



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Warszawie

LWA.410.004.04.2022

Pani
Agnieszka Kujawska-Misiąg
Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego
w Warszawie
ul. Wolska 37
01-201 Warszawa

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 Zakaźny w Warszawie, ul. Wolska 37, 01-201 Warszawa ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Agnieszka Kujawska-Misiąg, Dyrektor Szpitala ² od 23 marca 2009 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 (20.05.2022 r.), 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 Warszawie
Kontrolerzy	1. Wojciech Nędzi, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWA/40/2022 z 11.02.2022 r. 2. Monika Białogrodzka, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWA/72/2022 z 28.04.2022 r.

(akta kontroli str. 1-2)

¹ Dalej: Szpital.

² Dalej: Dyrektor.

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

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie posiadał wpis do rejestru wytwórców odpadów w bazie danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami⁵. W Szpitalu wdrożono procedurę postępowania z odpadami medycznymi, z którą zapoznano pracowników, jednak nie była ona w pełni zgodna z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi⁶. Wskazano komórki organizacyjne i osoby odpowiedzialne za nadzór nad postępowaniem z zakaźnymi odpadami medycznymi. Niemniej w Szpitalu nie zapewniono prawidłowego postępowania z zakaźnymi odpadami medycznymi, a nadzór w tym zakresie był nieskuteczny. Stwierdzono w szczególności, że w Szpitalu naruszono zasadę określoną w art. 21 ust. 1 ustawy dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach⁷, która zakazuje mieszania odpadów niebezpiecznych różnych rodzajów, łącząc razem odpady o kodach 18 01 03*, 18 01 02* i 18 01 82*, oznakowano i zamykano worki z odpadami medycznymi w sposób nieprawidłowy, umożliwiając ich ponowne otwarcie, a pomieszczenie do wstępnego magazynowania w Szpitalu odpadów medycznych nie spełniało wymogów rozporządzenia o odpadach medycznych.

W okresie objętym kontrolą Szpital nie złożył Marszałkowi Województwa Mazowieckiego sprawozdań o wytwarzanych odpadach i gospodarowaniu odpadami za lata 2019 i 2020. Obowiązek w tym zakresie został zrealizowany dopiero w trakcie kontroli NIK.

Szpital prawidłowo, w trybie zamówień publicznych, dokonał wyboru wykonawcy usług w zakresie odbioru, transportu i zagospodarowania wytwarzanych odpadów medycznych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym⁸ prowadzenie gospodarki odpadami, w tym niebezpiecznymi, na terenie Szpitala zostało przypisane do zadań Działu Technicznego. Kierownik Działu Technicznego⁹ był odpowiedzialny za monitorowanie gospodarki odpadami na terenie Szpitala. Zgodnie z Procedurą *Zasady postępowania z odpadami w Szpitalu*¹⁰ nadzorował prawidłowe prowadzenie ewidencji odpadów, ich prawidłową segregację i usuwanie, odpowiadał za gospodarkę odpadami niebezpiecznymi innymi niż odpady medyczne, jak również sprawował nadzór nad prawidłową realizacją procedury.

(akta kontroli str. 192-235, 249-260, 512-518, 618)

W Szpitalu funkcjonowało samodzielne stanowisko Pielęgniarki Epidemiologicznej, która w ramach obowiązków, współuczestniczyła w tworzeniu strategii działań

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

⁵ Zintegrowany system teleinformatyczny, w skład którego wchodzi funkcjonujący od dnia 24 stycznia 2018 r. Rejestr-BDO oraz moduły ewidencji i sprawozdawczości, dalej: BDO.

⁶ Dz. U. poz. 1975. Dalej: rozporządzenie o odpadach medycznych.

⁷ Dz. U. z 2022, poz. 699. Dalej: ustawa o odpadach.

⁸ Zarządzenie nr 36a/18 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie z dnia 28 września 2018 r., a następnie nr 45/21 z dnia 10 grudnia 2021 r. Dalej: Regulamin.

⁹ Dalej: Kierownik.

¹⁰ KZ/01/2018 z dnia 7 stycznia 2018 r., Wydanie III. Dalej także: Procedura.

Szpitala w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń wewnątrzszpitalnych, a także tworzyła i wdrażała związane z tym procedury. Odpowiadała również za ich koordynowanie i realizowanie, a także organizację i systematyczne prowadzenie szkoleń personelu w tym zakresie. W Procedurze określono odpowiedzialność Pielęgniarki Epidemiologicznej za gospodarkę odpadami medycznymi, a także nadzór nad prawidłowym stosowaniem Procedury w Szpitalu, jej weryfikację i ocenę.

