



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.012.01.2022

**Pani
Regina Tokarz
Dyrektor
Szpitala Powiatowego
im. dr Tytusa Chałubińskiego
w Zakopanem
ul. Kamieniec 10
34 – 500 Zakopane**

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem, ul. Kamieniec 10, 34 – 500 Zakopane ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Regina Tokarz, dyrektor Szpitala od dnia 8 października 2003 r. ²
Zakres przedmiotowy kontroli	Postępowanie z zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym wytworzonymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2019 do dnia zakończenia czynności kontrolnych, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed lub po tym okresie
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie
Kontroler	Stefan Gados – doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr LRZ/76/2022 z 18 maja 2022 r. Cezary Paciura – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/75/2022 z 18 maja 2022 r.

(akta kontroli tom I str. 1-10)

¹ Dalej: Szpital

² Dalej: Dyrektor Szpitala

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

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że Szpital nie był odpowiednio przygotowany odnośnie właściwego postępowania z wytworzonymi na jego terenie zakaźnymi odpadami medycznymi, powstałymi również w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Powyższą ocenę uzasadniają stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości dotyczące naruszeń obowiązujących przepisów prawa w latach 2019 – 2022 (I kwartał).

Kwestie związane z postępowaniem na terenie Szpitala z wytworzonymi zakaźnymi odpadami medycznymi nie zostały ujęte w jego Regulaminach organizacyjnych obowiązujących w okresie objętym kontrolą. W niepełnym wymiarze zostały określone w opracowanej i wdrożonej w 2017 r. Procedurze Postępowania z Odpadami Medycznymi w Szpitalu oraz wprowadzonej w 2019 r. Instrukcji postępowania z odpadami, w tym medycznymi. NIK wskazuje jednak na niespójność zapisów dotyczących odpowiedzialności za postępowanie z zakaźnymi odpadami medycznymi w Procedurze Postępowania z Odpadami Medycznymi i Instrukcji postępowania z odpadami, w tym medycznymi, gdyż w tej pierwszej została ona przypisana pielęgniarkom oddziałowym, sprzętaczkom i kierownikowi Sekcji Higieny Szpitalnej, natomiast w Instrukcji Postępowania z Odpadami Medycznymi – ordynatorom, lekarzom kierującym oddziałami, kierownikom komórek organizacyjnych oraz pielęgniarce epidemiologicznej. Jako osoby odpowiedzialne za nadzór nad jej przestrzeganiem wskazano Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitala oraz Naczelną Pielęgniarkę. Zapisy te nie były z kolei spójne z zakresami obowiązków ww. osób, w których opisane zadania nie zostały wyszczególnione. W Szpitalu nie wyznaczono w sposób wystarczająco przejrzysty jednej osoby odpowiedzialnej za nadzór nad przestrzeganiem realizacji ww. procedur.

Sporządzono notatki służbowe zawierające informacje i zalecenia mające na celu zapobiegania rozprzestrzenienia się zakażeń SARS-CoV-2 w środowisku szpitalnym, ale nie uwzględniono w nich odpadów, które w ocenie NIK mogły stanowić istotne zagrożenie w przypadku niewłaściwego z nimi postępowania.

NIK ocenia, że nadzór kierownictwa Szpitala sprawowany z tytułu kontroli zarządczej nad pracownikami odpowiedzialnymi za czynności związane z postępowaniem z niebezpiecznymi odpadami medycznymi był niewystarczający, gdyż nie zapewniono zgodności działalności z przepisami prawa i procedurami wewnętrznymi oraz skuteczności i efektywności działania.

Szpital zgodnie z przepisami, w trybie zamówień publicznych, dokonał wyboru wykonawcy usług odbioru, transportu i zagospodarowania wytwarzanych odpadów medycznych.

Od października 2020 r. do końca marca 2022 r. Szpital świadczył opiekę zdrowotną dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2 i w związku z tym wytwarzał zakaźne opady medyczne.

Kontrola wykazała, iż Szpital nie segregował tych odpadów zgodnie z rozporządzeniem w sprawie katalogu odpadów jak również nie przestrzegał zapisów ustawy o odpadach medycznych gdyż mieszał zakaźne odpady medyczne różnych rodzajów, co skutkowało tym, iż w ewidencji nie wykazywał m.in. odpadów o kodzie 18 01 82* pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych.

W ocenie NIK działania takie uniemożliwiły sporządzenie rzetelnej sprawozdawczości o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami za lata 2020 – 2022.

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną, jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej. W niniejszym wystąpieniu sformułowano ocenę opisową.

Oględziny Magazynu odpadów medycznych, w których tymczasowo przechowywano odpady wytworzone przez Szpital wykazały, że na oznakowaniu identyfikacyjnym worków z odpadami medycznymi nie podano daty i godziny ich zamknięcia, zaś worki były zamknięte na tzw. supeł, co naruszało postanowienia rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi.

NIK negatywnie ocenia fakt, iż Szpital nie posiadał, tzw. windy „brudnej” przeznaczonej do transportu odpadów medycznych z oddziałów szpitalnych i innych jednostek organizacyjnych, a transport odpadów medycznych odbywał się windą ogólnodostępną, co było niezgodne z zapisami Instrukcji postępowania z odpadami medycznymi w Szpitalu.

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 COVID-19.

Opis stanu faktycznego

1.1. Zgodnie z dyspozycją § 55 ust. 4 pkt 1 regulaminu organizacyjnego Szpitala⁶ wprowadzonego Zarządzeniem Wewnętrznym Nr 36/2012 Dyrektora Szpitala z dnia 23 października 2012 r. do podstawowych obowiązków Pielęgniarki Epidemiologicznej należało opracowanie i wdrażanie procedur epidemiologicznych dotyczących postępowania z materiałem zakaźnym. Treść § 55 ust. 4 pkt 1 Regulaminu organizacyjnego Szpitala wprowadzonego Zarządzeniem Nr 44/2021 Dyrektora Szpitala z dnia 22 października 2021 r.⁷ stanowi, że do podstawowych obowiązków Pielęgniarki Epidemiologicznej należy m.in. opracowywanie i wdrażanie procedur epidemiologicznych dotyczących postępowania z materiałem zakaźnym. Według § 55 ust. 5 Regulaminu Pielęgniarka Epidemiologiczna organizuje oraz ponosi odpowiedzialność za stan zabezpieczenia Szpitala pod względem epidemiologicznym zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.

Dyrektor Szpitala Zarządzeniem Wewnętrznym nr 9/2019⁸ wprowadziła Instrukcję postępowania z odpadami, w tym medycznymi w Szpitalu. Zobowiązała ordynatorów, lekarzy kierujących oddziałami, kierowników komórek organizacyjnych do zapoznania podległego personelu z treścią tego zarządzenia i do bezwzględnej przestrzegania. Wykonanie Zarządzenia powierzyła: ordynatorom, lekarzom kierującym oddziałami, kierownikom komórek organizacyjnych oraz pielęgniarce epidemiologicznej, każdemu w swoim zakresie. Pracownicy poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala podpisali listy w których potwierdzili, że zapoznali się z treścią ww. dokumentu i zobowiązali się do jego stosowania. Nadzór nad realizacją Zarządzenia nr 9/2019 Dyrektor Szpitala powierzyła Zastępcy Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa oraz Naczelnej Pielęgniarce.

W Regulaminie nie określono jednostki organizacyjnej Szpitala/osoby, której przypisano zadania z zakresu sprawowania nadzoru nad właściwym i terminowym usuwaniem odpadów medycznych, zabezpieczeniem miejsc ich składowania, prowadzeniem karty przekazywania odpadów oraz karty ewidencji ich wytwarzania i przekazywania do unieszkodliwiania oraz sporządzania wymaganej sprawozdawczości.

(akta kontroli tom I str. 11-135)

W Procedurze postępowania z odpadami medycznymi w Szpitalu opracowanej przez Przełożoną Pielęgniarek Szpitala i zatwierdzonej przez Zastępcę Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa w dniu 28 listopada 2017 r. jako osoby odpowiedzialne za sprawowanie nadzoru nad procesem postępowania z odpadami medycznymi ze

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 Ujednoliconego po wcześniejszych zmianach Zarządzeniem Nr 44/2021 Dyrektora z dnia 22 października 2021 r., zwanego dalej: Regulaminem

⁷ Zarządzenie w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego Regulaminu Organizacyjnego Szpitala. W załączniku do tego Zarządzenia Dyrektor Szpitala ogłosił tekst jednolity Regulaminu Organizacyjnego Szpitala, wprowadzonego Zarządzeniem Wewnętrznym Nr 36/2012 r. z dnia 23 października 2012 r., z uwzględnieniem później dokonanych zmian, zwanego dalej Regulaminem.

⁸ Zarządzenie Wewnętrzne nr 9/2019 Dyrektora z dnia 30 kwietnia 2019 r. w sprawie postępowania z odpadami, w tym medycznymi w Szpitalu im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem, zwane dalej: Zarządzeniem Dyrektora w sprawie postępowania z odpadami w tym medycznymi, wprowadzające Instrukcję postępowania z odpadami, w tym medycznymi w Szpitalu zwaną dalej: Instrukcja.

strony Szpitala, zostały wyznaczone pielęgniarki oddziałowe oraz kierownik Sekcji Higieny Szpitalnej .

(akta kontroli tom I str. 136-146)

Zarządzeniem Wewnętrznym Nr 9/2019 r. z dnia 30 kwietnia 2019 r.⁹, którym Dyrektor Szpitala wprowadziła Instrukcję dotyczącą sposobu postępowania z odpadami medycznymi zobowiązała ordynatorów, lekarzy kierujących oddziałami, kierowników komórek organizacyjnych do zapoznania podległego personelu z treścią tego zarządzenia i do bezwzględnego przestrzegania. Wykonanie zarządzenia powierzyła: ordynatorom, lekarzom kierującym oddziałami, kierownikom komórek organizacyjnych oraz Pielęgniarsce Epidemiologicznej, każdemu w swoim zakresie. Nadzór nad realizacją ww. zarządzenia Dyrektor Szpitala powierzyła Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa oraz Naczelnej Pielęgniarsce.

(akta kontroli tom I str. 147-171)

W notatce służbowej nr 76/2020¹⁰ z dnia 13 października 2020 r. Dyrektor Szpitala w związku z panującą w powiecie tatrzańskim sytuacją epidemiologiczną oraz mając na uwadze Decyzję Nr 118 /2020 Wojewody Małopolskiego¹¹ przypomniała, że kwestie postępowania z odpadami wysoce zakaźnymi w Szpitalu reguluje Zarządzenie Wewnętrzne Nr 9/2019 Dyrektora Szpitala z dnia 30 kwietnia 2019 r. W notatce z dnia 13 października 2020 r. Dyrektor Szpitala m.in. zwróciła uwagę na odpady o kodzie 18 01 82* pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych dla których obowiązują takie same zasady, jak dla pozostałych grup odpadów wysoce zakaźnych. W załączeniu do notatki służbowej z dnia 13 października 2020 r. Dyrektor Szpitala przekazała wybrane treści z ww. Zarządzenia Nr 9/2019 r.¹², które stanowiły powtórzenie niektórych zapisów zawartych w obowiązującej od 2019 r. Instrukcji.

