym odpadu o kodzie 18 01 82*.

(akta kontroli str. 94-100, 266,624)

4. Stosowany w Szpitalu sposób klasyfikowania odpadów medycznych nie był zgodny z wymogami obowiązującego rozporządzenia w sprawie katalogu odpadów,

w zakresie pkt. 6.3.1 procedury dotyczącego odpadów o kodach 18 01 01, 18 01 04, 18 01 07, gdyż nie przewidziano użycia pojemników na narzędzia chirurgiczne i zabiegowe oraz ich resztki⁵⁵.

5. Magazynowane w kontenerze opisanym kodem 18 01 03* odpady medyczne zawarte w worku czerwonym, pomimo oznaczenia kontenera kodem odpadu oraz koloru czerwonego worka identyfikującego dany odpad, na naklejce nie zawierały informacji o kodzie odpadu, komórce organizacyjnej w której wytworzono te odpady, oraz danych umożliwiających ustalenie czasu ich magazynowania.

6. W 2021 i 2022 r. Szpital dopuścił do mieszania zakaźnych odpadów medycznych o kodzie 18 01 82* z odpadami o kodzie 18 01 03* i nie wykazywał odpadów o kodzie 18 01 82* wytwarzanych w lokalizacji przy ul. Poznańskiej 79. Według przekazanej przez kierownika DHiE wyjaśnienia firmy odpowiedzialnej za segregację i transport odpadów medycznych, w Szpitalu w latach 2021 i 2022 worki z odpadem medycznym 18 01 82* były gromadzone w workach zbiorczych z kodem 18 01 03*. W związku z powyższym w kartach odbioru odpadów medycznych i niebezpiecznych z oddziałów szpitalnych nie wykazywano odpadu z kodem 18 01 82*. Odpady te były przekazywane w workach zbiorczych z kodem 18 01 03*.

W kosekwencji, sprawozdanie sporządzone przez Szpital za 2021 r. nie zawierało danych o wszystkich rodzajach wytworzonych odpadów.

7. Skutkiem nie ewidencjonowania ilości wytwarzanych w Szpitalu odpadów o kodzie 18 01 82* w 2019 r., a w 2021 i 2022 r. z lokalizacji przy ul. Poznańskiej, prowadzona ewidencja odpadów zawierała dane niezgodne ze stanem faktycznym. W konsekwencji, sprawozdania sporządzone za lata 2019 i 2020 przez Szpital także nie zawierały wszystkich danych o wytworzonych odpadach.

IV. Uwagi i wnioski

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

Wnioski

1. Zapewnienie terminowego przeprowadzania szkoleń dla pracowników Szpitala realizujących procedury postępowania z odpadami, w tym medycznymi.
2. Dostosowanie sposobu klasyfikowania odpadów medycznych do wymogów obowiązującego rozporządzenia Ministra Klimatu w sprawie katalogu odpadów,
3. Zapewnienie oznaczenia opakowań zawierających odpady pełnymi danymi o kodzie, miejscu i czasie wytworzenia odpadów.
4. Uwzględnianie w ewidencji wszystkich wytwarzanych odpadów, w tym o kodzie 18 01 82* z uwzględnieniem lokalizacji ich wytwarzania.
5. Podjęcie działań w celu niedopuszczania do mieszania odpadów o kodzie 18 01 82* z odpadami o kodzie 18 01 03*.
6. Wykazywanie w sprawozdaniach wszystkich wytwarzanych odpadów według odpowiednich kodów.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

⁵⁵ odpady z kodu 18 01 01 inne niż wymienione w 18 01 03*, odpady z kodu 18 01 04 np. kieliszki po lekach obojętnych.

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
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i 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, 27 czerwca 2022

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontroler
Jacek Młynarczyk
Gł. specjalista k.p.

p.o. Dyrektor
dr Marcin Stefaniak

.....
podpis

.....
Podpis