W okresie objętym kontrolą, osoba zajmująca stanowisko Pielęgniarki Epidemiologicznej posiadała wyższe wykształcenie na kierunku pielęgniarskim, a także tytuł Pielęgniarki Specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego.
(akta kontroli str. 230-235, 254-257)

1.2. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu, zgodnie z § 11 rozporządzenia o odpadach medycznych, obowiązywała Procedura (z dnia 7 stycznia 2018 r.) określająca zasady postępowania z odpadami w Szpitalu, która klasyfikowała odpady na: medyczne (zakaźne, specjalne, medyczne inne niż niebezpieczne), bytowo-gospodarcze oraz inne.

Odpady medyczne określono jako powstające w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzeniem badań i doświadczeń naukowych w zakresie medycyny, według grup:

- zakaźne – niebezpieczne, które zawierają żywe mikroorganizmy lub ich toksyny, o których wiadomo, lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do przyjęcia, że wywołują choroby zakaźne u ludzi lub innych żywych organizmów. Zalicza się do nich: części ciała i organy, pojemniki na krew, zużyte materiały opatrunkowe, strzykawki, materiały medyczne, szpatułki, rękawiczki jednorazowe, dreny, sondy, kaniule, cewniki, ssaki, fartuchy jednorazowe, próbki do pobierania krwi, itp. igły, skalpele i inne ostre narzędzia jednorazowe oraz inne odpady zawierające żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny. To odpady o kodach 18 01 02* (z wyłączeniem 18 01 03*), 18 01 03* (z wyłączeniem 18 01 80* i 18 01 82*), a także 18 01 82*;
- specjalne – niebezpieczne, które zawierają substancje chemiczne, o których wiadomo lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do sądenia, że wywołują choroby niezakaźne u ludzi i żywych organizmów albo mogą być źródłem skażenia środowiska. Odpady o kodach 18 01 06*, 18 01 08* i 18 01 10*;
- pozostałe, medyczne inne niż niebezpieczne – to odpady medyczne nieposiadające właściwości niebezpiecznych. Są to odpady o kodach: 18 01 01 (z wyłączeniem 18 01 03*), 18 01 04, 18 01 07 (z wyłączeniem wymienionych w 18 01 06*), a także 18 01 09 (inne niż wymienione w 18 01 08*);

Ponadto, w szpitalu klasyfikowano odpady: inne – niewymienione wyżej i bytowo – gospodarcze.

Klasyfikacja odpadów była zgodna z Rozporządzeniem Ministra Klimatu z dnia 2 stycznia 2020 r. w sprawie katalogu odpadów¹¹.

Oprócz klasyfikacji odpadów, Procedura zawierała opis postępowania z odpadami medycznymi w zakresie ich selektywnego zbierania, transportu i wstępnego magazynowania, z podziałem na zakaźne, specjalne i pozostałe. Podział ten nie obejmował selektywnego zbierania odpadów medycznych według kodów odpadów (szczegółowo opisane w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości*).

Zgodnie z Procedurą odpady zakaźne o kodach 18 01 02*, 18 01 03* i 18 01 82*, z wyjątkiem odpadów o ostrych końcach i krawędziach, należało zbierać do worków koloru czerwonego z folii polietylenowej, nieprzezroczystych, wytrzymałych

¹¹ Dz.U. z 2020 r., poz. 10, dalej: rozporządzenie w sprawie katalogu odpadów.

i odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością ich jednokrotnego zamknięcia. Wypełnione co najwyżej w 2/3 objętości należało wymieniać na nowe nie rzadziej niż co 72 godziny. Zgodnie z Procedurą, każdy worek powinien posiadać (na etykiecie samoprzylepnej) widoczne oznakowanie rodzaju odpadu, miejsce jego pochodzenia, datę otwarcia i zamknięcia, ale bez podania godziny (szerzej w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości*).

Określono, że czas magazynowania odpadów zakaźnych nie może przekraczać 72 godzin w pomieszczeniach o temperaturze przekraczającej 10° C, a w niższej temperaturze mogą być magazynowane tak długo, jak pozwalają na to ich właściwości, jednak nie dłużej niż 30 dni, bez podziału na rodzaje odpadów wg kodów (szerzej w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości*).

