



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI-4101-005-01/2014

P/14/055



01746014

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku
ul. Akademicka 4, 15-267 Białystok
T +48 85 874 81 00, F +48 85 874 81 33
lbi@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/055 – Postępowanie z odpadami medycznymi	
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku	
Kontroler	Beata Pawłowska – specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 89545 z dnia 11 marca 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)	
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach, 18-100 Łapy, ul. Korczaka 23 (zwany w dalszej części „Szpitalem” lub „SP ZOZ”)	
Kierownik jednostki kontrolowanej	Przemysław Chrzanowski – Dyrektor SP ZOZ ¹	(dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości², sposób postępowania Szpitala z odpadami medycznymi w latach 2011-2013.

Pozytywna ocena kontrolowanej działalności wynika z przestrzegania warunków decyzji administracyjnych w zakresie ilości wytwarzanych odpadów medycznych oraz sposobu ich segregowania, zawierania umów na odbiór i unieszkodliwianie odpadów z uprawnionym podmiotem oraz wywiązywania się z obowiązku przekazywania Marszałkowi Województwa Podlaskiego zbiorczych zestawień danych o wytwarzanych odpadach medycznych.

Stwierdzone nieprawidłowości wynikały z niewłaściwie zorganizowanego systemu kontroli zarządczej, skutkiem czego:

- naruszono zasady postępowania z odpadami medycznymi, określone w § 3 ust. 7, § 4 oraz § 5 ust. 2 pkt 4 i 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi³,
- nierzetelnie ewidencjonowano odpady medyczne.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja postępowania z odpadami medycznymi, w tym przestrzeganie warunków decyzji administracyjnych

Opis stanu faktycznego

SP ZOZ posiadał pozwolenie na wytwarzanie odpadów, wydane decyzją Starosty Powiatu Białostockiego z 3 sierpnia 2004 r.⁴ (ważne do 3 sierpnia 2014 r.), które w latach 2011-2013 obejmowało odpady medyczne w następujących ilościach:

- kod 18 01 01 – narzędzia chirurgiczne i zabiegowe oraz ich resztki (z wyłączeniem 18 01 03*) - 0,25 Mg/rok,
- kod 18 01 02* – części ciała i organy w ilości - 1,2 Mg/rok,
- kod 18 01 03* – inne odpady, które zawierają żywe drobnoustroje chorobotwórcze w ilości - 12,3 Mg/rok,

¹ Od 1 lipca 2012 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki kontrolowanej pełnili także: Janusz Krzysztof Rainko – Dyrektor SP ZOZ od 22 grudnia 2008 r. do 30 maja 2012 r. i Grzegorz Roszkowski - p.o. Dyrektora SP ZOZ od 31 maja 2012 r. do 30 czerwca 2012 r.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

³ Dz. U. 139, poz. 940, rozporządzenie zwane dalej „Rozporządzeniem MZ z 30 lipca 2010 r.”

⁴ Decyzja zmieniona została decyzjami Starosty Powiatu Białostockiego z: 5 października 2009 r., 24 listopada 2010 r. i 9 maja 2013 r.

- kod 18 01 06* - chemikalia, w tym odczynniki chemiczne zawierające substancje niebezpieczne – 0,7 Mg/rok (kod odpadu wprowadzony do pozwolenia decyzją Starosty Powiatu Białostockiego z 9 maja 2013 r.). (dowód: akta kontroli str. 38-47)

Szpital nie prowadził działalności w zakresie zbierania i/lub transportu oraz unieszkodliwiania odpadów medycznych. (dowód: akta kontroli str. 63)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywały m.in.: „Instrukcja postępowania z odpadami w SP ZOZ”, „Instrukcja selektywnego zbierania odpadów w SP ZOZ”, „Instrukcja transportu odpadów w SP ZOZ”, „Instrukcja składowania odpadów medycznych w magazynie odpadów” oraz procedura pn. „Postępowanie z odpadami medycznymi wg Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r.”⁵ Określały one m.in. zasady dotyczące zbierania, transportu wewnętrznego i magazynowania odpadów medycznych, w tym:

- rodzaje i kolory pojemników na odpady wg kodów, sposób ich oznakowania,
- częstotliwość usuwania z oddziałów worków z odpadami,
- sposób wewnętrznego transportu odpadów,
- częstotliwość dezynfekowania pojemników oraz pomieszczeń, w których znajdowały się odpady (windy, magazyn),
- zasady bezpieczeństwa przy pracy z odpadami medycznymi.

