

Brak skutecznego nadzoru

Postępowanie z zakaźnymi odpadami medycznymi

MAŁGORZATA SZYMBORSKA

Odpady medyczne powstają w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych oraz badań i doświadczeń medycznych. Jednak nie wszystkie, nawet o właściwościach niebezpiecznych, zalicza się do zakaźnych. Zgodnie z wytycznymi m.in. Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) są nimi te zanieczyszczone potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym człowieka lub pochodzące od pacjenta z rozpoznaną chorobą zakaźną. Najwyższa Izba Kontroli sprawdziła, czy w ostatnich latach nastąpiła poprawa w obszarze postępowania z zakaźnymi odpadami medycznymi – kontrola w 2014 r. zakończyła się oceną negatywną. Drugim powodem podjęcia badania były sygnalizowane w Sejmie i mediach problemy, szczególnie w czasie pandemii COVID-19, a także rosnące koszty zagospodarowania takich odpadów.

Wstęp

Odpady medyczne, w tym o właściwościach zakaźnych, klasyfikuje się zgodnie z rozporządzeniem Ministra Klimatu z 2 stycznia 2020 r. w sprawie katalogu odpadów¹, nadając kod: 18 01 02*², 18 01 03*³, 18 01 80*⁴, 18 01 82*⁵. Do zakaźnych odpadów medycznych zaliczano

również odpady powstałe na skutek leczenia pacjentów ze stwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, natomiast te z gospodarstw domowych, w których w czasie pandemii COVID-19 przebywały osoby w izolacji lub na kwarantannie, klasyfikowano jako komunalne, odbierano i przetwarzano je w instalacjach komunalnych.

¹ Dz.U. 2020, poz. 10, dalej katalog odpadów.

² Części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania (z wyłączeniem 18 01 03).

³ Inne odpady, które zawierają żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny oraz inne formy zdolne do przeniesienia materiału genetycznego, o których wiadomo lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do sądenia, że wywołują choroby u ludzi i zwierząt (np. zainfekowane pieluchomajtki, podpaski, podkłady), z wyłączeniem 18 01 80 i 18 01 82.

⁴ Zużyte peloidy po zabiegach wykonywanych w ramach działalności leczniczej o właściwościach zakaźnych.

⁵ Pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych.



Należy podkreślić, że jeśli chodzi o odpady powstałe w szpitalach w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 istniał obowiązek ich termicznego przetworzenia w spalarniach odpadów niebezpiecznych.

Na potrzebę podjęcia kontroli dotyczącej zakaźnych odpadów medycznych wskazywały zarówno sygnały zgłaszane do Sejmu RP, jak i doniesienia medialne o problemach z przekazaniem do unieszkodliwienia wytworzonych odpadów jednostek prowadzących działalność leczniczą w czasie pandemii. Również wyniki badania Najwyższej Izby Kontroli przeprowadzonego w 2014 r. wykazały istotne nieprawidłowości dotyczące sposobu postępowania z zakaźnymi odpadami medycznymi. Stwierdzono wówczas m.in. brak informacji o zagospodarowaniu 5,7% wytworzonych w Polsce w latach 2011–2013 zakaźnych odpadów medycznych, co mogło wskazywać, że zostały one zagospodarowane w sposób inny niż wymagany przepisami.

Zakaźne odpady medyczne, ze względu na zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi, powinny być już w miejscu ich powstawania umieszczane w specjalnie do tego przeznaczonych i oznakowanych pojemnikach lub workach, a następnie magazynowane w miejscach zabezpieczonych przed dostępem osób nieuprawnionych, insektów, gryzoni itp. Niewłaściwie przechowywane mogłyby stwarzać również zagrożenie dla bezpieczeństwa podmiotów, które nimi gospodarują.

W zapobieganiu zagrożeniu, jakie te odpady mogły stanowić w czasie pandemii koronawirusa miała pomagać ustawa o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, uchwalona 2 marca 2020 r.⁶ Nadano w niej m.in. nowe uprawnienia wojewodom, którzy w wypadku braku technicznych i organizacyjnych możliwości unieszkodliwiania odpadów wytworzonych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 mieli możliwość wydawania poleceń w drodze decyzji. Mogli oni zdecydować o zwiększeniu masy odpadów zakaźnych przetwarzanych w spalarni odpadów niebezpiecznych albo o przetworzeniu ich w innych instalacjach mających odpowiednie możliwości techniczne. Uprawniono ich również do wydawania zarządzeń określających zmiany sposobu gospodarowania odpadami komunalnymi.