Odpady pozostałe medyczne, inne niż niebezpieczne, tzn. nieposiadające właściwości niebezpiecznych należało traktować, jako odpady niebezpieczne i tak, jak zakaźne, zbierać do worków i pojemników w kolorze czerwonym.

(akta kontroli str. 227-235, 722-728)

Dla odpadów niebezpiecznych, innych niż medyczne¹² określono sposób postępowania ze wskazaniem m.in. miejsca składowania ww. odpadów, osób, które należy poinformować w przypadku wytworzenia danego rodzaju odpadu.

(akta kontroli str. 227-235)

Ww. Procedura, nie była aktualizowana w związku z pandemią COVID-19, gdyż z uwagi na drogę przenoszenia się wirusa SARS-CoV-2 postępowanie z odpadami medycznymi nie wymagało postępowania innego niż obowiązujące w Szpitalu.

(akta kontroli str. 273-276)

W związku z tym, że transport odpadów z oddziałów Szpitala do Magazynu Odpadów wykonywany był przez pracowników zewnętrznej firmy, świadczącej dla Szpitala usługi sprzątania, Kierownik wydał informację dotyczącą transportu i przechowywania odpadów. W informacji opisano sposoby postępowania z odpadami medycznymi i niemedycznymi. Pielęgniarka Epidemiologiczna corocznie przeprowadzała szkolenia dla pracowników zewnętrznej firmy, dotyczące m.in. higieny rąk, dezynfekcji pomieszczeń, stosowania środków ochrony osobistej, postępowania z odpadami, również w czasie epidemii COVID-19.

(akta kontroli str. 227, 270-282)

Zgodnie z Procedurą wszyscy pracownicy byli odpowiedzialni za jej prawidłowe stosowanie. Za nadzór nad prawidłowym stosowaniem Procedury przez podległy sobie personel odpowiadali lekarze kierujący danym oddziałem, kierownicy komórek organizacyjnych, a także Pielęgniarki Oddziałowe.

Każdego z pracowników zobowiązano do zapoznania się z Procedurą, a następnie do podpisania stosownego oświadczenia w tym zakresie. Badanie akt osobowych 20 losowo wybranych pracowników¹³ Szpitala wykazało, że zapoznali się oni z ww. Procedurą. Stosowanie Procedury przez pracowników Szpitala Pielęgniarka Epidemiologiczna weryfikowała podczas wykonywania przez nich czynności.

(akta kontroli str. 261-262, 273-276, 515-536, 574-579)

1.3. Marszałek Województwa Mazowieckiego, w dniu 5 października 2018 r. zawiadomił o nadaniu Szpitalowi numeru rejestrowego (000092992) i aktywacji konta BDO¹⁴.

Decyzją nr 180/OŚ/2016 z 18 lutego 2016 r. Prezydent miasta stołecznego Warszawy stwierdził wygaśnięcie decyzji własnej nr 688/OŚ/2008 z 3 lipca 2008 r., zmienionej

¹² Opisano i wymieniono odpady dla kodów: 09 01 03, 09 01 04, 13 03 06, 15 01 10, 16 06 01, 20 01 21, 18 01 06, 17 01 01, 09 01 07, 06 04 04, 16 02 11, 18 03 18, 16 02 13.

¹³ Badaniu poddano akta siedmiu lekarzy, dziewięciu pielęgniarek i pielęgniarzy oraz czterech salowych.

¹⁴ Baza danych o produktach i opakowaniach oraz gospodarce odpadami.

decyzjami nr 1285/OŚ/2009 z 9 grudnia 2009 r. i 911/OŚ/2010 z 25 października 2010 r. pozwalającej Szpitalowi na wytwarzanie odpadów. Odpady wytwarzane na terenie Szpitala w związku z prowadzoną działalnością, nie powstają w wyniku eksploatacji instalacji, gdyż Szpital takiej instalacji nie posiada.

(akta kontroli str. 236-237, 412-423)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie obowiązywało polecenie Wojewody Mazowieckiego dotyczące limitów wytwarzania odpadów, czy sposobu postępowania z nimi.

(akta kontroli str. 286-287)

1.4. W okresie objętym kontrolą Szpital wytworzył łącznie 675,7129 Mg odpadów, w tym 250,43 Mg odpadów komunalnych (37%), 419,3589 Mg odpadów medycznych (413,6584 Mg – odpadów zakaźnych, 4,9985 Mg – odpadów specjalnych, 0,702 Mg – innych niż niebezpieczne) – 62%, a także 5,924 innych odpadów (1%).