(dowód: akta kontroli str. 48-62)

Wprowadzone w Szpitalu zasady postępowania z odpadami medycznymi były zgodne z pozwoleniami na ich wytwarzanie oraz § 2-7 rozporządzenia MZ z 30 lipca 2010 r. Dotyczyły one wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala, natomiast nie wskazywały osób odpowiedzialnych za prawidłową ich realizację. (dowód: akta kontroli str. 48-62)

W latach 2011-2013 SP ZOZ nie realizował inwestycji związanych z unieszkodliwianiem odpadów medycznych. Inwestycje takie nie były też planowane. Nie prowadzono także działań pozainwestycyjnych w celu eliminowania lub ograniczenia ilości wytwarzanych odpadów medycznych i zapewnienia ich odpowiedniego unieszkodliwienia.

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił: „*Naszym zdaniem zapewnienie odpowiedniego unieszkodliwienia odpadów polega na zawarciu umowy z firmą posiadającą stosowne pozwolenia. Wprowadzanie materiałów i metod pracy poprawiających jakość świadczeń zdrowotnych, bezpieczeństwo pracowników przy wykonywaniu pracy oraz obniżających koszty funkcjonowania zakładu powodują wzrost ilości odpadów medycznych, a wynika to ze zwiększenia ilości zużywanych materiałów i sprzętu jednorazowego użytku.*”

(dowód: akta kontroli str. 63, 257-262)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu przeprowadzone zostały 3 kontrole, które obejmowały m.in. zagadnienia dotyczące postępowania z odpadami medycznymi:

- w 2011 roku Wojewódzki Inspektor Ochrony Środowiska w Białymstoku, skontrolował przestrzeganie przepisów w zakresie ochrony środowiska – nie stwierdzono nieprawidłowości dotyczących postępowania z odpadami medycznymi;
- w 2012 roku Podlaski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny („PPWIS”) przeprowadził kontrolę problemową w zakresie oceny: procedur dezynfekcyjnych, procedur sterylizacyjnych, substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy oraz czynników biologicznych – nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie postępowania z odpadami medycznymi;
- w 2013 roku PPWIS przeprowadził kontrolę kompleksową w zakresie oceny: szczepień ochronnych, systemu kontroli zakażeń szpitalnych, procesów sterylizacji, pomieszczeń komórek organizacyjnych, stanu sanitarnego zaplecza szpitalnego, warunków zdrowotnych środowiska pracy oraz zastosowania substancji chemicznych i ich mieszanin, w tym produktów biobójczych. Stwierdzono m. in.:

⁵ Instrukcje i procedury opracowane zostały w październiku 2010 r., „Procedura postępowania z odpadami medycznymi wg Rozporządzenia MZ z dnia 30 lipca 2010 r.” zaktualizowana została w maju 2013 r.

- brak w magazynie odpadów medycznych szczelnie zamkniętych pojemników lub kontenerów na odpady (przy zastosowaniu w tym pomieszczeniu wentylacji grawitacyjnej);
- przechowywanie (w dniu kontroli) odpadów o kodzie 18 01 02* poza urządzeniem chłodniczym w temperaturze powyżej 10°C;
- brak na pojemniku z odpadami o kodzie 18 01 02* daty zamknięcia oraz siedziby wytwórcy,
- brak pozwolenia na wytwarzanie odpadów o kodzie 18 01 06*, mimo że były one wytwarzane przez Szpital.