Według Głównego Inspektora Ochrony Środowiska⁷ wojewódzcy inspektorzy ochrony środowiska każdego roku kontrolowali placówki opieki zdrowotnej (szpitale, gabinety specjalistyczne, przychodnie itp.), sprawdzając przestrzeganie przepisów ochrony środowiska, w tym gospodarki odpadami medycznymi. Nie odnotowali oni szczególnych uchybień. Stwierdzili jedynie pojedyncze przypadki klasyfikacji odpadów niezgodnie z przepisami czy naruszeń związanych z selektywnym zbieraniem lub magazynowaniem zakaźnych odpadów medycznych.

⁶ Dz.U. z 2023 r. poz. 1327, ze zm., dalej specustawa.

⁷ Dalej Główny Inspektor.

Wyniki kontroli NIK⁸ dotyczącej postępowania z zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym wytworzonymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, nie potwierdziły opinii Głównego Inspektora.

Założenia kontroli NIK

Badanie przeprowadzono w Ministerstwie Klimatu i Środowiska⁹, Głównym Inspektoracie Sanitarnym, Głównym Inspektoracie Ochrony Środowiska¹⁰, sześciu urzędach wojewódzkich, sześciu wojewódzkich inspektoratach ochrony środowiska¹¹, 13 szpitalach oraz sześciu podmiotach gospodarujących zakaźnymi odpadami medycznymi¹².

Do kontroli wytypowano jednostki administracji publicznej wykonujące zadania związane z odpadami medycznymi, w tym zakaźnymi, oraz wojewodów, którzy w czasie pandemii otrzymali uprawnienia do wydawania poleceń dotyczących odpadów wytwarzanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Ponadto na podstawie zebranych informacji o stwierdzonych lub potencjalnych problemach i nieprawidłowościach w zakresie gospodarowania zakaźnymi odpadami medycznymi do kontroli wybrano 13 szpitali z oddziałami covidowymi. W trakcie kontroli, na podstawie ustaleń

w poszczególnych szpitalach, wybrano sześć podmiotów gospodarujących odbieranymi od nich zakaźnymi odpadami medycznymi.

W artykule przedstawiono najistotniejsze ustalenia NIK.

Najważniejsze ustalenia

Postępowanie z odpadami w szpitalach

Nieprawidłowości dotyczące sposobów postępowania z zakaźnymi odpadami medycznymi, najczęściej wynikające ze złego nadzoru, stwierdzono we wszystkich kontrolowanych szpitalach. W 46% placówek polegały na: nieprzypisaniu odpowiedzialności za sposób postępowania z odpadami poszczególnym osobom/komórkom organizacyjnym; nieopracowaniu regulaminów organizacyjnych zgodnych z obowiązującym statutem szpitala; niezawieraniu w zakresach czynności pracowników zapisów dotyczących postępowania z odpadami medycznymi na terenie oddziałów, wynikających z procedur i zarządzeń. W 69,2% szpitali nie wywiązywano się również z obowiązku dotyczącego posiadania aktualnego, zgodnego ze stanem faktycznym wpisu do rejestru BDO¹³, do czego zobowiązywała ustawa z 14 grudnia 2012 r. o odpadach¹⁴. W 38,5% szpitali procedury postępowania były niezgodne

⁸ Artykuł opracowano na podstawie wyników kontroli NIK *Postępowanie z zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym odpadami wytworzonymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19*, nr ewid. 167/2022/P/22/039/KSI.

⁹ Dalej Ministerstwo.

¹⁰ Dalej GIOŚ.

¹¹ Dalej wioś.

¹² Dalej podmiot gospodarujący odpadami.

¹³ Rejestr BDO stanowi element Bazy danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami, dalej rejestr BDO.

¹⁴ Ustawa z 14.12.2012 o odpadach (Dz.U. z 2023 r. poz. 1587, ze zm.), dalej u.o.d.



z przepisami rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych¹⁵ oraz katalogiem odpadów, co oznacza, że nie ujmowano prawidłowo zasad szczegółowego postępowania z nimi, wskazywano niewłaściwą klasyfikację wytwarzanych w ramach działalności odpadów medycznych, w tym zakaźnych. Procedury nie zawierały szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi od czasu ich wytworzenia do przekazania podmiotowi zewnętrznemu.

Na podstawie u.o.d. szpitale były zobowiązane do działania zgodnie z przepisami o odpadach, w tym do ich klasyfikacji, ewidencji¹⁶ oraz sporządzania rocznych sprawozdań. Jednak 92,30% szpitali źle je klasyfikowało, nieprawidłowo prowadzono też dokumenty ewidencji odpadów. Aż w 46% placówek niewłaściwie oznaczono pozostałości po posiłkach pacjentów oddziałów zakaźnych, m.in. jako odpady medyczne zamiast pozostałości z żywienia pacjentów lub w ogóle ich nie uwzględniano w ewidencji, co stanowiło realne zagrożenie rozprzestrzeniania się zakażeń, ponieważ odbierały je podmioty nieuprawnione do gospodarowania odpadami i nie był znany sposób dalszego postępowania z nimi. Bez względu na właściwości i źródło pochodzenia wytwarzanych w szpitalach odpadów medycznych 98% z nich klasyfikowano jako zakaźne, co generowało wysokie koszty utylizacji.