(akta kontroli tom I str. 172-181)

Obowiązująca od 28 listopada 2017 r. Procedura postępowania z odpadami medycznymi oraz obowiązująca od 1 maja 2019 r. Instrukcja, nie były aktualizowane od początku ich wprowadzenia do stosowania na terenie Szpitala. Dokumenty te nie zawierały w swojej treści żadnych uregulowań ani odniesień dotyczących COVID-19.

Notatką służbową nr 4 z dnia 3 marca 2020 r. Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wprowadziła instrukcję dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w związku z SARS-CoV-2. Do powyższej notatki jako instrukcję dla Szpitalnego Oddziału ratunkowego dołączono Informację Głównego Inspektora Sanitarnego dla szpitali w związku z dynamicznie rozwijającą się sytuacją epidemiologiczną związaną z szerzeniem się nowego koronawirusa SARS-CoV-2. Zobowiązała personel medyczny do zapoznania się z załączonymi do niniejszej notatki materiałami. Nadzór nad wykonaniem notatki służbowej powierzyła członkom Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych. Notatką służbową nr 13 z dnia 16 marca 2020 r. Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wprowadziła Schemat postępowania dla Zespołów Ratownictwa Medycznego – Algorytm postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2. Zobowiązała Kierownika Zespołu Ratownictwa Medycznego do zapoznania podległego mu personelu i stosowania.

⁹ Zwane dalej Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Nr 9/2019

¹⁰ Notatka służbowa Nr 76/2020 dotycząca postępowania z odpadami wysoce zakaźnymi.

¹¹ Decyzja Nr 118/2020 z dnia 9 października 2020 r. Wojewody Małopolskiego polecająca Szpitalowi, w ramach II poziomu zabezpieczenia świadczeń , realizację świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Wojewoda w ww. decyzji polecił Szpitalowi między innymi aby w okresie od 12 października 2020 r. do odwołania zabezpieczył 31 łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 .

¹² Załącznik do Notatki służbowej Nr 76/2020 Sposób postępowania z odpadami (wybrane fragmenty z „Instrukcji postępowania z odpadami, w tym medycznymi w Szpitalu Powiatowym im. dr Tytusa Chalubińskiego w Zakopanem”), zwaną dalej: Instrukcja

Notatką służbową nr 36 z dnia 21 kwietnia 2020 r. Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa w związku z sytuacją epidemiologiczną w kraju, związaną z koronawirusem SARS-CoV-2 przekazała Wytyczne zespołu konsultantów w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w zakresie działań mających na celu zapobieganie rozprzestrzeniania się zakażeń SARS-CoV-2 w środowisku szpitalnym z dnia 16.04.2020 r. Zobowiązała kierujących poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Szpitala do zapoznania podległego personelu w załączonych materiałami informacyjnymi i potwierdzenia zapoznania się na liście. Notatką służbową nr 40 z dnia 24 kwietnia 2020 r. Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa w związku z sytuacją epidemiologiczną w kraju, związaną z koronawirusem SARS-CoV-2 w imieniu Zespołu do spraw koordynacji działań w Szpitalu przekazała Instrukcję przyjmowania pacjenta do Szpitala obejmującą także zabiegi planowane/hospitalizację, wywiad telefoniczny przy przyjęciu pacjenta do planowanego zabiegu/hospitalizacji w czasie epidemii koronawirusa SARS-CoV-2, zgodę na wykonanie planowanego zabiegu/hospitalizacji w czasie epidemii koronawirusa SARS-CoV-2. Dokumenty wprowadzone ww. notatkami służbowymi Zastępcy Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa zawierały informacje i zalecenia mające na celu zapobieganie rozprzestrzenienia się zakażeń SARS-CoV-2 w środowisku szpitalnym. Nie zawierały one w swej treści sposobu postępowania z odpadami medycznymi wytworzonymi w trakcie leczenia pacjentów z COVID-19.

(akta kontroli tom I str. 182-231)

Regulamin w § 44a określa zadania do realizacji przez Dział Higieny Szpitalnej. W katalogu obowiązków przewidzianych dla tej komórki organizacyjnej nie ujęto czynności związanych ze zbieraniem, magazynowaniem i przekazywaniem zakaźnych odpadów medycznych do odbioru przez podmiot zajmujący się ich przetwarzaniem.

(akta kontroli tom I str. 103)

Szpital nie posiadał dokumentu w którym jednolicie określono sposób odpowiedzialności za postępowanie z odpadami medycznymi od momentu ich wytworzenia do przekazania odpadów podmiotowi zewnętrznemu w celu unieszkodliwienia. W okresie objętym kontrolą postępowanie z odpadami medycznymi regulowały jednocześnie obowiązujące uregulowania wewnętrzne tj.: Procedura postępowania z odpadami medycznymi oraz Instrukcja, których treść nie była spójna.

Procedura postępowania z odpadami medycznymi określała że pielęgniarka oddziałowa, sprzątaczką lub inny wyznaczony pracownik odpowiada za: segregację odpadów, zabezpieczenie odpadów, umieszczenie odpadów w miejscu do tego przeznaczonym. W Procedurze postępowania z odpadami medycznymi nie określono kto odpowiada za dalszy sposób postępowania z odpadami medycznymi. Zgodnie z powyższą Procedurą do zadań pielęgniarki oddziałowej należał bieżący nadzór nad przestrzeganiem zasad w niej określonych. Ponadto pielęgniarka oddziałowa odpowiadała za okresowe (nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy) organizowanie szkoleń podległego personelu, pracowników w zakresie postępowania z odpadami medycznymi.

Pracowników oddziałów Szpitala kierowano na szkolenia m.in. z zakresu odpadów medycznych. Zagadnienia te zostały opisane w pkt 1.2. wystąpienia pokontrolnego.

Według Instrukcji, Dział Higieny Szpitalnej na terenie Szpitala wykonuje zadania dotyczące odbioru odpadów medycznych, ewidencjonowania, tymczasowego przechowywania i przekazywania ich odbiorcy zewnętrznemu w celu unieszkodliwienia. Instrukcja nie określała kto odpowiada za sposób postępowania

z odpadami medycznymi przed odbiorem ich z komórki organizacyjnej Szpitala, na terenie której odpady zostały wytworzone¹³.

(akta kontroli tom I str. 136-171)

W zakresie obowiązków kierownika Działu Higieny Szpitalnej należały m.in. bieżące prowadzenie spraw dotyczących wywozu odpadów: prowadzenie wewnętrznego rejestru wywozu odpadów niebezpiecznych, nanoszenie wywiezionych w ciągu dnia odpadów do kartoteki zbiorczej, potwierdzanie wywozu odpadów, sporządzanie „Kart przekazania odpadów” i „Karty Ewidencji odpadów” w systemie BDO, sporządzanie miesięcznego zestawienia z ilości wywiezionych odpadów zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie oraz dla Działu Finansowo-Księgowego. Ponadto zakres obowiązków kierownika Działu Higieny Szpitalnej obejmował m.in. współpracę z firmami świadczącymi usługi dla Szpitala w zakresie wywozu odpadów medycznych.

(akta kontroli tom I str. 232-234)

W poddanych kontroli zakresach obowiązków lekarzy kierujących oddziałami: Chorób Wewnętrznych oraz Chirurgicznym Ogólnym z Pododdziałem Urologii sformułowano jedynie m.in. zapisy dotyczące nadzoru nad przestrzeganiem reżimu sanitarnego oraz stosowania się do wdrożonych systemów zarządzania jakością, brak było zapisów do sformułowanego w Zarządzeniu Dyrektora Nr 9/2019 w sprawie postępowania z odpadami, w tym medycznymi obowiązku powierzenia im wykonania tego zarządzenia.

(akta kontroli tom I str. 235-256)

W poddanych kontroli zakresach obowiązków: pielęgniarek oddziałowych oddziału Chorób Wewnętrznych oraz Oddziału Chirurgicznego Ogólnego z Pododdziałem Urologii brak było zapisów do sformułowanej w Procedurze postępowania z odpadami medycznymi ich odpowiedzialności za postępowanie z odpadami medycznymi.

(akta kontroli tom I str. 257-262)

W poddanych kontroli zakresach obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa oraz Naczelnej Pielęgniarki Szpitala brak było zapisów do sformułowanej w Zarządzeniu Dyrektora Szpitala Nr 9/2019 ich odpowiedzialności za nadzór nad realizacją Instrukcji.

(akta kontroli tom I str. 263-272)

1.2. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa posiada prawo wykonywania zawodu lekarza. Ponadto posiada uprawnienia specjalisty chorób wewnętrznych.

Naczelna Pielęgniarka Szpitala odbyła kurs doształcający z zakresu zakażeń szpitalnych i uczestniczyła w szkoleniu w temacie postępy w leczeniu zakażeń. Ponadto po odbytym szkoleniu uzyskała tytuł pielęgniarki specjalisty w dziedzinie organizacji i zarządzania.

Pielęgniarka Epidemiologiczna po odbyciu szkolenia specjalistycznego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego uzyskała tytuł pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego.

¹³ W pkt. 11 Instrukcji zapisano, że odebrane z oddziału lub innych komórek organizacyjnych odpady medyczne są pakowane przez pracownika Działu Higieny Szpitalnej w wyznaczonym do tego celu pomieszczeniu poza budynkiem Szpitala w opakowania zbiorcze i ważone (waga odpadów wpisywana jest do prowadzonego przez pracownika Działu rejestru w rozbiu na poszczególne oddziały i komórki organizacyjne oraz rodzaj odpadów). Na podstawie rejestrów sporządza się „Karty przekazania odpadu” oraz dokonuje stosownych wpisów w ewidencji odpadów. Odpady przekazywane są firmom odbierającym odpady do unieszkodliwienia lub odzysku według harmonogramu wywozu określonego umową lub na podstawie jednorazowego zlecenia wykonania usługi.

Kierownik Działu Higieny Szpitalnej ukończyła kurs kwalifikacyjny z zakresu technologii sterylizacji i dezynfekcji. Kierownik Działu Higieny Szpitalnej w okresie od 4 lutego 2014 r. do 28 lipca 2017 r. pracowała w Szpitalu na stanowisku operatora urządzeń ciśnieniowych i sterylizatorów parowych oraz posiadała długoletnie doświadczenie związane z postępowaniem z odpadami, w tym medycznymi.

W ramach przyjętego w Szpitalu Programu szkolenia podstawowego przy przyjęciu pracownika do pracy lub na odbycie stażu zawodowego przewidziano temat szkolenia z zakresu epidemiologii. Tematyka związana z postępowaniem z odpadami medycznymi stanowiła jeden z ośmiu punktów tego szkolenia. Odbycie przeszkolenia podstawowego przy przyjęciu pracownika do pracy było potwierdzane w liście obiegowej. Zaświadczenie potwierdzające takie szkolenie przekazywano do Działu Kadrowo-Płacowego Szpitala. W 2019 r. przeszkolono w tym zakresie dodatkowo 77 osób, w 2020 r. – 132 osoby, w 2021 r. – 97 osób, a w 2022 r. (wg stanu na 26 maja 2022 r.) – 65 osób. W latach 2019 – 2022 (do końca marca) na poszczególnych oddziałach Szpitala przeszkolono m.in. w temacie postępowania z odpadami medycznymi łącznie 128 pracowników. Przykładowo w dniu 9 września 2020 r. na Oddziale Wewnętrznym Szpitala zorganizowano szkolenie pracowników w tematach: Postępowanie po ekspozycji zawodowej na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał biologiczny, postępowanie z odpadami medycznymi. Listę obecności na tym szkoleniu podpisało 16 osób.