W wyniku tej kontroli PPIWS nakazał⁶ – w zakresie dotyczącym postępowania z odpadami medycznymi – zapewnić w magazynie odpadów medycznych szczelnie zamknięte pojemniki lub kontenery na odpady (przy zastosowaniu w tym pomieszczeniu wentylacji grawitacyjnej) w terminie do 30 czerwca 2013 r. Wymagane pojemniki zakupiono 31 maja 2013 r., o czym poinformowano PPWIS pismami z 27 czerwca 2013 r. i 25 lipca 2013 r.

SP ZOZ wystąpił także do Starostwa Powiatowego w Białymstoku (pismem z 15 kwietnia 2013 r.) z prośbą o zmianę pozwolenia na wytwarzanie odpadów, tj. dodanie w decyzji kodu 18 01 06*. Stosowną zmianę uzyskano decyzją Starosty Powiatu Białostockiego z 9 maja 2013 r. Dyrektor SP ZOZ odnosząc się do kwestii wytwarzania ww. odpadu bez pozwolenia wyjaśnił: *„Prawdopodobnie na etapie występowania w 2004 roku o pozwolenie na wytwarzanie odpadów, ten rodzaj odpadu nie został zidentyfikowany. Dopiero Sanepid zwrócił uwagę na fakt, że odpady zaliczane do kodu 18 01 06* są wytwarzane w Szpitalu. Dlatego wystąpiliśmy do Starostwa Powiatowego w Białymstoku o stosowną zmianę decyzji pozwalającej na wytwarzanie odpadów”.*

(dowód: akta kontroli str. 46, 64-92, 269-270)

Polityka kontroli zarządczej w Szpitalu została wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora SP ZOZ z 12 marca 2014 r. Określono w niej organizację i zasady funkcjonowania kontroli zarządczej, w tym sposób funkcjonowania kontroli zarządczej, system zarządzania ryzykiem oraz metody monitorowania i oceny systemu kontroli zarządczej. Dyrektor SP ZOZ wyjaśniając późne wprowadzenie polityki kontroli zarządczej, podał: *„Wcześniej pracowałem w Spółce, w której nie istniało zagadnienie kontroli zarządczej. Dlatego temat ten umknął mojej uwadze. O obowiązku wdrożenia kontroli zarządczej przypomniał mi Starosta Białostocki w lipcu 2013 roku. Zanim zapoznałem się z problematyką (m.in. uczestniczyłem w szkoleniach) minęło trochę czasu.”*

(dowód: akta kontroli str. 246-256)

Dyrektorzy SP ZOZ złożyli roczne oświadczenia o stanie kontroli zarządczej w Szpitalu za lata 2011-2013. Wynikało z nich, że w SP ZOZ w ograniczonym stopniu funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza. W oświadczeniu za 2013 rok zapisano *„Zastrzeżenia funkcjonowania kontroli zarządczej nadal dotyczą braku wszystkich procedur wewnętrznych opisujących przebieg procesów zachodzących w szpitalu. Pociąga to za sobą trudności w przeprowadzaniu audytów wewnętrznych, które miałyby sprawdzać zgodność funkcjonowania komórek organizacyjnych z ustalonymi standardami postępowania”.*

(dowód: akta kontroli str. 4-13, 48-62)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Obowiązki w zakresie gospodarowania odpadami medycznymi w SP ZOZ nie zostały przypisane wprost żadnej komórce organizacyjnej ani pracownikowi Szpitala. Mogło to ograniczać skuteczność kontroli zarządczej, o której mowa w art. 68 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁷. W obowiązujących instrukcjach i procedurach również nie wskazano osób odpowiedzialnych za całość zagadnień związanych z gospodarowaniem odpadami medycznymi w Szpitalu, w tym nadzór nad prawidłową realizacją zadań w ww. zakresie. Zgodnie ze Standardami kontroli zarządczej, określonymi

⁶ Decyzją nr 48/D-I/E/2013 z 15 kwietnia 2013 r.

⁷ Dz. U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.

w komunikacie nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych⁸ (obszar „Środowisko wewnętrzne”): „Zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności jednostek, 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” (standard II.A.3). Brak określenia tych zagadnień, w ocenie NIK było postępowaniem nierzetelnym.