Tłumaczono to ograniczonymi możliwościami ich zagospodarowania. Stwierdzono również przypadek klasyfikowania odpadów medycznych jako komunalnych, przez co nie obejmowano ich ewidencją odpadów medycznych prowadzoną w szpitalu, trafiały więc do instalacji komunalnych, w których nie było odpowiednich warunków do przetwarzania odpadów niebezpiecznych.

Prowadzenie niezgodnej ze stanem faktycznym ewidencji odpadów skutkowało nierzetelną sprawozdawczością roczną o odpadach medycznych wytwarzanych w szpitalach, przekazywaną marszałkom województw. Co więcej, sprawozdania przekazywano z opóźnieniem od 2,5 miesiąca do ponad 2 lat.

Pomimo ciężającej na szpitalach odpowiedzialności za wytworzone przez nie zakaźne odpady medyczne¹⁷, do czasu ich termicznego przekształcenia nie dysponowano wiedzą o sposobie ich zagospodarowania.

We wszystkich kontrolowanych placówkach stwierdzono nieprawidłowości dotyczące postępowania z zakaźnymi odpadami medycznymi, zwłaszcza ich magazynowaniem, a w 83% szpitali – segregacją. Mieszano odpady medyczne inne niż niebezpieczne z zakaźnymi, różne rodzaje zakaźnych odpadów medycznych także nie były trzymane oddzielnie. Gromadzono je w niewłaściwie zamykanych

¹⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 5.10.2017 w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz.U. 2017 poz. 197), dalej rozporządzenie w sprawie odpadów medycznych.

¹⁶ W wypadku odpadów medycznych, zgodnie z art. 67 ust. 1 u.o.d. ewidencję odpadów prowadzi się z zastosowaniem karty przekazania odpadów (KPO) i karty ewidencji odpadów (KEO).

¹⁷ Art. 27 ust. 5 u.o.d.

workach, do tego źle oznakowanych i niezabezpieczonych przed dostępem osób nieuprawnionych, a także gryzoni czy insektów.

Kolejne nieprawidłowości w dwóch szpitalach dotyczyły przekazywania pozostałości z żywienia pacjentów z oddziałów zakaźnych podmiotom nieuprawnionym do gospodarowania zakaźnymi odpadami medycznymi, a także przekroczenia w trzech szpitalach limitów wytwarzania odpadów medycznych określonych w pozwoleniach.

W jednym szpitalu stwierdzono brak windy „brudnej”, służącej do transportu zakaźnych odpadów medycznych, co było niezgodne z wewnętrznymi regulacjami placówki. Jedną windą przewożono personel medyczny, posiłki dla pacjentów, odpady medyczne itp.

Na terenie kontrolowanych szpitali zakaźnych odnotowano przypadki transportu odpadów medycznych w sposób niezapewniający bezpieczeństwa.

Ponadto kontrolerzy NIK w dwóch szpitalach odnotowali postępowanie z zakaźnymi odpadami medycznymi w sposób zagrażający zdrowiu i życiu ludzi, o czym poinformowali w trybie art. 51 ust. 1 ustawy o NIK¹⁸ kierowników tych podmiotów. Ujawniono m.in. niezabezpieczone zakaźne odpady medyczne, leżące w pełnym słońcu przy bramie wjazdowej na teren szpitala oraz magazynowanie ich w temperaturze ok. 26°C w otwartym, mobilnym kontenerze, z którego wydobywał się odór.

Nieprawidłowości w SIWZ¹⁹

W 30,8% szpitali w specyfikacjach istotnych warunków zamówienia lub umowach z wykonawcą usług odbioru odpadów medycznych nie uwzględniono wszystkich wytwarzanych ich rodzajów. Natomiast w dwóch zawarto umowy na odbiór resztek jedzenia z firmami dostarczającymi posiłki, mimo że nie były one do tego uprawnione. W dwóch kolejnych zawarte umowy były niezgodne z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu w sprawie odpadów medycznych, w dwóch innych przekraczano określone w umowie limity ilościowe odpadów.

Trzy placówki miały problemy ze znalezieniem wykonawcy zajmującego się utylizowaniem zakaźnych odpadów medycznych. Od 23 lutego do 2 marca 2020 r. jeden szpital nie posiadał umowy na odbiór i zagospodarowanie odpadów, mimo że w tym czasie wytworzono 923,6 kg zakaźnych odpadów medycznych, a w innym szpitalu jeden z podmiotów gospodarujących odpadami z tej placówki nie posiadał zezwolenia na ich zbieranie.