W poszczególnych latach Szpital wytworzył¹⁵:

- 2019 r. – 161,114 Mg odpadów, z czego 52,185 Mg odpadów komunalnych (32%), 106,985 Mg odpadów medycznych (66%), z czego 105,059 odpadów medycznych zakaźnych (98%);
- 2020 r. – 205,3595 Mg odpadów, z czego 79,065 Mg odpadów komunalnych (39%), 123,9145 Mg odpadów medycznych (60%), z czego 122,528 odpadów medycznych zakaźnych (99%);
- 2021 r. – 243,3014 Mg odpadów, z czego 88,155 Mg odpadów komunalnych (36%), 155,1464 Mg odpadów medycznych (64%), z czego 153,1174 odpadów medycznych zakaźnych (99%);
- 2022 r. – 65,938 Mg¹⁶ odpadów, w tym 31,025 Mg odpadów komunalnych (47%), 33,313 Mg odpadów medycznych (51%), z czego 32,954 odpadów medycznych zakaźnych (99%).

Zgodnie z powyższymi danymi, w kolejnych latach objętych kontrolą, zakaźne odpady medyczne stanowiły odpowiednio 65%, 60%, 63% i 50% wszystkich wytwarzanych w Szpitalu odpadów.

W Szpitalu nie prowadzono dodatkowej ewidencji odpadów wytworzonych w związku z leczeniem pacjentów zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2.

(akta kontroli str. 430-454, 511, 543-572, 620-721, 729)

Wytworzone w Szpitalu zakaźne odpady medyczne przekazywano, za pośrednictwem firmy transportującej do instalacji unieszkodliwiania zlokalizowanej w Płocku. W okresie objętym kontrolą, przy organizowanych przetargach, Szpital wymagał przedstawienia prawomocnych decyzji do prowadzenia instalacji unieszkodliwiania odpadów.

W okresie objętym kontrolą, do dnia obowiązywania wymogu, Szpital otrzymywał terminowo dokumenty potwierdzające unieszkodliwianie zakaźnych odpadów medycznych, jednak w okresie od stycznia do października 2019 r. (z wyłączeniem lipca 2019 r.) przekazywane odpady medyczne unieszkodliwiano w podmiocie zlokalizowanym w województwie lubuskim, innym niż wskazany w umowie nr PN/09UO/02/2017.

¹⁵ W związku z tym, że jednostką na podstawie której Szpital rozlicza odpady komunalne jest „kontener”, waga odpadów komunalnych została wyliczona na podstawie ilości oddanych kontenerów, gdzie w 2019 r., a także styczniu i lutym 2020 r. wagę odpadów zmieszanych dla jednego kontenera określono na 105 kg. Od marca 2020 r. odpady segregowano na frakcje, gdzie waga zawartości kontenera dla papieru i kartonów wyliczono na 75 kg, plastiku i metali na 70 kg, szkła na 135 kg, a także odpadów biodegradowalnych na 70 kg. W 2021 r. od sierpnia, a także w 2022 r. zmianie uległo przeliczanie odpadów zmieszanych na 80 kg, ze względu na zmianę kontenerów. Wagę pozostałych odpadów przeliczono jak opisano.

¹⁶ Wg stanu na 20 kwietnia 2022 r.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że unieszkodliwianie odpadów odbywało się w innym niż wskazanym umową podmiocie ze względów logistycznych, wynikających z konieczności zagwarantowania wykonania utylizacji odpadów zakaźnych w ustawowym czasie.

(akta kontroli str. 455-510, 609-613)

Pracownik Działu Technicznego na bieżąco ewidencjonował w systemie BDO, za pomocą Kart Ewidencji Odpadów (KEO) ilość i rodzaj wytworzonych odpadów.

Zgodnie z zawartymi umowami, firma transportująca odbierała ze Szpitala odpady medyczne codziennie (z wyłączeniem niedziel i dni świątecznych), które przed przekazaniem ważył pracownik Szpitala odpowiedzialny za transport wewnętrzny odpadów. Ewidencjonował masę i rodzaj przekazanych odpadów. Niezwłocznie po przekazaniu odpadów, dane o masie i rodzaju przekazanych odpadów ewidencjonowano w BDO za pośrednictwem Kart Przekazania Odpadów (KPO).