(akta kontroli tom I str. 273-354 i 382-445)

2.1. W badanym okresie opracowane w Szpitalu procedury dotyczące gospodarowania odpadami, które opisano w punkcie 1.1. wystąpienia pokontrolnego nie były aktualizowane w związku z pandemią COVID-19. Klasyfikacja odpadów określona w treści obowiązującej w Szpitalu Procedury postępowania z odpadami medycznymi nie była zgodna z obowiązującymi w tym zakresie unormowaniami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi¹⁴. W okresie od 12 października 2020 r. do 31 marca 2022 r. Szpital zgodnie z decyzjami Wojewody Małopolskiego był Szpitalem leczącym pacjentów z podejrzeniem i zakażeniem SARS-COV-2 w ramach II poziomu zabezpieczenia łóżek. W obowiązujących w Szpitalu dokumentach wewnętrznych regulujących sposób postępowania z odpadami medycznymi¹⁵ ujęto wszystkie rodzaje wytwarzanych odpadów w związku z działalnością leczniczą Szpitala. Biorąc pod uwagę sumę treści dwóch dokumentów (Procedura postępowania z odpadami medycznymi oraz Instrukcja) wprowadzone w Szpitalu wewnętrzne uregulowania określające przyjęty sposób postępowania z odpadami medycznymi były zgodne z wymogami określonymi w rozporządzeniu w sprawie postępowania z odpadami medycznymi, co do różnych opakowań, transportu wewnętrznego, sposobu przechowywania i przekazywania ich podmiotowi zewnętrznemu w celu unieszkodliwienia. Na podstawie analizy (osobno) każdego z ww. dokumentów regulujących jednocześnie sposób postępowania z odpadami medycznym na terenie Szpitala stwierdzono, że żaden z tych dokumentów nie spełniał wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie postępowania z odpadami medycznymi. Zarówno Procedura postępowania z odpadami medycznymi jak również Instrukcja nie opisywały w pełnym zakresie kto jest odpowiedzialny za poszczególne etapy i sposób postępowania z odpadami medycznymi na terenie Szpitala od momentu ich wytworzenia do przekazania podmiotowi zajmującemu się ich unieszkodliwieniem. Kwestia ta została szczegółowo opisana w pkt. 1.1. wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli tom I str. 11-135)

¹⁴ Dz. U. z 2017 r. poz.1975, zwane dalej: rozporządzenie w sprawie postępowania z odpadami medycznymi.

¹⁵ Tj. w Procedurze oraz Instrukcji

2.2. Jak opisano w pkt. 1.1. wystąpienia pokontrolnego, Dyrektor Szpitala jako osoby odpowiedzialne za nadzór nad realizacją procedury klasyfikacji odpadów i postępowania z nimi wyznaczył: Zastępcę Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa oraz Naczelną Pielęgniarkę.

2.3. Pracownicy Szpitala zostali zapoznani z przyjętym w wewnętrznych uregulowaniach sposobem postępowania z odpadami medycznymi wytworzonymi w związku z prowadzoną działalnością leczniczą. Bezpośredni przełożeni przekazywali podległym pracownikom przyjęte w Szpitalu procedury dotyczące sposobu postępowania z odpadami medycznymi. Na podstawie losowo wybranej grupy 20 pracowników Szpitala mających kontakt z odpadami medycznymi na oddziałach szpitalnych (lekarze, pielęgniarki, salowe) ustalono, że wszyscy pracownicy podpisali oświadczenia o zapoznaniu się z obowiązującymi wewnętrznymi uregulowaniami dotyczącymi sposobu postępowania z odpadami medycznymi.

(akta kontroli tom I str. 355-367)

3.1 – 3.3. Szpital nie dysponował instalacją do przetwarzania odpadów w związku z tym nie posiadał decyzji na wytwarzanie odpadów lub wytwarzanie i ich przetwarzanie.

3.4. Szpital posiadał aktualny wpis do rejestru bazy danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami ¹⁶pod numerem: 000001848.

(akta kontroli: tom I str. 368-373)

4.1. – 4.3. W 2019 r. w Szpitalu wytworzono 284,369 Mg odpadów, z tego 231,685 Mg (81,5%) komunalnych, 51,710 Mg (18,2%) medycznych oraz 0,962 Mg (0,3%) odpadów z grupy 16 01 i 0,012 Mg z grupy 16 05.

W 2020 r. Szpital wytworzył 269,651 Mg odpadów, z tego 210,050 Mg (77,9%) komunalnych, 54,281 Mg (20,1%) medycznych oraz 4,120 Mg odpadów z grupy 17 01 i 1,200 Mg z grupy 16 02 (odpowiednio 1,5% i 05%).

Spośród 54,279 Mg zakaźnych odpadów medycznych (99,9% odpadów medycznych) – 5,470 Mg (10,0%) stanowiły odpady z leczenia pacjentów zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2.

W 2021 r. w Szpitalu wytworzono 286,849 Mg odpadów, z tego 212,712 Mg (74,2%) komunalnych i 74,137 Mg (25,8%) medycznych, z czego 74,133 Mg (99,9% odpadów medycznych) stanowiły zakaźne odpady medyczne.

Spośród zakaźnych odpadów medycznych 20,640 Mg (27,8%) stanowiły odpady wytworzone w związku z leczeniem pacjentów zakażonych koronawirusem.

W I kwartale 2022 r. Szpital wytworzył 66,805 Mg odpadów, z tego 47,940 Mg (71,8%) komunalnych, 1,960 Mg (2,9%) z grupy 15 01 oraz 16,905 Mg (25,3%) odpadów medycznych, w tym 4,932 Mg (29,2%) odpadów zakaźnych powstałych w związku z leczeniem pacjentów zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2.

(akta kontroli tom II str. 1-3)

Zasady i sposób klasyfikowania odpadów medycznych, w tym zakaźnych odpadów, Dyrektor Szpitala ustaliła w: Procedurze postępowania z odpadami medycznym oraz w Instrukcji. W dokumentach tych nie określono zasad postępowania z odpadami wytworzonymi w związku z leczeniem pacjentów zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2. Odpady te – jak ustalono w kontroli – Szpital traktował jako odpady zakaźne. Ww. zagadnienia omówiono w pkt. 1.1., 5.1. – 5.2. i 6. wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli tom I str. 11-171)

¹⁶ Dalej: BDO

4.4. Odpady medyczne ze Szpitala, w tym wytworzone z związku z leczeniem pacjentów zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2, unieszkodliwiano spalaniem w Krakowie¹⁷, która należała do Spółki z o.o. ECO-ABC z Bełchatowa.

Według pozwolenia zintegrowanego¹⁸ Spalarnia posiadała instalacje do termicznego przekształcania odpadów składającą się z dwóch identycznych linii technologicznych o maksymalnej wydajności pracy 600kg/h, które pracowały w trybie ciągłym (przez 343 dni w roku). Ich dobową wydajność wynosiła 28,8 Mg. W instalacji zastosowano dwustopniowe spalanie odpadów (piroliza+dopalenie), a sterowanie urządzeniami odbywało się komputerowo.

W spalarni mogły być spalane odpady niebezpieczne i inne niż niebezpieczne, w tym odpady medyczne. Odpady medyczne miały być dostarczane w jednorazowych workach z polietylenu, umieszczane w kontenerach załadowniczych o pojemności 1.100 dm³ i bezpośrednio transportowane do miejsca unieszkodliwienia.

(akta kontroli tom II str. 490-547)

4.5. W okresie objętym kontrolą sposób ewidencji odpadów medycznych w Szpitalu określała Procedura postępowania z odpadami medycznym oraz Instrukcja.

Pracownik Działu Higieny Szpitalnej odbierał i ważył odpady medyczne wytworzone w oddziałach i innych komórkach organizacyjnych Szpitala. Dzienną ilość wytworzonych odpadów oraz nazwę oddziału lub komórki organizacyjnej pracownik Działu wpisywał do rejestru odpadów medycznych skażonych i do rejestru odpadów medycznych – tkanki.

W latach 2020 – 2021 r. pracownik Działu nie wpisywał kodów zakaźnych odpadów medycznych¹⁹, o których mowa w Procedurze postępowania z odpadami i w Instrukcji oraz w rozporządzeniu w sprawie katalogu odpadów. Kody odpadów w rejestrach pracownicy Działu wpisywali od 2022 r.

(akta kontroli tom I str. 11-171, tom II str. 4-25)

Z up. Dyrektora Szpitala Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru Stanisława Czubernat wyjaśniła, że w rejestrach odpadów nie było potrzeby umieszczania kodów odpadów ponieważ podano je w Procedurze postępowania z odpadami medycznymi. Dodatkowo w każdym brudowniku na tablicy informacyjnej umieszczono wykazy obowiązujących kodów, z czego mógł skorzystać pracownik Działu Higieny Szpitalnej odbierający odpady.

(akta kontroli tom II str. 26-27)

Kierownik Działu Higieny Szpitalnej Stanisława Kubicka wyjaśniła natomiast, iż pracownicy Działu do wewnętrznej rejestracji odpadów medycznych wykorzystywali załączniki do Procedury postępowania z odpadami medycznymi. Wprowadzony wzór nie uwzględniał kodów medycznych i dlatego informacja o kodzie odpadów nie została uwzględniona w prowadzonym wewnętrznym rejestrze odpadów medycznych. Pracowników Działu zapoznano z obowiązującymi procedurami i w związku z tym potrafili przypisać kody odpadów medycznych uwidocznionych na naklejkach do odpowiedniego załącznika do ww. Procedury. Załączniki służyły wyłącznie do ewidencji ilości zebranych odpadów z poszczególnych oddziałów i weryfikacji w kartach przekazanych odpadów.

(akta kontroli tom II str. 28-30)

¹⁷ przy ul. Dymarek 7, dalej: Spalarnia

¹⁸ Wydane przez Marszałka Województwa Małopolskiego z 31 grudnia 2013 r. ze zm.

¹⁹ 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 82*

Szpital prowadził ewidencję odpadów medycznych, w tym odpadów niebezpiecznych i zakaźnych. Zgodnie z postanowieniami art. 67 ust. 1 ustawy o odpadach²⁰, ewidencję prowadzono w postaci Karty ewidencji odpadów (KEO) i Karty przekazania odpadów (KPO).

W 2019 r. Szpital prowadził papierową ewidencję dla odpadów medycznych o kodach: 18 01 01, 18 01 02*, 18 01 03* i 18 01 06* zaś w latach 2020 – 2022 (I kwartał) za pośrednictwem indywidualnego konta BDO dla odpadów o kodach 18 01 02*, 18 01 03* i 18 01 09.