Ceny odbioru i unieszkodliwienia odpadów

W latach 2019–2021 sukcesywnie wzrastały koszty zagospodarowania zakaźnych odpadów medycznych. Za przekazane szpitale zapłaciły w 2019 r. ok. 5897,9 tys. zł (średnio 453,7 tys. zł), w 2020 r. 10 755,8 tys. zł (średnio 827,4 tys. zł), natomiast w 2021 r. 16 357,70 tys. zł (średnio 1258,3 tys. zł). W 2022 r. w I kw. koszty wyniosły

¹⁸ Ustawa z 23.12.1994 o NIK (Dz.U. z 2022 r. poz. 623), dalej ustawa o NIK.

¹⁹ Specyfikacja istotnych warunków zamówienia, dalej SIWZ.



387,7 tys. zł. Jedną z przyczyn był wzrost cen u podmiotów zagospodarujących, średnio od 7,1% do 66,6%. Do wzrostu kosztów ponoszonych przez szpitale przyczyniło się klasyfikowanie 98% wytworzonych odpadów jako zakaźne odpady medyczne.

Gospodarowanie odpadami zakaźnymi

U trzech spośród sześciu kontrolowanych podmiotów gospodarujących zakaźnymi odpadami medycznymi stwierdzono nieprawidłowości dotyczące sposobu ich magazynowania, co było niezgodne – w jednym przypadku – z warunkami określonymi w poleceniu wojewody działającego na podstawie specustawy, a w dwóch – z pozwoleniami zintegrowanymi. Polegały one na: magazynowaniu ich w workach poza kontenerami; niezapewnieniu rejestratorów temperatury; nieutrzymaniu odpowiednich temperatur; niedostosowaniu miejsc, w których magazynowano zakaźne odpady medyczne do wymogów określonych w poleceniu wojewody lub pozwoleniach zintegrowanych. Nie zabezpieczono również miejsc przechowywania odpadów przed dostępem owadów czy gryzoni oraz przekraczano dopuszczalny czas ich składowania. W jednym przypadku stwierdzono brak wymaganego w art. 25 ust. 6a u.o.d wizyjnego systemu kontroli miejsc magazynowania odpadów.

Do 60% instalacji prowadzonych przez podmioty gospodarujące zakaźnymi odpadami medycznymi przyjmowano odpady

spoza województwa, co było niezgodne z określoną w u.o.d. „zasadą bliskości”. Tłumaczono to postojami technologicznymi oraz awariami instalacji do termicznego przekształcania odpadów w innych województwach, zakończeniem lub wstrzymaniem eksploatacji części instalacji w kraju, rosnącymi ilościami wytwarzanych zakaźnych odpadów medycznych w związku z pandemią COVID-19. Aż 80% podmiotów przekazywało przyjęte odpady innym uprawnionym, tłumacząc to przestojami technologicznymi instalacji oraz przyjętą zbyt dużą ilością odpadów w czasie pandemii.

Podobnie jak w szpitalach, aż 83,3% podmiotów błędnie prowadziło ewidencję odpadów. Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości dotyczyły różnic pomiędzy: datą wpisu KPO do BDO²⁰ a datą wygenerowanego potwierdzenia wystawienia KPO w tym systemie; masą przyjętych i przetworzonych odpadów; datą faktycznego przetworzenia zakaźnych odpadów medycznych i datą dokonanych w tej sprawie wpisów w BDO. Odnotowano również przypadek wpisania w KEO masy przetworzonych zakaźnych odpadów medycznych, pomimo że w tym czasie instalacja nie funkcjonowała. Kontrola jednego podmiotu gospodarującego odpadami ujawniła, że w wypadku większości wytwórców, od których odbierał on zakaźne odpady medyczne, sam wystawiał za nie KPO, czym naruszał przepisy u.o.d. (do wystawienia KPO jest zawsze zobowiązany wytwórca odpadów, czyli

²⁰ Bazy danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami, dalej BDO.

szpital). W przypadku dwóch podmiotów stwierdzono także brak dokumentów potwierdzających dane w ewidencji odpadów. Z powodu źle prowadzonej ewidencji odpadów medycznych marszałkowie województw otrzymali nierzetelne roczne sprawozdania na ten temat. To zaś skutkowało przekazywaniem przez nich sprawozdań nieodzwierciedlających stanu faktycznego Ministrowi Klimatu i Środowiska.

Brak nadzoru nad rynkiem odpadów zakaźnych

W czasie pandemii w urzędach wojewódzkich, ze względu na to, że kompetencje dotyczące ochrony środowiska, w tym odpadów, zgodnie z ustawą z 27 kwietnia 2001 r. – Prawo ochrony środowiska²¹ przypisano właściwym organom ochrony środowiska – marszałkom województw, starostom lub w określonych przypadkach regionalnym dyrektorom ochrony środowiska, nikomu nie zlecano zadań związanych z odpadami. Te wynikające z przyznanych specustawą uprawnień były realizowane w ramach dotychczas obowiązującego zakresu zadań oraz nadzoru i powierzano je np. wydziałom bezpieczeństwa, zarządzania kryzysowego, rolnictwa i środowiska. Wykonywano je na podstawie wydawanych poleceń, w tym ustnych, a także upoważnień poszczególnych wojewodów.