Roczne sprawozdania o wytwarzanych odpadach i gospodarowaniu odpadami, za lata 2019 i 2020 zostały sporządzone i przekazane Marszałkowi Województwa Mazowieckiego w trakcie kontroli NIK, tj. po terminie określonym w art. 76 ust. 1 ustawy o odpadach (szczegółowo opisano w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości*). Sprawozdanie za 2021 r. zostało złożone w terminie, tj. 15 marca 2022 r.

Ilość i rodzaj wykazanych w sprawozdaniu wytworzonych odpadów była zgodna z KEO, w systemie BDO.

(akta kontroli str. 430-454, 537-542, 620-721, 729)

1.5. W Szpitalu ewidencjonowano wytwarzanie odpadów o kodach 18 01 03*, 18 01 06*, 18 01 09, a także 18 01 08*. Nie wytwarzano odpadów medycznych o kodach 18 01 80*, jak i 18 01 81, gdyż zgodnie z uzyskanymi wyjaśnieniami, Szpital nie zajmuje się leczeniem uzdrowskowym. Nie wykazano wytwarzania odpadów o kodach 18 01 02* i 18 01 82*, co było niezgodne ze stanem faktycznym, o czym szerzej w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 270-276, 573-582, 599-603)

Odpady medyczne zbierano, zgodnie z Procedurą, w miejscu ich wytwarzania do worków w kolorze czerwonym umieszczonych w pojemnikach lub na sztywnych stelażach, oznaczonych przygotowaną samoprzylepną etykietą, na której umieszczono informacje o rodzaju i kodzie odpadów, dane Szpitala w postaci pełnej nazwy i adresu, REGONU, nr księgi rejestrowej, oraz właściwego urzędu wojewódzkiego. Etykieta posiadała miejsca do wpisania dat i godzin otwarcia i zamknięcia worka, nazwy oddziału, na którym powstały odpady oraz imienia i nazwiska osoby zamykającej worek. Wpisywane dane pozwalały na identyfikację osoby zamykającej worek, a także oddziału na którym powstały odpady.

Worki wymieniano dwa razy dziennie lub częściej (w zależności od potrzeb, tj. wypełnienia w 2/3 pojemności). Personel Szpitala uzupełniał na etykiecie datę otwarcia i zamknięcia worka, bez wpisywania godzin tych czynności, zawiązywał worki „na supeł” (szerzej w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości*) i przekazywał oddelegowanemu pracownikowi transportu wewnętrznego. Pracownik transportował worki w zamykanych kontenerach, następnie umieszczał w Magazynie Odpadów Medycznych. Magazyn ten posiadał niezależne wejście, był zabezpieczony przed dostępem osób nieupoważnionych, a także owadów, gryzoni i innych zwierząt, posiadał drzwi wejściowe bez progu, których szerokość i wysokość gwarantowała swobodny dostęp, a także możliwość ich otwarcia od wewnątrz. Pomieszczenie wyposażono w termometr, a także termostat sterujący urządzeniem chłodzącym, utrzymującym temperaturę poniżej 10° C. Ściany i podłogi magazynu wykonano z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję, których stan wskazywał na znaczne zużycie. Odpady medyczne przechowywano w workach,

w których zostały przetransportowane z oddziałów Szpitalnych. W pomieszczeniu nie wydzielono miejsc i nie zainstalowano wydzielonych i oznakowanych boksów dla poszczególnych rodzajów odpadów medycznych. Magazyn nie posiadał zabezpieczenia technicznego przed rozprzestrzenieniem się ewentualnych odcieków z przechowywanych odpadów, a znajdujący się w nim odpływ w postaci kratki, prowadził bezpośrednio do instalacji kanalizacyjnej (szerzej w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości*).

Nie stwierdzono przekroczeń czasu magazynowania odpadów.