(dowód: akta kontroli str. 14-37, 48-62)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że zadań z zakresu gospodarowania odpadami nie da się przypisać bezpośrednio jednej komórce. Dyrektor dodał: „Aktualnie obowiązujące zakresy obowiązków pracowników zostały im nadane w momencie zatrudnienia i zawierają dość ogólne sformułowania dotyczące obowiązków. Nie wydaje się słusznym przyjęcie założenia, że zakres obowiązków pracownika powinien zawierać szczegółowe czynności, które pracownik wykonuje na swoim stanowisku pracy, gdyż po pierwsze trudno przewidzieć wszystkie sytuacje jakie mogą wynikać podczas wykonywania pracy, a po drugie taki zakres obowiązków trzeba by aktualizować bardzo często i byłby bardzo obszerny. Bardziej elastycznym jest odwołanie się do obowiązku wykonywania zadań wynikających z obowiązujących w zakładzie regulacji takich jak zarządzenia, procedury, instrukcje itp. (...) Obecnie opracowywana jest szczegółowa procedura dotycząca gospodarowania odpadami medycznymi, w której m.in. zostaną wskazane osoby odpowiedzialne za prawidłową realizację zadań w tym zakresie”.

(dowód: akta kontroli str. 257-264)

We wprowadzonej 12 marca 2014 r. Polityce kontroli zarządczej w SP ZOZ, przyjęto m.in. zasadę, że „Kierownicy komórek organizacyjnych odpowiadają za realizację konkretnych celów i zadań wyznaczonych w regulaminie organizacyjnym Szpitala oraz innych regulacjach wewnętrznych i w związku z tym określają podległym sobie pracownikom precyzyjne i zrozumiałe zakresy zadań, uprawnień i odpowiedzialności.”

(dowód: akta kontroli str. 246-256)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonej nieprawidłowości organizację postępowania z odpadami medycznymi w Szpitalu.

2. Działania w zakresie unieszkodliwiania odpadów medycznych, ich ewidencjonowanie i sprawozdawczość

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu wytworzono (wg ewidencji odpadów) 28,033 Mg odpadów medycznych (8,636 Mg w 2011 roku, 9,679 Mg w 2012 roku i 9,718 Mg w 2013 roku), w tym:

- 0,391 Mg o kodzie 18 01 02*: 0,132 Mg w 2011 roku, 0,097 Mg w 2012 roku i 0,162 Mg w 2013 roku;
- 27,642 Mg o kodzie 18 01 03*: 8,504 Mg w 2011 roku, 9,582 Mg w 2012 roku i 9,556 Mg w 2013 roku.

Ilość wytwarzanych odpadów medycznych nie przekroczyła ilości odpadów wskazanych w decyzji Starosty Powiatu Białostockiego z 3 sierpnia 2004 r.

(dowód: akta kontroli str. 93-94)

Wskaźnik odpadów na jedno łóżko⁹ wzrósł w latach 2011-2013 z 0,056 Mg do 0,064 Mg (o 14,2%). Kierownik Działu techniczno-gospodarczego wyjaśnił, że wpływ na powyższe miał prawdopodobnie wzrost ilości osób dializowanych. Jak stwierdził „odpady związane z tym zabiegiem są dość ciężkie”. W latach 2011-2013 liczba wykonanych w Szpitalu dializ wyniosła kolejno: 3486, 3913 i 4006 (wzrost w ww. okresie ogółem o 14,9%).

(dowód: akta kontroli str. 163-164, 365-266)

SP ZOZ nie prowadził unieszkodliwiania odpadów medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 63)

⁸ Dz. Urz. MF Nr 15, poz. 84

⁹ Łącznie ze stanowiskami dializacyjnymi i inkubatorami w latach 2011-2013 było kolejno: 154, 154 i 152 łóżka.