Nadzór nad postępowaniem z odpadami w czasie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2, w tym u podmiotów

działających na podstawie poleceń wojewodów, sprawowały wioś²². Urzędy wojewódzkie nie prowadziły odrębnych działań nadzorczych, podejmowano ograniczoną współpracę z innymi organami i podmiotami w zakresie przetwarzania odpadów powstających w wyniku przeciwdziałania COVID-19.

W okresie obowiązywania przepisów specustawy, według informacji uzyskanych od 16 wojewodów, wydano w jej trybie 47 poleceń. W siedmiu województwach wojewodowie nie wydali takich poleceń i zarządzeń.

W urzędach wojewódzkich nie prowadzono także działań informacyjnych dotyczących zasad postępowania z odpadami w czasie pandemii. Ograniczono się do przekazywania informacji otrzymywanych od innych organów administracji publicznej.

Do żadnego z kontrolowanych urzędów wojewódzkich nie wpłynęły skargi i wnioski dotyczące nieprawidłowości związanych z gospodarowaniem zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym wytworzonymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Docierały jednak do nich informacje od jednostek samorządu terytorialnego dotyczące problemów z gospodarowaniem odpadami komunalnymi, częstotliwością ich odbierania oraz sposobem świadczenia usług przez punkty selektywnego zbierania odpadów. Od podmiotów leczniczych wpływały również informacje o problemach z odbiorem odpadów, a od podmiotów gospodarujących

²¹ Dz.U. z 2022 r. poz. 2556, ze zm.

²² Wojewódzkie inspektoraty ochrony środowiska, dalej wioś.



zakaźnymi odpadami o awariach czy niewystarczających mocach przerobowych instalacji.

Aż w 83,3% urzędów wojewódzkich nie dysponowano wiedzą na temat masy odpadów medycznych wytwarzanych w regionie.

Nadzór inspektorów wojewódzkich

W latach 2019–2022 (I kwartał) wojewódzcy inspektorzy ochrony środowiska²³ przeprowadzili łącznie 93 792 kontrole, jednak tylko 369 z nich (0,4%) dotyczyło gospodarki zakaźnymi odpadami medycznymi. Dane, którymi dysponowali wioś, w tym dane ich wytwórców oraz podmiotów gospodarujących odpadami, pochodziły z różnych źródeł i były niepełne, m.in. z powodu niewłaściwie funkcjonującej BDO. Wojewódzcy inspektorzy nie posiadali informacji na temat zakaźnych odpadów medycznych wytworzonych przez osoby odbywające kwarantannę lub przebywające w izolacji, ponieważ sklasyfikowano je jako odpady komunalne.

Udział kontroli związanych zakaźnymi odpadami medycznymi w ogólnej liczbie przeprowadzonych przez wioś kontroli dotyczących gospodarki odpadami był niski (wahał się od ok. 0,25% do 6,1%).

Wojewódzkie inspektoraty ochrony środowiska zaplanowały na lata 2019–2021 łącznie 85 kontroli podmiotów wytwarzających, odbierających i gospodarujących zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym wytwarzanymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, z czego zrealizowano 78.

Przeprowadzono również 82 kontrole poza-planowe podmiotów wytwarzających, odbierających i gospodarujących zakaźnymi odpadami medycznymi. Nie prowadzono jednak badań sprawdzających i krzyżowych, ponieważ – jak wyjaśniono – kontrolowane podmioty zostały zobowiązane zarządzeniami pokontrolnymi do usunięcia stwierdzonych naruszeń i poinformowania wioś o podjętych działaniach.

Nadzór GIOŚ

Główny Inspektor Ochrony Środowiska z kolei nie identyfikował problemów dotyczących gospodarki zakaźnymi odpadami medycznymi. Jak wskazano wcześniej, w latach 2019–2022 (I kwartał) udział kontroli wioś analizujących ten problem stanowił zaledwie 0,4% wszystkich kontroli. Nie przeprowadzono także badań o zasięgu lub znaczeniu ponadwojewódzkim, inicjowanych przez Głównego Inspektora. Nie opracowywał on i nie wydawał zaleceń lub wytycznych do prowadzenia przez wioś kontroli podmiotów wytwarzających i gospodarujących zakaźnymi odpadami medycznymi. W czasie pandemii koronawirusa Główny Inspektor wskazał na brak uzasadnienia do prowadzenia przez wioś kontroli zakładów opieki zdrowotnej dotyczących tego problemu. Takie stanowisko tłumaczył monitorowaniem sytuacji w zakresie funkcjonowania rynku zakaźnych odpadów medycznych wytworzonych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 w ramach Zespołu

²³ Dalej wojewódzcy inspektorzy.