(akta kontroli str. 573-582, 591-597, 610-613)

W Szpitalu nie prowadzono segregacji odpadów pochodzących od pacjentów, wszyscy pacjenci w Szpitalu traktowani byli jak chorzy zakaźnie. W związku z tym w Szpitalu nie wykazywano wytwarzania odpadów o kodzie 18 01 82* – pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych, które umieszczano w workach z oznaczeniem odpadów o kodzie 18 01 03* (szerzej w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 270-276, 573-582)

1.6. W okresie objętym kontrolą Szpital zawarł cztery umowy z konsorcjum firm EMKA S.A. z siedzibą w Żyrardowie i Saba Sp. z o.o. z siedzibą w Płocku w zakresie odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych o kodach: 18 01 03*, 18 01 09, 18 01 06* i 18 01 08*)¹⁷, tj.:

- nr PN/09UO/02/2017 z dnia 21 marca 2017 r. na okres 3 lat, o wartości 514 748,52 zł obejmująca 333,3 Mg odpadów niebezpiecznych;
- nr PN/02UO/02/2020 z dnia 9 marca 2020 r. na okres 12 miesięcy tj. od 21 marca 2020 r. do 20 marca 2021 r., o wartości 843 696 zł (brutto) obejmująca 111,6 Mg odpadów niebezpiecznych. Aneksem z 8 marca 2021 r. przedłużono termin obowiązywania umowy do 20 kwietnia 2021 r., przy zwiększeniu przedmiotu i wartości umowy o 10%, tj. do 122,760 Mg i wartości 928 065,6 zł;
- nr TP/05UO/04/2021 z dnia 21 kwietnia 2021 r. na okres 9 miesięcy tj. od 21 kwietnia 2021 r. do 20 stycznia 2022 r., o wartości 944 460 zł (brutto) obejmująca 116,6 Mg odpadów niebezpiecznych. Aneksem z 17 grudnia 2021 r. przedłużono termin obowiązywania umowy do 20 lutego 2022 r., przy zwiększeniu przedmiotu i wartości umowy o 10%, tj. do 128,26 Mg i wartości 1 038 906 zł;
- nr PN/33UO/12/2021 z dnia 17 lutego 2022 r. na okres 12 miesięcy tj. od 21 lutego 2022 r. do 20 lutego 2023 r. o wartości 1 429 034,40 zł (brutto) obejmująca 147,02 Mg odpadów niebezpiecznych.

Zgodnie z Rejestrem BDO, w okresie obowiązywania umowy nr PN/02UO/02/2020 Szpital przekazał do unieszkodliwiania o 46,4 Mg odpadów o kodzie 18 01 03* więcej niż określono w umowie (z uwzględnieniem zawartego aneksu). Koszt przekazania nadwyżki wyniósł 349 295 zł (38%), co było zgodne z art. 144 ust. 1 pkt 3 pzp¹⁸.

Kierownik Działu Technicznego wyjaśnił, że podczas realizacji zawartych umów, nie monitorowano na bieżąco ilości przekazywanych odpadów.

(akta kontroli str. 15-23, 604-608, 614-617)

Wyboru wykonawcy usług w zakresie odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów w latach 2017 – 2022 dokonano w trybie przetargu nieograniczonego oraz w trybie podstawowym zgodnie odpowiednio z pzp i nowym pzp¹⁹. Kryteriami wyboru

¹⁷ Odpady o kodzie 18 01 08 zawarto jedynie w Umowie PN/33UO/12/2021.

¹⁸ Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm.) dalej: pzp.

¹⁹ Ustawa z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129, ze zm.) dalej: nowe pzp.

ofert we wszystkich postępowaniach były: cena, czas reakcji na zgłoszenie oraz ilość pojazdów specjalistycznych, którym nadano zróżnicowane wagi procentowe.

Warunkiem udziału w ww. postępowaniach o udzielenie zamówień publicznych było posiadanie zezwolenia/decyzji właściwego terytorialnie organu administracji publicznej na prowadzenie działalności dotyczącej gospodarki odpadami objętymi przedmiotem zamówienia w zakresie odbioru, transportu i utylizacji, wydane zgodnie z ustawą o odpadach, aktualnej licencji na wykonanie krajowego transportu drogowego lub zaświadczenia na potrzeby przewozu własnego zgodnie z ustawą o transporcie drogowym oraz posiadanie certyfikatów ADR dla kierowców świadczących usługi transportu odpadów niebezpiecznych. Wykonawca musiał również wykazać wykonanie kompleksowych usług odbioru, transportu i utylizacji odpadów. Wybrany wykonawca spełnił wszystkie ww. wymagania.