W okresie objętym kontrolą Szpital nie prowadził ewidencji odpadów o kodzie 18 01 04²¹, a w latach 2020 – 2022 (I kw.) ewidencji odpadów o kodzie 18 01 82* pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych

Analiza 53 KEO i KPO, z tego 6 z marca 2019 r. (po 3 o kodzie 18 01 02* i 18 01 03*) oraz 47 KPO z lat 2020 – 2022 prowadzonych w systemie BDO (8 o kodzie 18 01 02* i 39 o kodzie 18 01 03*) wykazała, iż ilość odpadów medycznych przekazanych do unieszkodliwienia była zgodna z ilością odpadów wytworzonych przez Szpital.

Wytworzone odpady medyczne, przekazywano do Spalarni, zaś potwierdzenia o unieszkodliwieniu odpadów w 2019 r. Szpital otrzymywał w dniu ich odbioru. Natomiast w latach 2020 – 2022 potwierdzenia o unieszkodliwieniu odpadów Szpital otrzymał w dwóch przypadkach w dniu ich przekazania, w 19 po upływie od 1 do 2 dni, w 20 po 3 – 4 dniach, a w 6 przypadkach przyjmujący otrzymanie odpadów potwierdził w KEO po upływie od 5 do 7 dni od ich zabrania.

(akta kontroli tom II str. 31-189, tom III str. 147)

Sprawozdanie o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami²² za 2019 r. Szpital przekazał Marszałkowi Województwa Małopolskiego²³ w dniu 28 października 2020 r., tj. w terminie określonym w ustawie o zmianie niektórych ustaw w zakresie działań osłonowych w związku z rozprzestrzenieniem się wirusa SARS-CoV-2²⁴.

Sprawozdania za lata 2020 i 2021 r. przedłożono Marszałkowi w terminie określonym w art. 76 ust. 1 ustawy o odpadach²⁵, tj. do 15 marca za poprzedni rok kalendarzowy.

Po przeprowadzonej w toku kontroli weryfikacji KEO i KPO, Szpital sporządził korektę sprawozdania o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami za rok 2021. Korektę sporządzono 2 czerwca 2022 r. i w tym samym dniu sprawozdanie przedłożono Marszałkowi.

Korekta sprawozdania wynikała z rozbieżności w ilości zakaźnych odpadów medycznych ujętych trzech KEO i KPO o kodzie 18 01 03*.

(akta kontroli tom II str. 190-292)

5.1. – 5.2. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Zakopanem podczas kontroli przeprowadzonej w grudniu 2021 r. sprawdziła m.in. sposób postępowania z odpadami medycznymi w Szpitalu, w tym z odpadami zakaźnymi, a także stan sanitarny Magazynu odpadów medycznych. Nieprawidłowości w tym zakresie nie stwierdziła.

(akta kontroli str. tom II str. 293-302)

²⁰ Ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz. U. z 2021 r. poz. 779 ze zm.), dalej: ustawa o odpadach

²¹ Kod odpadu 18 01 04, tj. inne odpady niż wymienione w 18 01 03 (opatrunki z materiału lub gipsu, pościel, ubrania jednorazowe, pieluchy)

²² Dalej: sprawozdanie

²³ Dalej: Marszałek

²⁴ Ustawa z dnia 14 maja 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie działań osłonowych w związku z rozprzestrzenieniem się wirusa SARS-CoV-2 (Dz. U. poz. 875 ze zm.)

²⁵ Ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz. U. z 2021 r. poz. 779 ze zm.), dalej: ustawa o odpadach

Kontrolerzy NIK sprawdzili sposób postępowania z odpadami medycznymi wytworzonymi w Szpitalu. W tym celu przeprowadzili oględziny dwóch oddziałów szpitalnych²⁶ oraz Magazynu odpadów medycznych.

Oględziny²⁷ wykazały, iż w oddziałach szpitalnych gromadzono odpady medyczne o kodzie 18 01 03*. Gromadzono je w miejscach ich powstawania, tj. w gabinetach zabiegowych, a w Oddziale Kardiologii również w Sali Intensywnego Nadzoru i na korytarzu. Zbierano je do plastikowych pojemników wielokrotnego użycia oraz do jednorazowych worków z folii polietylenowej koloru czerwonego, które umieszczono na stelażach. Ilość zebranych odpadów medycznych umożliwiała bezpieczne zamknięcie worków i pojemników.

Pojemniki i worki z odpadami posiadały widoczne oznakowania identyfikujące, o których mowa w § 6 rozporządzenia w sprawie sposobu postępowania z odpadami. Zawierały: kod odpadów medycznych w nich przechowywanych, nazwę i nr REGON Szpitala (wytwórcy odpadów medycznych), nr księgi rejestrowej wytwórcy odpadów medycznych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, a także datę i godzinę otwarcia, tj. rozpoczęcie użytkowania pojemnika i worka.

Oględziny wykazały, iż worek z odpadami medycznymi (zamknięty na tzw. supeł) przechowywany w „brudowniku” Oddziału Chirurgicznego Ogólnego z Pododdziałem Urologii, zawierał datę i godzinę zamknięcia worka.

W dniu oględzin żaden z pojemników i worków z odpadami medycznymi nie był przechowywany, dłużej niż 24 godziny od rozpoczęcia użytkowania.

Magazyn odpadów medycznych²⁸ znajdował się w parterowym budynku i spełniał wymagania określone w § 7 rozporządzenia w sprawie postępowania z odpadami. Posiadał niezależne wejście bez progu i był zabezpieczony przed dostępem osób nieupoważnionych. Na metalowych drzwiach zamykanych na zamek widniał napis „Magazyn odpadów medycznych” oraz piktogram „Zagrożenie epidemiologiczne”. Był również zabezpieczony przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt. Wyposażono go w wentylację i klimatyzację, a ściany i podłogę (z kratką ściekową) wyłożono płytkami, co umożliwiało zmywanie i dezynfekcję.

W dniu oględzin, termometr w Magazynie wskazywał 7 stopni Celsjusza. W pięciu zbiorczych pojemnikach kołowych przechowywano w czerwonych workach z folii polietylenowej odpady medyczne. W czterech pojemnikach przechowywano odpady o kodzie 18 01 03*, w jednym o kodzie 18 01 02*. Żaden z pojemników nie był zamknięty pokrywą, a worki w nich przechowywane zawiązano na tzw. supeł, a niektóre z nich nie były szczelnie zamknięte.

Wrywkowe sprawdzenie oznakowania identyfikacyjnego czterech worków z odpadami medycznymi o kodzie 18 01 03* (zamkniętymi na tzw. supeł) wykazało, że worki otwarto 1 czerwca br. ale na żadnym z nich nie podano daty i godziny zamknięcia worka z odpadami²⁹, co było niezgodne postanowieniami rozporządzenia w sprawie magazynowania odpadów.

Magazyn był wyposażony w wagę, a na ścianie umieszczono instrukcję bhp dot. postępowania z odpadami medycznymi oraz z zasadami magazynowania i transportu odpadów skażonych szkodliwym czynnikami zewnętrznymi.

Obok Magazynu znajdowało się oddzielne, zamykane pomieszczenie do mycia wózków transportujących odpady medyczne, które wyposażono m.in. w umywalkę z ciepłą i zimną wodą oraz środki do dezynfekcji. Stan sanitarny Magazynu nie budził zastrzeżeń.

²⁶ Oddział Kardiologiczny i Oddział Chirurgiczny Ogólny z Pododdziałem Urologii

²⁷ Przeprowadzone w dniu 2 czerwca 2022 r.

²⁸ Dalej: Magazyn

²⁹ z Oddziału Kardiologii, Oddziału Chirurgicznego Ogólnego z Pododdziałem Urologii, Laboratorium i z Oddziału Pediatryczno-Neonatologicznego.

Oględziny wykazały również, iż budynek główny Szpitala, w którym usytuowano oddziały szpitalne był wyposażony w dwie windy, lecz żadna z nich nie była oznaczona jako „brudna”.

(akta kontroli tom II str. 303-336)

W Regulaminie organizacyjnym nie wymieniono magazynu odpadów medycznych jak również nie wskazano kto sprawuje nadzór nad jego działalnością.

(akta kontroli tom I str. 11-135)

Z up. Dyrektora Szpitala Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru Stanisława Czubernat wyjaśniła, że pacjenci Szpitala nie prowadzili segregacji odpadów gdyż mieli wyłącznie dostęp do pojemników z odpadami komunalnymi zmieszany. Pojemniki na te odpady rozmieszczono w wydzielonych do tego celu miejscach, tj. w salach chorych oraz w ogólnodostępnych toaletach. Pacjenci Szpitala nie mają kontaktu z odpadami medycznymi, w tym zakaźnymi i dlatego nie byli informowani o sposobie postępowania z tymi odpadami.

Segregację odpadów medycznych prowadzą tylko pracownicy Szpitala, którzy przeszli szkolenie z zakresu prawidłowej segregacji odpadów. Każdy pracownik przed rozpoczęciem pracy przeszedł szkolenie podstawowe z zakresu postępowania z odpadami medycznymi. Za przeprowadzenie szkolenia była odpowiedzialna Pielęgniarka Epidemiologiczna, która swoim podpisem na karcie obiegowej potwierdzała fakt przeprowadzenia szkolenia.

Zagadnienie dot. szkolenia pracowników Szpitala omówiono w pkt 1.2. wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli tom III str. 2-3, 139-140)

6. W latach 2019 – 2022 odpady medyczne, w tym odpady zakaźne odbierała ze Szpitala Spółka z o.o. ECO-ABC z Belchatowa³⁰, którą wyłoniono w trybie przetargu nieograniczonego/podstawowego na podstawie przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych.

Szpital zawarł ze Spółką cztery umowy na odbiór (wraz z załadunkiem), transport i unieszkodliwianie odpadów medycznych z grupy 18 01 z zachowaniem ciągłości odbioru, tak aby nie stanowiły zagrożenia sanitarno-epidemiologicznego na rzecz Szpitala. W umowach określono szacunkowe ilości odbieranych odpadów medycznych, które mogły ulec zmianie (zmniejszeniu) oraz szacunkowe całkowite ich wartości.

W dniu 23 lutego 2017 r. Szpital zawarł trzyletnią umowę³¹ na odbiór odpadów medycznych z grupy 18 01, głównie 18 01 02 i 18 01 03³².

Przez cały okres umowy, Spółka miała odebrać nie więcej niż 154.800 kg odpadów, średnio w roku 51.600 kg (miesięcznie – 4.300 kg).

Całkowitą szacunkową wartość umowy ustalono na 245.760,48 zł brutto, a cenę ryczałtową za załadunek, odbiór, transport i unieszkodliwienie 1 kg odpadów medycznych w wysokości 1,47 zł netto (1,59 zł brutto).

(akta kontroli tom II str. 337-360)

W kontroli ustalono, iż Szpital nie posiadał umowy na odbiór, transport i unieszkodliwianie odpadów medycznych od 23 lutego do 2 marca 2020 r.