Zarządzania Kryzysowego²⁴, w pracach którego uczestniczył od 8 kwietnia 2020 r. do 13 kwietnia 2022 r. W tym czasie Główny Inspektor zobowiązał wioś do przekazywania informacji o sytuacjach nadzwyczajnych oraz pojawiających się problemach w zagospodarowaniu odpadów, w tym odpadów medycznych o właściwościach zakaźnych, wytworzonych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Podjął również decyzję o uruchomieniu dobowego systemu raportowania, obejmującego informacje o ustaleniach kontroli podejmowanych przez wojewódzkich inspektorów ochrony środowiska w odniesieniu do podmiotów, którym wojewodowie wydali polecenia dotyczące zagospodarowania odpadów.

Ponadto w okresie objętym kontrolą Główny Inspektor zwrócił się do wojewódzkich inspektorów o przekazanie informacji na temat stanu gospodarki odpadami medycznymi na terenie ich właściwości. Podstawą miały być przeprowadzone w latach 2017–2018 kontrole placówek opieki zdrowotnej i spalarni odpadów niebezpiecznych, unieszkodliwiających odpady medyczne i weterynaryjne o właściwościach niebezpiecznych, w tym zakaźnych. Te badania były przeprowadzone w związku z Informacją o wynikach kontroli „Postępowanie z odpadami medycznymi”, opracowaną przez NIK w grudniu 2014 r., która wykazała nieprawidłowości w postępowaniu z odpadami medycznymi w ponad 62% instalacji termicznego

przekształcania odpadów. Jednak badania przeprowadzone przez wioś nie ujawniły istotnych nieprawidłowości.

Na podstawie danych otrzymanych z wioś Główny Inspektorat Ochrony Środowiska, na prośbę Ministerstwa Klimatu i Środowiska²⁵, weryfikował możliwości przerobowe instalacji do termicznego przekształcania odpadów niebezpiecznych, unieszkodliwiających zakaźne odpady medyczne i następnie informował Ministra o braku zagrożeń.

Jak ustaliła NIK, Główny Inspektor nie dysponował jednak rzetelnymi danymi na temat zakaźnych odpadów medycznych. Informacje otrzymane od wioś, dotyczące masy wytworzonych i przetworzonych zakaźnych odpadów medycznych w poszczególnych województwach były niepełne i niejednolite, co uniemożliwiało ich porównanie zarówno na poziomie województwa, jak i w skali całego kraju. Nie dysponowano informacjami dotyczącymi masy wytworzonych odpadów z 13 wioś, a odnośnie do masy przetworzonych odpadów – z sześciu. Natomiast informacje na temat dostępnych mocy przerobowych eksploatowanych instalacji były przedstawiane przez poszczególne wioś w różnych jednostkach miary, np. w Mg/dobę, Mg/rok.

Główny Inspektor nie dysponował także pełną wiedzą o wydanych przez wojewodów poleceniach, na skutek czego udzielił nierzetelnej informacji przewodniczącemu Komisji Nadzwyczajnej do spraw Klimatu Senatu RP. Poinformował

²⁴ Zespół Zarządzania Kryzysowego działający przy Ministrze Klimatu i Środowiska, dalej ZZK.

²⁵ Do 14.9.2019 Ministerstwo/Minister Środowiska, od 15.9.2019 do 6.10.2020 Ministerstwo/Minister Klimatu, od 7.10.2020 Ministerstwo/Minister Klimatu i Środowiska, dalej Ministerstwo/Minister.



go o wydanych przez pięciu wojewodów 12 poleceniach dla 10 podmiotów, podczas gdy z informacji wojewodów wynikało, że w tym czasie takich poleceń było 19.

Działania Ministra

W trakcie pandemii COVID-19 Minister uczestniczył w procesie uzgadniania specustawy, w ramach którego zgłosił propozycje działań osłonowych w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 oraz zmian do ustawy o zmianie specustawy, zgodnie z którymi wojewodowie otrzymali uprawnienia do wydawania decyzji administracyjnych w zakresie gospodarki odpadami. Rozważano także przygotowanie przepisów analogicznych do zawartych w specustawie, które mogłyby być stosowane w innych sytuacjach kryzysowych, jednak ostatecznie ich nie opracowano. W Ministerstwie wydano jedynie dwa rozporządzenia dotyczące m.in. sposobu magazynowania zakaźnych odpadów medycznych oraz sposobu ich klasyfikacji. Co prawda w Ministerstwie opracowano wytyczne dotyczące sposobu kwalifikowania i postępowania z odpadami wytworzonymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, jednak nie monitorowano sposobu ich realizacji.