(akta kontroli str. 11-23, 238-246, 619)

1.7. Koszty odbioru i zagospodarowania zakaźnych odpadów medycznych w poszczególnych latach objętych kontrolą wyniosły: 2019 r. – 165 227,63 zł; 2020 r. – 802 353,98 zł (wzrost o 386%); 2021 r. – 1 220 291,46 zł (wzrost o 52%), a w pierwszym kwartale 2022 r. – 234 342,72 zł. Wzrost kosztów odbioru i zagospodarowania zakaźnych odpadów medycznych wynikał z rosnących cen rynkowych usług świadczonych przez firmy w ww. zakresie oraz epidemii spowodowanej koronawirusem SARS-CoV-2.

(akta kontroli str. 283-287)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Obowiązująca w Szpitalu Procedura postępowania z odpadami medycznymi, była niezgodna z obowiązującymi przepisami, tj.:
 - sposób postępowania z odpadami medycznymi w zakresie ich selektywnego zbierania, transportu i wstępnego magazynowania został określony w podziale na odpady zakaźne, specjalne i pozostałe, a nie w podziale na kody odpadów, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie katalogu odpadów;
 - warunki przechowywania były takie same dla odpadów o kodach 18 01 02*, 18 01 03* oraz 18 01 82*, tj. w temperaturze poniżej 10°C do 30 dni, natomiast zgodnie z § 8 rozporządzenia o odpadach medycznych odpady o kodzie 18 01 02* przechowuje się w temperaturze do 10° C, nie dłużej niż 72 godziny;
 - nie określono wymogu wpisywania godziny otwarcia (rozpoczęcia użytkowania) i zamknięcia worka z odpadami medycznymi, co było niezgodne z § 6 ust. 1, pkt 5 i 6 rozporządzenia o odpadach medycznych.

Pielęgniarka Epidemiologiczna wyjaśniła, że Procedura została przygotowana w oparciu o obowiązujące akty prawne, ale też z uwzględnieniem obserwacji i specyfiki Szpitala w oparciu o przystępność treści oraz minimalizowanie błędów w segregowaniu odpadów w środowisku pacjentów. Ponadto zwróciła uwagę, że w Szpitalu funkcjonuje przygotowana samoprzylepna etykieta, która uwzględnia datę i godzinę otwarcia i zamknięcia pojemnika lub worka, a obowiązująca procedura nie sugeruje pominięcia godziny. Dodała, że obecnie prowadzone są prace nad nowelizacją procedury, a przy jej aktualizacji, do treści dołączony zostanie wzór etykiety.

NIK nie podziela powyższych wyjaśnień, gdyż obowiązujące procedury powinny precyzyjnie określać sposób postępowania z odpadami medycznymi, jak też być w pełni zgodne z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu o odpadach medycznych. Na skutek braku w Procedurze zapisów mówiących o konieczności

oznakowania worka godziną jego otwarcia i zamknięcia, pracownicy Szpitala nie wpisywali tych danych na etykietce na worku.

(akta kontroli str. 227-235, 591-597, 598-603)

2. W Szpitalu nie dokonywano selektywnego zbierania i nie ewidencjonowano wytworzonych odpadów zgodnie z katalogiem odpadów, tj. odpady o kodach 18 01 02* i 18 01 82* zbierano do pojemników oznaczonych kodem 18 01 03*, co było niezgodne z art. 21 ustawy o odpadach, który zakazuje m.in. mieszania odpadów niebezpiecznych różnych rodzajów oraz z art. 66 ust. 1 w zw. z art. 4 ust. 3 ustawy o odpadach, zgodnie z którym posiadacz odpadów obowiązany jest do prowadzenia na bieżąco ilościowej i jakościowej ewidencji odpadów, zgodnie z katalogiem odpadów.

Pielęgniarka Epidemiologiczna wyjaśniła, że wszyscy pacjenci traktowani byli jak chorzy zakaźnie, a w strefie pacjenta chory miał dostęp tylko do pojemnika na odpady zakaźne (worki czerwone). W Szpitalu przyjęto, że kod odpadów pochodzących od pacjenta to 18 01 03*. Natomiast odpady o kodzie 18 01 02* w Szpitalu potraktowano jako związane z leczeniem krwią, kwalifikując próbki z krwią do odpadów o kodzie 18 01 03*.