W tym okresie Szpital wytworzył 923,6 kg odpadów medycznych, z tego 907,8 kg o kodzie 18 01 03 oraz 16 kg o kodzie 18 01 02.

³⁰ Dalej: Spółka lub Wykonawca

³¹ Nr ZP/02/17 na okres od 23 lutego 2017 r. do 22 lutego 2020 r.

³² O których była mowa w rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 9 grudnia 2014 r. w sprawie katalogu odpadów (Dz. U. poz. 1923).

Z up. Dyrektora Szpitala Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru Stanisława Czubernat wyjaśniła, że brak obowiązującej umowy na odbiór i unieszkodliwienie odpadów wynikał z „powodu wydłużenia procedury rozstrzygnięcia postępowania przetargowego w związku z koniecznością ponownego ogłoszenia przetargu”.

W tym okresie odpady były przechowywane w Magazynie, w którym temperatura maksymalna nie przekraczała 10 stopni Celsjusza. Odpady przekazano do unieszkodliwienia w marcu 2020 r., tj. po zawarciu nowej umowy na odbiór, transport i unieszkodliwienie odpadów, co znalazło potwierdzenie w KPO.

(akta kontroli tom II str. 361-388)

Pozostałe trzy umowy na odbiór (wraz z załadunkiem), transport i unieszkodliwienie odpadów medycznych z grupy 18 01 (głównie 18 01 02* i 18 01 03*), Szpital zawarł ze Spółką na 12 miesięczne okresy.

W marcu 2020 r. zawarł umowę na odbiór odpadów medycznych w okresie od 3 marca 2020 r. do 2 marca 2021. Szacunkową ilość odpadów ustalono na 53.400 kg (miesięcznie 4.450 kg), a całkowitą wartość umowy na 399.090,24 zł brutto. Cena ryczałtowa za unieszkodliwienie 1 kg odpadów medycznych wyniosła 6,92 zł netto³³.

Kolejną umowę na odbiór zakaźnych odpadów medycznych Szpital zawarł na okres od 3 marca 2021 r. do 2 marca 2022 r. Wielkość odpadów medycznych (która mogła się zmniejszyć o 20%), oszacowano na 60.000 kg (średnio w miesiącu – 5.000 kg). Szacunkowa wartość umowy wyniosła 451.008,00 zł brutto, zaś cena ryczałtowa 1 kg zakaźnych odpadów medycznych – 7,5168 zł brutto.

Według aktualnie obowiązującej umowy na odbiór, transport i unieszkodliwienie odpadów medycznych Spółka w okresie od 3 marca 2022 r. do 2 marca 2023 r., miała odebrać nie więcej niż 73.200 kg odpadów medycznych (średnio 6.100 kg miesięcznie). Szacunkową wartość umowy ustalono na 558.925,92 zł brutto, a cenę ryczałtową za załadunek, odbiór, transport i unieszkodliwienie 1 kg odpadów medycznych w kwocie 7.6356 zł brutto.

(akta kontroli tom II str. 389-483, 548-561)

Faktycznie Spółka w latach 2019 – 2021 odebrała więcej odpadów niż określono w umowach. W latach 2019 r. – 2020 (do 22 lutego) Spółka odebrała 59.921 kg odpadów medycznych, w okresie: od 3 marca 2020 r. do 2 marca 2021 r. – 56.795 kg, od 3 marca 2021 r. do 2 marca 2022 r. – 75.601 kg, a w okresie od 3 marca do 31 marca 2022 r. – 4.716 kg zakaźnych odpadów medycznych.

(akta kontroli str. tom III str. 1)

W ww. umowach jak i w Specyfikacjach istotnych warunków zamówienia³⁴, Szpital zastrzegł sobie m.in. możliwość zmniejszenia odbioru zadeklarowanej ilości odpadów, a także częstotliwości ich odbioru, co nie stanowiło zmiany warunków umów.

Nie zawarto natomiast w nich uregulowań dotyczących odbioru przez Spółkę większej ilości odpadów medycznych ponad szacunkową wielkość określoną w umowach.

(akta kontroli tom II str. 337-352, 389-561)

Z up. Dyrektora Szpitala Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru Stanisława Czubernat wyjaśniała, że zgodnie z postanowieniem art. 140 ustawy Prawo zamówień publicznych³⁵ obowiązującym w dniu zawarcia umowy ZP/02/17 i ZP/02/20, ustawodawca wprowadził generalny zakaz rozszerzania przedmiotu zamówienia opisanego w SIWZ. Zakazem takim nie była objęta możliwość ograniczenia, zmniejszenia świadczenia wynikająca z umowy. Szpital dokonując opisu przedmiotu

³³ Z podatkiem 7,47 zł (8% podatku VAT)

³⁴ Dalej: SIWZ

³⁵ Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2164 ze zm.)

zamówienia przyjął zasadę, iż szacując ilość odpadów w poszczególnych postępowaniach przetargowych zwiększał ich ilość w celu zabezpieczenia się przed nieprzewidywalnym zwiększeniem odpadów. Zakładano też, że w przypadku znaczącego ich wzrostu umowa wygaśnie, a odpowiednio wcześniej zostanie przeprowadzone kolejne postępowanie przetargowe. Sytuacja zmieniła się od kiedy Szpital został zobowiązany do zapewnienia łóżek dla pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2, co skutkowało znacznym wzrostem ilości zakaźnych odpadów medycznych.

W związku z faktem, iż koniec umów zawartych w marcu 2020 r. i 2021 r. przypadał na okresy zwiększonej zachorowalności wśród personelu Szpitala, przetargi na odbiór odpadów medycznych nie były ogłoszone w takim czasie, aby było możliwe ich rozstrzygnięcie przed wyczerpaniem dotychczasowego limitu określonego w umowach.

Ww. wyjaśniła również, że Szpital zyskał na późniejszym podpisaniu umów na odbiór odpadów medycznych. Wszystkie odpady odbierane na podstawie umów zawartych w marcu 2020 r. i 2021 r. odbierano po starych stawkach, zaś nowe zawierano na mniej korzystnych warunkach.

(akta kontroli tom III str. 4-6)

W umowach nie podano w jakiej Spalarni będą unieszkodliwiane odpady medyczne wytworzone przez Szpital. Z ofert Spółki natomiast wynikało, iż odpady medyczne będą unieszkodliwiane na terenie województwa małopolskiego, tj. w Spalarni w Krakowie. Do ofert Spółka dołączyła kserokopie pozwoleń zintegrowanych na prowadzenie instalacji do termicznego przekształcania odpadów niebezpiecznych i innych niż niebezpieczne oraz zawiadomienia o nadaniu jej numeru rejestrowego w BDO.

Według SIWZ zakaźne odpady medyczne miały być unieszkodliwiane w instalacjach spełniających wymagania najlepszej dostępnej techniki i technologii (BAT) poprzez termiczne przekształcanie w spalarniach odpadów niebezpiecznych, tj. zgodnie z art. 95 ust. 2 ustawy o odpadach i posiadających wszelkie wymagane prawem pozwolenia i decyzje dopuszczające instalacje do eksploatacji.

Spółka nie dysponowała decyzją na zbieranie odpadów, ponieważ według jej pełnomocnika, odpady medyczne były bezpośrednio transportowane do miejsca ich unieszkodliwienia.

Według zapisów umów Spółka dysponowała niezbędnymi uprawnieniami do wykonywania usługi, tj. zezwoleniem do przetwarzania odpadów medycznych wydanym przez właściwy organ administracji publicznej, które na bieżąco powinno być aktualizowane i odnawiane z zachowaniem ciągłości.

Odbiór zakaźnych odpadów medycznych wraz z załadunkiem, transportem i unieszkodliwianiem miał się odbywać trzy razy w tygodniu (poniedziałek, środę i piątek) oraz dodatkowo w uzgodnionym terminie w okresie świąt i dni wolnych od pracy.

Osobą uprawnioną do przekazania odpadów był pracownik Działu Higieny Szpitalnej ale zapisu takiego nie było w zadaniach ww. Działu określonych w Regulaminie organizacyjnym Szpitala.

W ww. umowach zapisano, że Spółka była zobowiązana do bieżącego dokonywania stosownych wpisów w BDO w zakresie wystawionej przez Szpital KPO – „Zrealizowane przejęcie” i „Potwierdzony transport”. Podane ilości kilogramów i rodzaje odpadów wg. kodów, które zostały unieszkodliwione musiały być zgodne z ilościami i rodzajami odpadów (kodów) wynikającymi z wpisów dokonanych przez Szpital w KPO.

W przypadku konieczności dokonania wycofania lub odrzucenia PKO, Spółka zobowiązana została do telefonicznego powiadomienia o tym Szpitala oraz do potwierdzenia tej informacji na wskazany przez Szpital adres poczty e-mail.

(akta kontroli tom II str. 337-352, 389-561)

W kontroli ustalono, iż od 1 maja 2020 r. do końca kwietnia 2022 r. całodziennym kompleksowym żywieniem pacjentów Szpitala zajmował się podmiot zewnętrzny wyłoniony w trybie podstawowym na podstawie przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych.

Szpital zawarł z nim dwie umowy³⁶ na dostarczanie posiłków, tzw. catering.

Według Opisu przedmiotu zamówienia stanowiącego załącznik do umowy³⁷ (obowiązującej w okresie od 1 maja 2020 r. do 30 kwietnia 2021 r.) do jego obowiązków należało m.in. m.in. przygotowanie, dostawa posiłków do Szpitala, dostarczanie posiłku do łóżka pacjenta, odbiór pozostałości po konsumpcji z oddziałów, wyniesienie do zamkniętych pojemników (wyłożonych workami foliowymi koloru niebieskiego) w miejscach wskazanych przez Szpital oraz dalsze ich zagospodarowanie zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

Podmiot winien posiadać zezwolenie właściwego miejscowo Inspektora Sanitarno-Epidemiologicznego na prowadzenie działalności w zakresie zbiorowego żywienia w zakładach zamkniętych poszerzone o dostawę posiłków do Szpitala, tzw. catering. Oryginalne dokumenty podmiot miał okazywać na każde żądanie Szpitala.

Aneks nr 1 z 30 października 2020 r. zmieniono zapisy umowy. W związku z trwającą epidemią COVID-19 i przekształceniem Szpitala w przyjmujący zakaźnie chorych pacjentów oraz ze względu na fakt, iż w chwili ogłaszania postępowania przetargowego nie dało się przewidzieć takiej sytuacji, posiłki dla pacjentów musiały być wydawane w oddzielnych opakowaniach jednorazowego użytku, które następnie podlegały unieszkodliwieniu. W aneksie zapisano m.in. że dostarczanie opakowań na posiłki, ich porcjowanie i zapakowanie należało do firmy dostarczającej posiłki. W § 3 aneksu podano, że wchodzi on w życie „z dniem wejścia w życie z dniem zawarcia z mocą obowiązującą od dnia wejścia w życie Decyzji Nr 66/2020 (Polecenie 142/2020 Wojewody Małopolskiego tj. od dnia 15.09.2020 r.”