W marcu 2020 r. Minister powołał ZZK, który miał zapewnić realizację jego zadań związanych z monitorowaniem zagrożeń dla bezpieczeństwa państwa oraz wypracowywaniem propozycji dotyczących zapobiegania i przeciwdziałania zagrożeniom w związku z zakażeniami wirusem

SARS-CoV-2. Minister otrzymywał też codziennie raporty dobowe dotyczące bieżącej sytuacji związanej z gospodarką zakaźnymi odpadami medycznymi.

Ponadto w Ministerstwie 14 marca 2020 r. uruchomiono infolinię, na którą zgłaszano problemy z odbiorem, magazynowaniem, a także kwalifikacją i unieszkodliwianiem odpadów.

Minister nie zapewnił sobie jednak skutecznego narzędzia do monitorowania rynku odpadów, w konsekwencji nie dysponował wiarygodnymi danymi o zakaźnych odpadach medycznych, w tym wytwarzanych w ramach przeciwdziałania COVID-19. Resort nie dysponował rzetelną wiedzą na temat ilości wytworzonych i zagospodarowanych zakaźnych odpadów medycznych. W trakcie kontroli wygenerowano raporty z modułu sprawozdawczości BDO²⁶ dotyczące wytworzonej i przetworzonej masy zakaźnych odpadów medycznych i weterynaryjnych w latach 2019–2021, z których wynikało, że 99,9% masy odpadów nie zostało przetworzonych. Minister nie zlecił opracowania i wdrożenia w BDO mechanizmów do monitorowania zgodności danych z modułów ewidencji i sprawozdawczości dotyczących ilości wytworzonych zakaźnych odpadów medycznych. Z tego powodu wynikały znaczące różnice pomiędzy danymi o odpadach medycznych w module ewidencji, a danymi w module sprawozdawczości.

Dane zawarte w module ewidencji nie mogły być automatycznie wykorzystane

²⁶ Moduł zawiera dane ze sprawozdań rocznych o odpadach.

w sprawozdaniach generowanych w module sprawozdawczości przez użytkowników końcowych BDO²⁷, co wymagało ponownego ich wprowadzania do sprawozdań, i stwarzało ryzyko omyłek. W efekcie tylko w 2021 r. w BDO występowały różnice danych w modułach ewidencji i sprawozdawczości wynoszące 99,8%. Minister miał zatem ograniczoną możliwość faktycznej oceny sytuacji na rynku zakaźnych odpadów medycznych, co było szczególnie istotne w czasie pandemii.

W Ministerstwie nie dysponowano także rzetelną wiedzą o poleceniach wydawanych przez wojewodów w trybie określonym w specustawie, pomimo że przekazywali oni decyzje w ciągu siedmiu dni od ich wydania. W Departamencie Gospodarki Odpadami Ministerstwa informowano o 27 poleceniach wydanych przez wojewodów, podczas gdy zgodnie z ustaleniami NIK było ich 47²⁸.

Zgodnie z u.o.d. do osiągnięcia celów założonych w polityce ochrony środowiska, a także utworzenia i utrzymania w kraju zintegrowanej i wystarczającej sieci instalacji gospodarowania odpadami, spełniających wymagania ochrony środowiska, opracowuje się plany gospodarki odpadami. W przygotowanym w Ministerstwie Krajowym planie gospodarki odpadami 2022²⁹, jako kierunki działań w zakresie gospodarowania odpadami medycznymi i weterynaryjnymi przyjęto budowę nowych i modernizację istniejących spalarni odpadów,

jednak szczegółowe analizy potrzeb inwestycyjnych powierzano organom samorządów wojewódzkich. W 2021 r. do Kpgo 2022 wprowadzono załącznik, tzw. ocenę luki inwestycyjnej, w którym do analizy ilości odpadów medycznych i weterynaryjnych przyjęto dane z lat 2016–2018, pochodzące z Centralnego Systemu Odpadowego – bazy danych prowadzonej w Ministerstwie jeszcze przed uruchomieniem BDO. Oznacza to, że oceniając potrzeby inwestycyjne w zakresie możliwości przetwarzania zakaźnych odpadów medycznych w kolejnych latach korzystano z nieaktualnych danych.

Podsumowanie

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła funkcjonowanie w latach 2019–2022 (I kw.) gospodarki zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym wytworzonymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Na taką ocenę wpłynął nieskuteczny nadzór nad sposobem postępowania z nimi, sprawowany przez organy administracji oraz stwierdzone nieprawidłowości w kontrolowanych szpitalach i w podmiotach gospodarujących zakaźnymi odpadami medycznymi.

We wszystkich kontrolowanych szpitalach stwierdzono nieprawidłowości dotyczące postępowania z zakaźnymi odpadami medycznymi, a w dwóch rażących przypadkach kontrolerzy NIK zgłosili to kierownikom tych placówek. W blisko

²⁷ Podmioty gospodarujące odpadami zobowiązane do prowadzenia bieżącej ilościowej i jakościowej ewidencji odpadów oraz sporządzania rocznych sprawozdań o odpadach.