Pismem z 27 maja 2013 roku Dyrektor Szpitala wystąpił do firmy, odbierającej odpady medyczne z SP ZOZ o udzielenie informacji o sposobie ich utylizacji i miejscu, w którym odpady te są spalane, a także zapewnienie że odbierane odpady medyczne są utylizowane (spalane) zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Nie otrzymano odpowiedzi w formie pisemnej.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił „Radca prawny Szpitala kilkakrotnie telefonicznie upominał się o nadesłanie nam takiej odpowiedzi. Otrzymaliśmy od przedstawiciela Firmy EMKA Rdest podczas rozmowy telefonicznej jedynie zapewnienie o prawidłowym i zgodnym z przepisami sposobie gospodarowania i utylizowania odpadów pochodzących z naszego szpitala. Firma EMKA Rdest do chwili obecnej nie przesłała stosownego dokumentu”.

(dowód: akta kontroli str.165, 257-262)

Szpital 25 lutego 2014 r. wystąpił także drogą e-mailową do firmy EMKA SA z prośbą o potwierdzenie unieszkodliwienia odpadów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Środowiska z 13 stycznia 2014 r. w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych.¹⁰ W związku z tym, że ww. rozporządzenie weszło w życie 22 lutego 2014 r., pierwsze potwierdzenie unieszkodliwienia odpadów medycznych sporządzone zostało za marzec 2014 r. (Szpital otrzymał dokument 11 kwietnia 2014 r.). (dowód: akta kontroli str. 166-169, 290-293)

Postępowanie z odpadami medycznymi w Szpitalu było zgodne z przepisami określonymi w rozporządzeniu MZ z 30 lipca 2010 r. w następującym zakresie:

- wprowadzono segregację odpadów na: odpady o kodach 18 01 03* i 18 01 02* do worków w kolorze czerwonym, odpady o kodzie 18 01 06* do worków w kolorze żółtym oraz odpady o kodach 18 01 01 i 18 01 04 do worków w kolorze niebieskim,
- worki jednorazowego użycia na odpady umieszczane były na stelażach lub w sztywnych pojemnikach,
- odpady medyczne o ostrych końcach zbierane były w pojemnikach jednorazowego użycia, sztywnych, odpornych na działanie wilgoci, mechanicznie odpornych na przekłucie bądź przecięcie,
- pojemniki lub worki wypełniane były do 2/3 objętości,
- otwarte worki/pojemniki oznaczone były kodem odpadu, a po ich zamknięciu również siedzibą wytwórcy i datą zamknięcia. Stwierdzone odstępstwa od tej zasady opisano w dalszej części wystąpienia, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”,
- worki z odpadami medycznymi odbierane były z oddziałów szpitalnych dwa razy dziennie,
- odpady medyczne przechowywane były (do czasu przekazania do unieszkodliwienia) w magazynie odpadów niebezpiecznych, posiadającym niezależne wejście z drzwiami bez progów, zamykanymi na klucz, ściany i podłogi wykonane z gładkich materiałów, wydzielone boksy z pojemnikami na odpady. W pomieszczeniu magazynu znajdowało się także przenośne urządzenie chłodnicze do przechowywania odpadów medycznych. Stwierdzone naruszenia przepisów dotyczące sposobu magazynowania odpadów medycznych opisano w dalszej części wystąpienia, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”,
- transport wewnętrzny odpadów z miejsca powstania do miejsca magazynowania odbywał się zamykanym wózkiem metalowym, przeznaczonym wyłącznie do tego celu. Wózek ten przechowywany był w pomieszczeniu magazynu odpadów niebezpiecznych. (dowód: akta kontroli str. 47-62, 170-180)

W Szpitalu prowadzono ewidencję odpadów medycznych wytwarzanych i przekazywanych do unieszkodliwienia, tj. karty ewidencji odpadów oraz karty przekazania odpadów, o których mowa w art. 36 ust. 1 i 4 ustawy z 27 kwietnia 2001 r. o odpadach¹¹ oraz art. 66

¹⁰ Dz. U z 2014 r., poz. 107

¹¹ Dz. U. z 2010 r., Nr 185, poz.1243 ze zm., uchylone z dniem 23.01.2013 r.