(akta kontroli tom III str. 54-102)

Z up. Dyrektora Szpitala Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru Stanisława Czubernat wyjaśniła, iż w okresie przed pandemią podmiot dostarczający posiłki dla pacjentów Szpitala zobowiązany został w umowie do zagospodarowania pozostałości po posiłkach pacjentów. W dacie zawarcia umowy (ZP/08/20) Szpital nie posiadał oddziałów zakaźnych, dlatego nie było potrzeby do wprowadzenia w umowie zapisów dotyczących zagospodarowania pozostałości z żywienia pacjentów tych oddziałów. W okresie gdy świadczone opiekę zdrowotną dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, to Szpital jako pierwotny wytwórca odpadów był odpowiedzialny za zagospodarowanie resztek jedzenia z oddziałów zakaźnych, co wynikało z obowiązujących przepisów prawa. W związku z tym nie było potrzeby wprowadzenia takich uregulowań w aneksie do umowy z 30 października 2020 r.

(akta kontroli tom III str. 51- 53)

Kolejną umowę Szpital zawarł z tym podmiotem na okres od 1 maja 2021 r. do 30 kwietnia 2022 r. W § 6 umowy podano, że jego obowiązków należało m.in. przygotowanie i transport posiłków oraz dostarczanie „posiłków do łóżka pacjenta”,

³⁶ ZP/08/20 z 29 kwietnia 2020 r. i ZP/05/21 z 28 kwietnia 2021 r.

³⁷ ZP/08/20 z 29 kwietnia 2020 r.

a w Opisie przedmiotu zamówienia stanowiącym załącznik do umowy podano, że „odpady po posiłkach chorych zakaźnie usuwane” są przez Szpital.

W okresie od 2 do 7 czerwca br. na Oddziale Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Urologii przebywało 2 pacjentów zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2.

Kierownik Działu Higieny Szpitalnej Stanisława Kubicka wyjaśniła, że od 1 kwietnia 2022 r. Szpital nie zabezpieczał łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 i nie posiadał już oddziałów zakaźnych. W związku z tym nie ma już obowiązku prowadzenia ewidencji odpadów o kodzie 18 01 82* pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych. Zgodnie z informacją na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia od 1 kwietnia br. pacjenci z potwierdzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 są traktowani jak pacjenci z każdą chorobą zakaźną nie wymagającą leczenia w oddziałach zakaźnych. W przypadku hospitalizacji pacjenta z potwierdzonym zakażeniem wirusa SARS-CoV-2, jest on izolowany od innych pacjentów, a wszystkie odpady z leczenia są traktowane jako odpady zakaźne. Biorąc pod uwagę powyższe należy podkreślić, że od 1 kwietnia br. Szpital nie posiada oddziałów zakaźnych i dlatego nie ma obowiązku oddawania odpadów z kodem 18 01 82* i prowadzenia ewidencji odpadów dla tego kodu.

(akta kontroli tom II str. 7-50, tom III str. 141)

7. W 2019 r. koszty związane z odbiorem, transportem i unieszkodliwianiem zakaźnych odpadów medycznych wyniosły 82,1 tys. zł, co stanowiło 0,11% kosztów działalności Szpitala.

W 2020 r. ww. koszty wyniosły 357,3 tys. zł, tj. 0,45% kosztów działalności Szpitala, w tym 40,9 tys. zł stanowiły koszty odbioru, transportu i unieszkodliwienia odpadów wytworzonych w związku z leczeniem pacjentów zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2, co stanowiło 0,0005 % kosztów działalności Szpitala i 11,4 % kosztów związanych z unieszkodliwianiem zakaźnych odpadów medycznych .

W 2021 r. koszty związane z odbiorem, transportem, unieszkodliwianiem zakaźnych odpadów medycznych wyniosły 556,8 tys. zł, co stanowiło 0,59% kosztów działalności Szpitala, w tym 154,9 tys. zł stanowiły koszty transportu i utylizacji zakaźnych odpadów medycznych w związku z leczeniem pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (0,002% kosztów działalności Szpitala i 27,8% kosztów związanych z unieszkodliwianiem zakaźnych odpadów medycznych).

W I kwartale 2022 r. koszty odbioru, transportu i unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych wyniosły 127,6 tys. zł (0,54% kosztów działalności Szpitala), w tym 37,1 tys. zł stanowiły koszty transportu i utylizacji zakaźnych odpadów medycznych w związku z leczeniem pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, co stanowiło 0,02% kosztów działalności Szpitala i 29,1% kosztów związanych z unieszkodliwianiem zakaźnych odpadów medycznych.

W okresie objętym kontrolą koszty odbioru i transportu i utylizacji zakaźnych odpadów medycznych wzrosły z 82,1 tys. zł w 2019 r. do 357,3 tys. zł w 2020 r. i do 556,8 tys. zł w 2021 r. W I kw. 2022 r. koszty wyniosły 127,6 tys. zł.

(akta kontroli tom III str. 103-105, 139-140)

Z upoważnienia Dyrektora Szpitala, Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru Stanisława Czubernat wyjaśniła, że na terenie województwa małopolskiego tylko jeden podmiot zajmował się transportem i unieszkodliwianiem odpadów medycznych. Ze względu na brak konkurencji, odbiorca odpadów dyktował warunki cenowe. Drastycznie wzrosła cena jednostkowa unieszkodliwiania 1 kg odpadów medycznych

z 1,5876 zł w 2019 r. do 7,4736 zł w 2020 r. W okresie od października 2020 r. do marca 2022 r. zwiększyła się ilość zakaźnych odpadów medycznych w związku z leczeniem pacjentów z podejrzeniem i lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, co również skutkowało wzrostem kosztów zagospodarowania odpadów medycznych.

(akta kontroli tom III str. 106-107)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Nieopracowanie jednolitego dokumentu regulującego w sposób szczegółowy procedury postępowania z odpadami medycznymi w zakresie ich selektywnego zbierania, transportu i wstępnego magazynowania .

Zgodnie z § 11 ust. 1 rozporządzenia w sprawie postępowania z odpadami medycznymi obowiązkiem podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych jest opracowanie szczegółowej procedury postępowania z odpadami medycznymi w zakresie ich selektywnego zbierania, transportu i wstępnego magazynowania.

Na terenie Szpitala w okresie objętym kontrolą sposób postępowania z odpadami medycznymi regulowały jednocześnie dwa dokumenty tj., obowiązująca od listopada 2017 r. Procedura postępowania z odpadami medycznymi i obowiązująca od maja 2019 r. Instrukcja. Żaden z tych dokumentów nie zawierał w swej treści szczegółowego sposobu w pełni opisującego postępowanie z odpadami medycznymi od czasu ich wytworzenia do momentu przekazania tych odpadów podmiotowi zewnętrznemu zajmującemu się unieszkodliwianiem. Szczegółowo to zagadnienie zostało opisane w punkcie 1.1. wystąpienia pokontrolnego.

Z upoważnienia Dyrektora Szpitala Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru Stanisława Czubernat wyjaśniła m.in., że biorąc pod uwagę konieczność uregulowania wszystkich kwestii dotyczących postępowania w szpitalu z odpadami, w tym odpadami medycznymi w jednym Zarządzeniu w najbliższym czasie zostanie dokonana aktualizacja Zarządzenia Wewnętrznego Nr 9/2019 Dyrektora Szpitala z dnia 30 kwietnia 2019 r. poprzez uzupełnienie treści dotyczących pełnego zakresu odpowiedzialności i sposobu postępowania z odpadami medycznymi.

(akta kontroli: tom I str. 374-378)

2. Niewskazanie w Regulaminie określającym strukturę organizacyjną Szpitala, komórki organizacyjnej/osoby sprawującej nadzór nad postępowaniem z zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym wytworzonymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.

W Regulaminie nie wskazano jednostki organizacyjnej/osoby, której przypisano zadania z zakresu sprawowania nadzoru nad właściwym i terminowym usuwaniem odpadów medycznych, zabezpieczeniem miejsc ich składowania, prowadzeniem kart przekazywania odpadów oraz karty ich wytwarzania i przekazywania do unieszkodliwienia oraz sporządzeniem wymaganej sprawozdawczości. W Regulaminie nie wymieniono również Magazynu odpadów medycznych jak również nie wskazano kto sprawuje nadzór nad jego działalnością.

Zgodnie z treścią pkt. 2.3 Standardów kontroli zarządczej stanowi m.in. że zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności poszczególnych komórek organizacyjnych jednostki oraz zakres podległości pracowników powinien być określony w formie pisemnej w sposób przejrzysty i spójny.

Z upoważnienia Dyrektora Szpitala kierownik Działu Organizacji i Nadzoru Stanisława Czubernat wyjaśniła m.in., że w Regulaminie nie uregulowano kwestii z zakresu sprawowania nadzoru nad właściwym i terminowym usuwaniem odpadów medycznych oraz zabezpieczeniem miejsc ich składowania, gdyż kwestie te regulują:

Zarządzenie Wewnętrzne Nr 9/2019 Dyrektora Szpitala z dnia 30 kwietnia 2019r. w sprawie postępowania z odpadami, w tym medycznymi w Szpitalu (...) oraz Procedura (...). Dla porządku prawnego kwestie te zostaną również uregulowane w planowanej aktualizacji Regulaminu Organizacyjnego.

(akta kontroli tom I str. 378)

3. Niedokonanie aktualizacji obowiązujących w Szpitalu sposobów (procedur) postępowania z odpadami medycznymi mimo pojawienia się w ostatnich latach istotnych okoliczności (pandemia COVID-19) uzasadniających taką potrzebę.

Obowiązujące w Szpitalu procedury dotyczące sposobu postępowania z odpadami medycznymi nie były zmieniane w okresie objętym kontrolą (Procedura obowiązywała od 2017 r., a Instrukcja od 2019 r.). Szpital nie posiadał w swojej strukturze oddziału chorób zakaźnych. Zgodnie z decyzją Wojewody Małopolskiego został przekształcony w Szpital leczący pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2. W tym czasie wzrosła ilość odpadów zakaźnych wytworzonych w na terenie Szpitala. Wobec powyższego w Szpitalu wystąpiły okoliczności szczególnego zagrożenia w zakresie zakażeń związanych z pandemią, które dotyczyło w stopniu niespotykanym do tej pory zarówno personelu jak też pacjentów. W tej sytuacji istotnym było odpowiednie do skali zagrożenia i zaistnienia nowych uwarunkowań zaktualizowanie procedur dotyczących postępowania z odpadami medycznymi.

Mając na uwadze powyższe na podstawie art. 5 ust. 1 ustawy o NIK, Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że brak aktualizacji obowiązujących w Szpitalu procedur dotyczących sposobu postępowania z odpadami medycznymi, w tym wytworzonymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 było działaniem nierzetelnym.

Z upoważnienia Dyrektora Szpitala Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru Stanisława Czubernat wyjaśniła m.in., że w celu uregulowania wszystkich kwestii dotyczących postępowania w szpitalu z odpadami, w tym odpadami medycznymi w jednym dokumencie, w najbliższym czasie Szpital przystąpi do aktualizacji instrukcji i procedury. Biorąc pod uwagę również okoliczności związane z COVID-19 zasadna jest aktualizacja procedur dotyczących sposobu postępowania z odpadami medycznymi.