NIK nie zgadza się z powyższymi wyjaśnieniami, gdyż traktowanie jako zakaźnych wszystkich odpadów pochodzących od pacjentów, nie wyklucza ich segregacji zgodnie z katalogiem odpadów. Odpady o kodzie 18 01 02*, zostały określone jako „Części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwaty służące do jej przechowywania (z wyłączeniem 18 01 03)” i w taki sposób powinny być traktowane. Należy zauważyć, że zasady magazynowania odpadów medycznych o kodzie 18 01 02* są bardziej restrykcyjne niż dla odpadów o kodzie 18 01 03*. Stosowany w Szpitalu sposób klasyfikowania odpadów medycznych prowadził do mieszania odpadów niebezpiecznych różnych rodzajów i stwarzał ryzyko przechowywania odpadów niezgodnie z warunkami określonymi w § 8 rozporządzenia o odpadach medycznych. Konsekwencją powyższego sposobu postępowania było niewykazywanie w rocznych sprawozdaniach o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami faktycznie wytworzonych odpadów w Szpitalu o kodach 18 01 02* i 18 01 82*.

(akta kontroli str. 270-276, 573-582, 598-603)

3. Sprawozdania o wytwarzanych odpadach i gospodarowaniu odpadami skierowane do Marszałka Województwa Mazowieckiego, za rok 2019 i 2020, Szpital złożył w dniu 12 kwietnia 2022 r., tj. odpowiednio ponad dwa lata i rok po terminie określonym w art. 76 ust. 1 ustawy o odpadach.

Kierownik wyjaśnił, że pracownik odpowiedzialny za ewidencję odpadów pominął obowiązek przekazania sprawozdania, wychodząc z błędnego założenia, że sprawozdanie zostanie automatycznie wygenerowane w systemie BDO. Pracownik przekazał sprawozdania niezwłocznie po uzyskaniu informacji o konieczności takiego działania.

(akta kontroli str. 430-454, 537-542)

4. Magazyn odpadów medycznych nie posiadał technicznego zabezpieczenia przed rozprzestrzenianiem się magazynowanych odpadów medycznych, obejmującego również gromadzenie ewentualnych odcieków z tych odpadów, a także nie posiadał wydzielonych i oznakowanych miejsc i boksów, co było niezgodne z § 7 ust. 1 oraz ust 2 pkt. 6 i 9 rozporządzenia o odpadach medycznych.

(akta kontroli str. 591-596, 609-613)

5. W Szpitalu odpady medyczne, przechowywano w workach zawiązywanych „na supeł”. Przyjęty w Szpitalu sposób zamykania worków umożliwiał ich ponowne otwarcie, co było niezgodne z § 3 ust. 1 i 2 rozporządzenia o odpadach medycznych, a także z obowiązującą w Szpitalu Procedurą, które stanowią, że odpady medyczne, z wyjątkiem odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach, zbiera się w miejscu ich powstawania do pojemników lub worków jednorazowego użycia z możliwością jednokrotnego zamknięcia.

(akta kontroli str. 230-235, 591-596)

IV. 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. Dostosowanie obowiązującej Procedury w zakresie zapewnienia klasyfikowania odpadów medycznych w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami, wykluczając możliwość mieszania odpadów niebezpiecznych różnych rodzajów oraz oznaczania worków lub pojemników ze wskazaniem godziny ich otwarcia i zamknięcia.
2. Prawidłowe segregowanie odpadów o kodach 18 01 02*, 18 01 03* i 18 01 82*, a także ich ewidencjonowanie zgodnie ze stanem rzeczywistym, tj. uwzględniając wszystkie rodzaje odpadów wytworzonych w związku ze świadczoną opieką medyczną.
3. Zapewnienie warunków wstępnego magazynowania odpadów medycznych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi.
4. Podjęcie działań mających na celu zapewnienie prawidłowego zamykania i oznakowywania worków z zakaźnymi odpadami medycznymi zgodnie z wymogami określonymi odpowiednio w § 3 ust. 1 i 2 oraz w § 6 ust. 1, pkt 5 i 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi.
5. Wzmocnienie nadzoru nad postępowaniem w Szpitalu z odpadami medycznymi oraz bieżące monitorowanie ilości przekazywanych do unieszkodliwienia odpadów medycznych.

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 Warszawie. 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.

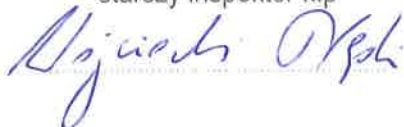
W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, 21 lipca 2022 r.

Kontrolerzy

Wojciech Nędzy

starszy inspektor k.p.



Monika Białogrodzka

starszy inspektor k.p.



Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Warszawie

p.o. DYREKTOR
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Warszawie



Michał Musiał