ust. 1, art. 67 ust. 1 i art. 70 ust. 1 ustawy z 14 grudnia 2012 r. o odpadach¹². Analiza ewidencji odpadów medycznych za lipiec, wrzesień i listopad z lat 2011-2013 wykazała, że:

- ewidencja prowadzona była odrębnie dla odpadów o kodach 18 01 02* i 18 01 03*,
- karty ewidencji odpadów prowadzone były na formularzu zawierającym wszystkie elementy określone we wzorach ustalonych w załączniku nr 1 rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 8 grudnia 2010 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów¹³, natomiast karty przekazania odpadów sporządzane były przez odbiorcę odpadów (zgodnie z umową na transport i utylizację odpadów) w formie wydruku, który nie zawierał niektórych elementów określonych w formularzu stanowiącym załącznik nr 5 do ww. rozporządzenia, o czym szerzej napisano w dalszej części wystąpienia, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli str. 95-96, 103-141)

Stosownie do wymogu art. 37 ustawy o odpadach z 2001 roku oraz art. 237 ustawy o odpadach z 2012 roku, Szpital w terminie do 15 marca każdego roku przedkładał Marszałkowi Województwa Podlaskiego zbiorcze zestawienie danych o wytwarzanych odpadach oraz o sposobie gospodarowania tymi odpadami. Dane zawarte w ww. zestawieniach w zakresie odpadów medycznych były zgodne z danymi zawartymi w kartach ewidencji tych odpadów. (dowód: akta kontroli str. 103-106, 115-118, 126-127, 186-201)

Ustalone
nieprawidłowości

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

- 1) W trakcie przeprowadzonych w dniu 25 marca 2014 r. oględzin miejsca magazynowania odpadów oraz przeprowadzonych w dniu 27 marca 2014 r. oględzin oddziałów szpitalnych w zakresie sposobu postępowania z odpadami medycznymi¹⁴ stwierdzono następujące naruszenia zasad określonych w Rozporządzeniu MZ z 30 lipca 2010 r.:

- w Oddziale chirurgicznym i w Dziale diagnostyki laboratoryjnej znajdowały się małe plastikowe pojemniki (łącznie 4) z odpadami medycznymi (dwa z kodem 18 01 02* i dwa z kodem 18 01 03*) otwarte 18, 19, 20 i 21 marca 2014 r, tj. nie były wymienione przez 6-9 dni. Tymczasem zgodnie z § 3 ust. 7 ww. rozporządzenia pojemniki lub worki z odpadami wymienia się nie rzadziej niż co 72 godziny.

Pielęgniarka oddziałowa w Oddziale chirurgicznym oraz kierownik Działu diagnostyki laboratoryjnej wyjaśniły, że pojemniki nie były jeszcze zapełnione do 2/3 ich objętości i dlatego – m.in. z oszczędności – nie przekazano ich wcześniej do unieszkodliwienia. Jednocześnie przyznały, że był to błąd.

- w dyżurce w Oddziale chirurgicznym na szafce znajdowały się odpady medyczne (m.in. po kroplówce) w nieoznaczonym małym worku koloru czerwonego umieszczonym w plastikowym pojemniku (również nieoznaczonym kodem odpadu). Ponadto w trakcie oględzin magazynu odpadów niebezpiecznych stwierdzono, że w pojemniku z odpadami medycznymi znajdował się worek z odpadami o kodzie 18 01 03* z bloku operacyjnego, nieoznaczony datą zamknięcia. Stanowiło to naruszenie § 4 pkt 1 i 3 ww. rozporządzenia.

Pielęgniarka oddziałowa Oddziału chirurgicznego wyjaśniła, że w ww. nieoznaczonym worku na szafce znajdowały się odpady przyniesione przed chwilą z sali w podręcznym pojemniku i nie zostały jeszcze wyrzucone do odpowiednio oznaczonego worka. Jednocześnie przyznała, że odstawienie odpadu na szafkę, a nie wyrzucenie go bezpośrednio do worka na odpady medyczne o odpowiednim kodzie było błędem.