(akta kontroli tom I str. 379)

4. Niedokonanie w zakresach obowiązków pielęgniarek oddziałowych Oddziału Chorób Wewnętrznych oraz Oddziału Chirurgicznego Ogólnego z Pododdziałem Urologii zapisów do sformułowanej w Procedurze postępowania z odpadami medycznymi ich odpowiedzialności za postępowanie z odpadami medycznymi na terenie oddziałów.

Zgodnie z obowiązującą od 2017 r. na terenie Szpitala Procedurą postępowania z odpadami medycznymi do zadań pielęgniarki oddziałowej należał bieżący nadzór nad przestrzeganiem zasad w niej określonych. Ponadto pielęgniarka oddziałowa odpowiadała za okresowe (nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy) organizowanie szkoleń podległego personelu, pracowników w zakresie postępowania z odpadami medycznymi. W poddanych kontroli zakresach obowiązków Pielęgniarek Oddziałowych Oddziału Chorób Wewnętrznych oraz Oddziału Chirurgicznego Ogólnego z Pododdziałem Urologii stwierdzono brak zapisów dotyczących ich odpowiedzialności za postępowanie z odpadami medycznymi na terenie oddziałów oraz obowiązku organizowania szkoleń w tym temacie dla podległego personelu .

Zgodnie z standardami kontroli zarządczej pkt. 2 i 3 Zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności poszczególnych komórek organizacyjnych jednostki oraz zakres podległości pracowników powinien być określony w formie pisemnej w sposób

przejrzysty i spójny. Aktualny zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności powinien być określony dla każdego pracownika.

Z upoważnienia Dyrektora Szpitala Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru Stanisława Czubernat wyjaśniła m.in., że pielęgniarka oddziałowa ponosi odpowiedzialność za obowiązki nałożone na nią zarządzeniami i procedurami, w tym określone w Procedurze Systemu Zarządzania Jakością QP-13/ŚO-01-Procedura postępowania z odpadami medycznymi. Dlatego nie było potrzeby powielania zapisów procedury w zakresie obowiązków pielęgniarek oddziałowych. Niemniej dla czytelności zakresów odpowiedzialności za wytwarzanie i gromadzenie odpadów medycznych, w najbliższym czasie zakresy obowiązków pielęgniarek oddziałowych zostaną w tym zakresie zaktualizowane.

(akta kontroli tom I str. 380)

5. Niedokonanie w zakresach obowiązków lekarzy kierujących Oddziałami Chorób Wewnętrznych oraz Chirurgicznym Ogólnym z Pododdziałem Urologii zapisów do sformułowanego w Zarządzeniu Wewnętrznym Nr 9/2019 Dyrektora Szpitala w sprawie postępowania z odpadami, w tym medycznymi obowiązku powierzenia im wykonania tego zarządzenia.

Zgodnie z treścią § 1 powyższego zarządzenia Dyrektor Szpitala wprowadziła Instrukcję postępowania z odpadami, w tym medycznymi w Szpitalu stanowiącą załącznik do zarządzenia. W § 3 zarządzenia Dyrektor Szpitala powierzyła ordynatorom, lekarzom kierującym oddziałami wykonanie zarządzenia.

Po analizie zakresów obowiązków lekarzy kierujących Oddziałami Chorób Wewnętrznych oraz Chirurgicznym Ogólnym z Pododdziałem Urologii stwierdzono, że nie zawarto zapisu precyzującego obowiązek wykonania tego zarządzenia, tj. wprowadzenia Instrukcji.

Ze standardu C10 kontroli zarządczej wynika, że jej dokumentację stanowią procedury wewnętrzne, instrukcje, wytyczne, dokumenty określające zakresy obowiązków i odpowiedzialności pracowników oraz inne dokumenty wewnętrzne. Zgodnie ze standardem dokumentacja powinna być spójna. Zgodnie z standardami kontroli zarządczej pkt. 2 i 3 Zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności poszczególnych komórek organizacyjnych jednostki oraz zakres podległości pracowników powinien być określony w formie pisemnej w sposób przejrzysty i spójny. Aktualny zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności powinien być określony dla każdego pracownika.

Z upoważnienia Dyrektora Szpitala Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru Stanisława Czubernat wyjaśniła m.in., że lekarz kierujący oddziałem odpowiada za pracę podległego personelu. Dlatego też odpowiada za wdrożenie w swoim oddziale wszystkich aktów wewnętrznych obowiązujących w Szpitalu. (...) Dlatego w zakresie obowiązków lekarzy kierujących oddziałami szpitalnymi nie zawarto zapisów do sformułowanego w Zarządzeniu Dyrektora w sprawie postępowania z odpadami, w tym medycznymi obowiązku powierzenia im wykonania tego zarządzenia. W najbliższym czasie do zakresów czynności lekarzy kierujących oddziałami Szpitala zostaną wprowadzone zapisy precyzujące ich odpowiedzialność na oddziale również w sferze odpadów medycznych.

(akta kontroli tom I str. 380)

6. Niedokonanie w zakresach obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitala oraz Naczelnej Pielęgniarki Szpitala zapisów do sformułowanej w Zarządzeniu Wewnętrznym Nr 9/2019 Dyrektora Szpitala w sprawie postępowania z odpadami, w tym medycznymi ich odpowiedzialności za postępowanie z odpadami medycznymi w Szpitalu.

W § 4 Zarządzenia Wewnętrznego Nr 9/2019 Dyrektora Szpitala w sprawie postępowania z odpadami, w tym medycznymi³⁸ w Szpitalu nadzór nad realizacją tego zarządzenia Dyrektor Szpitala powierzyła Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa oraz Naczelnej Pielęgniarsce Szpitala. Po analizie zakresu obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa oraz Naczelnej Pielęgniarki Szpitala stwierdzono, że nie dokonano w nich zapisów do sformułowanej w ww. zarządzeniu ich odpowiedzialności za postępowanie z odpadami, w tym medycznymi.

Zgodnie z standardami kontroli zarządczej pkt. 2 i 3 Zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności poszczególnych komórek organizacyjnych jednostki oraz zakres podległości pracowników powinien być określony w formie pisemnej w sposób przejrzysty i spójny. Aktualny zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności powinien być określony dla każdego pracownika.

Z upoważnienia Dyrektora Szpitala Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru Stanisława Czubernat wyjaśniła m.in., że w zakresach obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa oraz Naczelnej Pielęgniarki nie wprowadzono zapisów do (...) ich odpowiedzialności za postępowanie z odpadami medycznymi, gdyż zakres nadzoru i odpowiedzialności Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa w zakresie kierowania Szpitalem wynika bezpośrednio z Regulaminu Organizacyjnego Szpitala. Podobnie zakres nadzoru i odpowiedzialności Naczelnej Pielęgniarki za pracę pielęgniarek oddziałowych wynika z Regulaminu Szpitala. Niemniej dostrzegając wagę i istotność problemu postępowania z odpadami medycznymi, w tym w szczególności odpadami niebezpiecznymi oraz konieczność ustalenia kręgu osób odpowiedzialnych za prawidłowe postępowanie w tym zakresie, w najbliższym czasie planujemy uzupełnić zakresy obowiązków Naczelnej Pielęgniarki oraz Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa w tym zakresie.

(akta kontroli tom I str. 381)

7. Nieujęcie w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala w § 44a dotyczącym zadań dla Działu Higieny Szpitalnej obowiązków przewidzianych dla tej komórki organizacyjnej, tj. czynności związanych ze zbieraniem, magazynowaniem, przekazywaniem zakażonych odpadów medycznych do odbioru przez podmiot zajmujący się ich unieszkodliwianiem.

W Regulaminie Szpitala w § 44a określono zadania dla Działu Higieny Szpitalnej. Nie ujęto obowiązków związanych ze zbieraniem, magazynowaniem i przekazywaniem odpadów medycznych do odbioru przez podmiot zajmujący się ich unieszkodliwianiem. W pkt 11 Instrukcji zapisano, że za zbieranie odpadów medycznych z poszczególnych jednostek organizacyjnych Szpitala i dalszy proces postępowania z nimi włącznie z przekazaniem podmiotowi zajmującemu się ich unieszkodliwianiem odpowiada Dział Higieny Szpitalnej.

Zagadnienie to w sposób szczegółowy opisano w pkt 1.1. wystąpienia pokontrolnego.

Zgodnie z treścią art. 68 pkt.1 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych³⁹ celem kontroli zarządczej jest zapewnienie działalności zgodnie z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi oraz skuteczności i efektywności działania. Ze standardu C10 kontroli zarządczej wynika, że jej dokumentację stanowią procedury wewnętrzne, instrukcje, wytyczne, dokumenty określające zakresy obowiązków i odpowiedzialności pracowników oraz inne dokumenty wewnętrzne. Zgodnie ze standardem dokumentacja powinna być spójna. Zgodnie z standardami kontroli zarządczej pkt.2 i 3 Zakres zadań, uprawnień

³⁸ Wprowadzającego Instrukcję

³⁹ Dz.U.2009 nr 157 poz.1240

i odpowiedzialności poszczególnych komórek organizacyjnych jednostki oraz zakres podległości pracowników powinien być określony w formie pisemnej w sposób przejrzysty i spójny.

Z upoważnienia Dyrektora Szpitala Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru Stanisława Czubernat wyjaśniła m.in., że przeoczenie to zostanie naprawione przy najbliższej zmianie Regulaminu Organizacyjnego Szpitala. Pracownicy Działu Higieny Szpitalnej odpowiedzialni za zbieranie i magazynowanie odpadów medycznych mają w swoich zakresach obowiązków ujęte szczegółowe zadania związane ze zbieraniem, magazynowaniem, przekazywaniem zakażonych odpadów medycznych do odbioru przez podmiot zajmujący się ich przetwarzaniem.

(akta kontroli: tom I str. 381)

8. Niezgodne z zapisami ustawy o odpadach, klasyfikowanie odpadów o kodzie 18 01 04 oraz w latach 2020 – 2022 (I kwartał) odpadów o kodzie 18 01 82* pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych. Stwierdzono także ich mieszanie z innymi z odpadami medycznymi.

Odpadów o tych kodach Szpital nie wykazywał też w sprawozdaniach o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami.

Artykuł 4 ust. 1 ustawy o odpadach stanowił, iż odpady klasyfikuje się przez ich zaliczenie do odpowiedniej grupy, podgrupy i rodzaju odpadów uwzględniając m.in. źródło ich powstawania i właściwości powodujące, że odpady są niebezpieczne, natomiast według art. 66 ust. 1 tej ustawy, posiadacz odpadów obowiązany jest do prowadzenia na bieżąco ilościowej i jakościowej ewidencji odpadów zgodnie z katalogiem odpadów.

Na podstawie decyzji Wojewody Małopolskiego w okresie od października 2020 r. do końca marca 2022 r. Szpital świadczył opiekę zdrowotną dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2.