²⁸ Dane przekazane przez wojewodów w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

²⁹ Krajowy plan gospodarki odpadami 2022 przyjęty uchwałą nr 88 Rady Ministrów z 1.7.2016 (M. P. z 2022 r. poz. 1030, ze zm.), dalej Kpgo.



połowie stwierdzono nieprawidłowy nadzór nad postępowaniem z wytworzonymi zakaźnymi odpadami medycznymi, zaś same procedury, które to regulowały były niezgodne z przepisami u.o.d. Wytwarzane w szpitalach zakaźne odpady medyczne były błędnie klasyfikowane, a ewidencja i sprawozdawczość niezgodna ze stanem faktycznym. Z kolei klasyfikacja odpadów wytwarzanych w ramach działalności leczniczej jako zakaźne przyczyniała się do wzrostu kosztów ich zagospodarowania.

U połowy skontrolowanych podmiotów gospodarujących zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym wytwarzanymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, stwierdzono nieprawidłowości dotyczące postępowania z nimi, a ponad 80% takich podmiotów prowadziło ewidencję odpadów niezgodnie ze stanem faktycznym. Nie przestrzegano obowiązującej „zasady bliskości”, gdyż 60% unieszkodliwiających odpady zakaźne przyjmowało je spoza województwa, a 80% przedsiębiorców przekazywało je innym podmiotom. W okresie objętym kontrolą spowodowało to wzrost cen za unieszkodliwienie odpadów średnio od 7,2% do 66,6%.

Minister nie stworzył skutecznych narzędzi do monitorowania sposobu postępowania z tymi odpadami, a organy Inspekcji Ochrony Środowiska (IOŚ) sprawowały nadzór nad podmiotami gospodarującymi nimi w ograniczonym zakresie. Choć kontrole IOŚ dotyczące zakaźnych odpadów medycznych stanowiły zaledwie 0,4%

ogółu przeprowadzonych badań, Główny Inspektor informował Ministra o braku zagrożeń w procesie unieszkodliwiania tych odpadów, wskazując na coroczne kontrole inspekcji wojewódzkich w szpitalach oraz na brak znaczących uchybień w sposobie postępowania z zakaźnymi odpadami medycznymi przez ich wytwórców. Pomimo że każdy z kontrolowanych organów administracji publicznej realizował zadania będące w jego kompetencji, to współpraca pomiędzy nimi nie zapewniła wymiany rzetelnych informacji o stanie gospodarki zakaźnymi odpadami medycznymi. Żaden z nich nie dysponował kompletnymi informacjami o faktycznej ilości wytworzonych odpadów tego rodzaju oraz o sposobach postępowania z nimi. Brak narzędzi do monitorowania rynku odpadów uniemożliwił jakąkolwiek rzetelną analizę.

Natomiast NIK pozytywnie oceniła działania podjęte przez Ministra w związku z pandemią koronawirusa SARS-CoV-2, jeśli chodzi o: powołanie w Ministerstwie ZZZK i upowszechnianie informacji o sposobie postępowania z zakaźnymi odpadami medycznymi; opracowanie wytycznych dotyczących sposobu postępowania z odpadami wytworzonymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, a także wydanie takich wytycznych dla wojewodów.

MAŁGORZATA SZYMBORSKA
doradca techniczny,
Departament Środowiska NIK

Słowa kluczowe: zakaźne odpady medyczne, gospodarowanie odpadami medycznymi, pandemia COVID-19, rejestr BDO

ABSTRACT**Dealing with Infectious Medical Waste – Lack of Effective Supervision**

Medical waste is produced as a result of health services, medical research and experiments. However not all medical waste, even that with dangerous features, is considered infectious. In accordance with the guidance, e.g. by the World Health Organisation (WHO), infectious medical waste may be potentially contaminated with infectious biological human material, or it comes from patients who were diagnosed with infectious diseases. The Supreme Audit Office has examined whether over the last years there have been an improvement in the area of dealing with infectious medical waste (audit of 2014 was concluded with a negative assessment). The other reason for conducting the audit were the problems with such waste indicated to the Parliament and signalled by the media, especially during the COVID-19 pandemic, as well as the growing costs of managing this waste. The audit comprised the Ministry of Climate and Environment, the Chief Sanitary Inspectorate, the Chief Environmental Protection Inspectorate, six regional governors' offices, six regional environment protection inspectorates, six medical healthcare centres – hospitals, and six entities that manage infectious medical waste, including those established in relation to COVID-19 counteracting.

Małgorzata Szymborska, Technical Advisor, Department of Environment of NIK

Key words: infectious medical waste, management of medical waste, COVID-19 pandemic, BDO register