Pielęgniarka oddziałowa Bloku operacyjnego wyjaśniła natomiast, że nie wie jak to się stało, że nie zamieszczono daty zamknięcia na worku z odpadami medycznymi,

¹² Dz. U. z 2013 r., poz. 21 ze zm.

¹³ Dz. U. Nr 249, poz. 1673.

¹⁴ Oględziny przeprowadzono w Bloku operacyjnym, Oddziale chirurgicznym, Oddziale ginekologiczno-położniczym oraz Dziale diagnostyki laboratoryjnej.

które znalazły się w magazynie 25 marca 2014 r. Jednocześnie zapewniła, że na bloku nie gromadzi się odpadów (są one oddawane do magazynu na bieżąco) i wspomniane odpady musiały pochodzić prawdopodobnie z zabiegu wykonanego w nocy z 24 na 25 marca 2014 r.

- w magazynie odpadów niebezpiecznych:
 - mimo zastosowania wyłącznie wentylacji grawitacyjnej, odpady przechowywane były (w dniu oględzin) w otwartym pojemniku/kontenerze, który nie był oznaczony kodem odpadu, czym naruszono zasadę określoną § 5 ust. 2 pkt 7 ww. rozporządzenia,
 - w pomieszczeniu znajdowało się okno, które w dniu oględzin było uchylone. W oknie nie było zabezpieczenia przed dostępem owadów do pomieszczenia (np. moskitiery), co naruszało wymóg określony w § 5 ust. 2 pkt 4 ww. rozporządzenia.

Kierownik Działu techniczno-gospodarczego wyjaśnił, że nieprawidłowości wynikają z niedopatrzenia i zostaną usunięte w najbliższym czasie.

(dowód: akta kontroli str. 170-185, 265-266)

2) Analiza kart ewidencji odpadów i kart przekazania odpadów z lipca, września i listopada 2011, 2012 i 2013 roku wykazała m.in., że:

- w kartach ewidencji odpadu nie wykazano części odpadów, które (zgodnie z kartami przekazania odpadów) zostały przekazane do unieszkodliwienia. I tak w kartach ewidencji odpadów za:
 - wrzesień 2011 r. nie ujęto 14 kg odpadów medycznych (4 kg o kodzie 18 01 02* i 10 kg o kodzie 18 01 03*),
 - listopad 2011 r. nie ujęto 1 kg odpadów medycznych (kod 18 01 03*),
 - lipiec 2012 r. nie ujęto 4 kg odpadów medycznych (kod 18 01 03*),
 - listopad 2012 r. nie ujęto 2 kg odpadów medycznych (kod 18 01 03*),
 - za wrzesień 2013 r. nie ujęto 96 kg odpadów medycznych (kod 18 01 03*);
- miesięczne karty ewidencji odpadu nie zawierały imienia i nazwiska osoby sporządzającej (w miejscu przeznaczonym na te dane zamieszczany był nieczytelny podpis);
- na wszystkich objętych analizą kartach przekazania odpadu nie zamieszczono:
 - w 2011 roku: daty potwierdzenia przekazania odpadu, daty potwierdzenia wykonania usługi transportu odpadu oraz daty potwierdzenia wykonania usługi przejęcia odpadu, a także pieczęci potwierdzającego przekazanie odpadu,
 - w 2012 roku: pieczęci potwierdzającego przekazanie odpadu,
 - w 2013 roku: podpisu potwierdzającego przekazanie odpadu,
 - w latach 2011-2013 nr REGON Szpitala oraz rodzaju odpadu (był kod).

(dowód: akta kontroli str. 95-141)

Wymagane elementy kart ewidencji odpadów oraz kart przekazania odpadów określone były wzorami stanowiącymi załącznik nr 1 i 5 do rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 8 grudnia 2010 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów¹⁵.