Z informacji Szpitala wynikało, iż w okresie od 12 października do 31 grudnia 2020 r. na oddziałach zakaźnych (COVID) Szpitala leczono 369 pacjentów, w 2020 r. – 870, a w I kwartale 2022 r. – 210 pacjentów.

(akta kontroli tom II str. 190-292, tom III str. 108, 142-146)

W wyjaśnieniu up. Dyrektora Szpitala Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru Stanisława Czubernat wyjaśniła, że w latach 2020 – 2022, tj. kiedy w Szpitalu przebywali pacjenci z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 wytwarzano zakaźne odpady medyczne o kodzie 18 01 82* pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych. Odpady te były „przekazywane firmie odbierającej odpady medyczne, jako wysoce zakaźne zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie procedurami.

Posiłki w oddziałach, w których byli leczeni pacjenci zakażeni wirusem SARS-Cov-2 wydawane były w pojemnikach jednorazowych i były rozdawane przez personel zatrudniony w Szpitalu: opiekunki medyczne, sanitariuszki lub w niektórych przypadkach przez pielęgniarki. Pojemniki (opakowania) z resztkami jedzenia były zbierane do czerwonych worków z oznaczeniem 18 01 03. Niestety personel Szpitala, któremu przyszło pracować w niezwykle trudnych warunkach (kilka godzin w kombinezonach ochronnych, maskach i przyłbicach) nie zwrócił uwagi na złe oznaczenie worków, w których składowane były pozostałości z żywienia pacjentów zakażonych. Podkreślić należy jednak że sposób postępowania z tymi odpadami jako wysoce zakaźnymi był taki sam jak dla odpadów o kodzie 18 01 82*. Błędnie prowadzona była jedynie ewidencja tych odpadów. Ewidencję prowadzono w grupie odpadów 18 01 03* zamiast 18 01 82*.*

Kierownik wyjaśniła też, iż Szpital w latach 2019 – 2022 (I kwartał) wytwarzał odpady medyczne o kodzie 18 01 04, które przekazywano Spółce jako odpady medyczne o kodzie 18 01 03. Brak „*prowadzenia ewidencji dla odpadów o kodzie 18 01 04 wynikał z błędnej interpretacji przepisów określających katalog odpadów oraz błędnego przyporządkowania tych odpadów do kodu 18 01 03*”.

(akta kontroli tom III str. 109-110, str. 147)

Artykuł 21 ust. 1 i 2 ustawy o odpadach, zakazuje mieszania odpadów niebezpiecznych różnych rodzajów, mieszania odpadów niebezpiecznych z odpadami innymi niż niebezpieczne, a także mieszania odpadów niebezpiecznych z substancjami, materiałami lub przedmiotami, w tym rozcieńczania substancji niebezpiecznych, natomiast dopuszcza się mieszanie odpadów niebezpiecznych różnych rodzajów, mieszanie odpadów niebezpiecznych z odpadami innymi niż niebezpieczne, a także mieszanie odpadów niebezpiecznych z substancjami, materiałami lub przedmiotami, jeżeli ich zmieszanie służy poprawie bezpieczeństwa procesów przetwarzania odpadów powstałych po zmieszaniu i jeżeli w wyniku prowadzenia tych procesów nie nastąpi wzrost zagrożenia dla życia i zdrowia ludzi lub środowiska.

9. Rozbieżności w ilości faktycznie wytworzonych odpadów medycznych, a ilością wykazaną w sprawozdaniu Szpitala za 2021 r.

W sprawozdaniu o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami za 2021 r., które Szpital przedłożył Marszałkowi w dniu 15 marca 2022 r. Szpital wykazał, iż wytworzył 73,3230 Mg odpadów o kodzie 18 01 03*. Faktycznie jak wynikało z KEO i KPO, Szpital wytworzył o 0,6250 Mg odpadów więcej niż wykazano w tym sprawozdaniu.

Nie zgodności stwierdzono w trzech KEO na podstawie których do systemu BDO nie wprowadzono łącznie 625 kg odpadów o kodzie 18 01 03*. Dotyczyło to kart 22 marca⁴⁰, 21 maja 2021 r.⁴¹ i 2 czerwca 2021 r.⁴²

(akta kontroli tom II str. 198-212)

W wyjaśnieniu z up. Dyrektora Szpitala Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru Stanisława Czubernat wyjaśniła, iż korekta sprawozdania z wytworzonych odpadów za rok 2021 wynikała z weryfikacji KEO i KPO podczas trwania kontroli. W związku ze zmianą osoby zajmującej się w 2021 r. wypełnieniem KPO oraz w związku z nieplanowanym długotrwałym zwolnieniem lekarskim osoby odpowiedzialnej za sprawozdawczość w zakresie odpadów, nie było możliwości przeszkolenia nowego pracownika w zakresie obsługi programu BDO. Dlatego też pracownik zajmujący się wpisywaniem KPO do BDO „*nie zaczytywał do systemu kart przekazania odpadów zatwierdzonych przez firmę odbierającą odpady*”.

(akta kontroli tom III str. 111-121)

10. Nieprzestrzeganie zasad postępowania z odpadami medycznymi, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt 6 i § 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych.

Oględziny Magazynu odpadów medycznych wykazały, iż na oznakowaniu identyfikacyjnym worków z odpadami medycznymi o kodzie 18 01 03* nie podano daty i godziny ich zamknięcia zaś niektóre z worków zawiązano na tzw. supeł, co uniemożliwiało jednorazowe (szczelne) zamknięcie.

(akta kontroli tom II str. 303-336)

⁴⁰ Nr 00040/2021/KPO/0001/000001848 na podstawie, której nie wprowadzono do BDO 602 kg odpadów wytworzonych

⁴¹ Nr 00073/2021/KPO/0001/000001848 na podstawie, której do BDO nie wprowadzono 20 kg odpadów wytworzonych

⁴² Nr 00079/2021/KPO/0001/000001848 na podstawie, której do BDO nie wprowadzono 3 kg odpadów wytworzonych

Z up. Dyrektora Szpitala Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru Stanisława Czubernat wyjaśniła, że worki z zakaźnymi odpadami medycznymi o kodzie 18 01 03*, które tymczasowo przechowywano w Magazynie, były „szczelnie zamknięte na supeł”. *Metoda zamykania worków na supeł jest powszechnie stosowana do szczelnego zamykania worków, w których przechowywane są odpady zakaźne*. Kierownik stwierdziła, iż być może lepszym i bardziej skutecznym sposobem szczelnego zamykania worków z odpadami zakaźnymi byłoby ich zgrzewanie, ale takie postępowanie mogłoby stwarzać zagrożenie dla pracowników.

Brak dań zamknięcia na niektórych workach przechowywanych w Magazynie spowodowany był „nieuwagą pracownika zajmującego się zamykaniem worków. Z pracownikami winnymi zaniedbań w tym zakresie zostały przeprowadzone rozmowy dyscyplinujące. Ponadto w najbliższym czasie zaplanowano przeprowadzenie szkolenia dla pracowników Działu Higieny Szpitalnej przypominające o zasadach postępowania z odpadami medycznymi, w tym w szczególności w zakresie sposobu oznakowania worków”.

(akta kontroli tom III str. 122- 124)

11. Brak windy „brudnej” służącej do transportu odpadów medycznych, w tym zakaźnych, o której mowa części IV Instrukcji z 2019 r. pkt 1 Szczegółowe zasady postępowania z odpadami zakaźnymi.

W budynku głównym Szpitala, w którym mieściły się oddziały szpitalne, w tym Oddział: Chirurgiczny Ogólny z Pododdziałem Urologii i Oddział Kardiologii transport odpadów medycznych, w tym zakaźnych odbywał się windą ogólnodostępną, co było niezgodne z zapisami części IV pkt 1 ppkt 21 Instrukcji, gdzie zapisano, że do transportu odpadu zakaźnych służyła „wyznaczona droga transportowa oraz winda „brudna”. *Zabrania się zwożenia odpadów zakaźnych drogami i windami „czystymi”, zaś według części IV pkt 9 ppkt 5 transport wewnętrzny odpadów odbywa się w sposób „uniemożliwiający narażenie na bezpośredni kontakt z tymi odpadami”.*

O powyższych zasadach Dyrektor Szpitala przypominała również w notatce służbowej z 13 października 2020 r. Z Instrukcją i notatką zapoznali się kierujący oddziałami szpitalnymi.

(akta kontroli tom II str. 303-336, tom III str. 125-136)

W wyjaśnieniu z up. Dyrektora Szpitala Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru Stanisława Czubernat wyjaśniła, że gdy Szpital zabezpieczał łóżka dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, jedną z wind wykluczono z użytku ogólnodostępnego i służyła do transportu odpadów (winda brudna).

Po wygaśnięciu decyzji Wojewody Małopolskiego o konieczności zabezpieczenia łóżek dla pacjentów zakażonych ww. wirusem, tj. od 1 kwietnia 2022 r., jedna z wind służyła do transportu personelu oraz pacjentów na i z bloku operacyjnego, a drugą ogólnodostępną transportowano m.in. odpady medyczne z oddziałów Szpitala do Magazynu.

(akta kontroli tom III str. 137-138)

IV. Wnioski

Wnioski

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

1. Opracowanie jednolitego dokumentu regulującego w sposób szczegółowy procedury postępowania z odpadami medycznymi w zakresie ich selektywnego zbierania, transportu i wstępnego magazynowania.
2. Dokonanie w zakresach obowiązków pracowników zapisów w zakresie ich odpowiedzialności za postępowanie z odpadami medycznymi zgodnie z odpowiednimi kompetencjami przypisanymi im w procedurach wewnętrznych Szpitala odnoszących się do tego obszaru.
3. Uwzględnienie w Regulaminie organizacyjnym Szpitala zadań dla jednostki organizacyjnej zajmującej się zbieraniem, magazynowaniem, przekazywaniem zakaźnych odpadów medycznych do odbioru przez podmiot zajmujący się ich unieszkodliwieniem.
4. Wskazanie w Regulaminie organizacyjnym Szpitala komórki organizacyjnej/osoby sprawującej nadzór nad postępowaniem z zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym wytworzonymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.
5. Przestrzeganie postanowień rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi, zwłaszcza poprzez wpisywanie na oznakowaniu identyfikującym daty i godziny zamknięcia worków, a także szczelne ich zamykanie uniemożliwiające rozszczelnienie lub otwarcie.
6. Zgodne ze stanem faktycznym klasyfikowanie i ewidencjonowanie odpadów medycznych wytworzonych przez Szpital, o których mowa w rozporządzeniu w sprawie katalogu odpadów.
7. Prowadzenie rzetelnej sprawozdawczości w zakresie wytwarzanych przez Szpital odpadów medycznych.
8. Dostosowanie transportu odpadów medycznych, w tym niebezpiecznych do wymogów określonych w Instrukcji z 2019 r. i w notatce służbowej Dyrektora Szpitala z października 2020 r.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Rzeszowie. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

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

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

Rzeszów, 7 lipca 2022 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie

Kontrolerzy:
Stefan Gados
doradca techniczny

Dyrektor
Wiesław Motyka

/-/

/-/

Cezary Paciura
gł. specjalista kontroli państwowej

/-/