Kierownik Działu techniczno-gospodarczego oraz inspektor służby bhp, spraw obronnych i przeciwpożarowych wyjaśnili, że ww. nieprawidłowości wynikały z omyłek lub niedopatrzenia. Pracownicy zostali pouczeni o prawidłowym wypełnianiu kart przekazania odpadu oraz kart ewidencji odpadu. (dowód: akta kontroli str. 160-161)

¹⁵ Dz. U. Nr 249, poz. 1673

Ocena cząstkowa

Opis stanu
faktycznego

W Szpitalu w latach 2011-2013 nie prowadzono karty ewidencji odpadu o kodzie 18 01 06*. W trakcie oględzin stwierdzono, że taki odpad był wytwarzany (w Dziale diagnostyki laboratoryjnej). Również kontrola Podlaskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, przeprowadzona w marcu 2013 roku, wskazała na fakt wytwarzania tego odpadu. Inspektor służby bhp, spraw obronnych i przeciwpożarowych wyjaśniła, że nie prowadziła karty ewidencji odpadów o kodzie 18 01 06*, ponieważ nie było kart przekazania takich odpadów. Kierownik Działu techniczno-organizacyjnego wyjaśnił natomiast, że odpady o tym kodzie odbierał ten sam podmiot, który odbiera pozostałe odpady medyczne, a ponieważ były to niewielkie ilości, nie sporządzano kart ich przekazania. (dowód: akta kontroli str. 77-84 173-177, 245, 265-266)

W dniu 19 marca 2014 r. (w trakcie kontroli NIK) przekazano do unieszkodliwienia - wg karty przekazania - odpady o kodzie 18 01 06* w ilości 5 kg. (dowód: akta kontroli str. 267)

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działania Szpitala w zakresie gromadzenia i przechowywania odpadów medycznych, ich ewidencjonowania oraz sprawozdawczości.

3. Postępowanie dotyczące zawierania i wykonywania umów z podmiotami odbierającymi odpady medyczne

W okresie objętym kontrolą SP ZOZ zawierał roczne umowy na transport i utylizację/unieszkodliwienie odpadów medycznych z firmą EMKA SA (przed 2013 rokiem: EMKA K. Rdest Handel-Usługi) z Żyrardowa. Ustalono w nich m.in., że:

- odbierane będą odpady o kodach, m.in. wskazanych w wydany Szpitalowi pozwoleniu na wytwarzanie odpadów (bez określenia ich ilości),
- zleceniobiorca będzie dokonywał wywozu odpadów własnym pojazdem specjalistycznym do uprawnionego zakładu utylizacji (bez określenia miejsca unieszkodliwienia odpadów),
- przekazanie odpadów zostanie potwierdzone na dokumencie obrotu odpadami,
- wynagrodzenie w wysokości 3 zł netto za każdy odebrany kilogram odpadów (bez określenia ogólnej wartości umowy). (dowód: akta kontroli str. 202-211)

Przedmiot ww. umów określano następująco „Zleceniodawca zleca Zleceniobiorcy odbiór i transport do miejsca utylizacji odpadów medycznych o kodach”, bez wskazania, że dotyczy ona również unieszkodliwiania tych odpadów.

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił: „*faktem jest, że w punkcie umowy dotyczącym przedmiotu umowy brakuje słowa „unieszkodliwianie” jednak w tytule umowy taki zapis istnieje. Ponadto potwierdzeniem wykonywania tego elementu usługi są faktury wystawione przez wykonawcę, zawierające w opisie usługi również pojęcie unieszkodliwiania.*” Na fakturach wystawianych przez odbiorcę odpadów medycznych jako nazwę towaru podawano „usługa termicznej utylizacji”. (dowód: akta kontroli str. 142-159, 202-211, 257-262)

W ww. umowach określono, że „*odbiór odpadów odbywać się będzie po uprzednim zgłoszeniu telefonicznym lub według określonego harmonogramu*”. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wybrano system zgłoszeń telefonicznych. Z analizy kart przekazania odpadów wystawionych w lipcu, wrześniu i listopadzie w latach 2011-2013, wynika że odbiór odpadów odbywał się nie rzadziej niż co dwa dni. W umowie obowiązującej od marca 2014 roku wprowadzono harmonogram odbioru odpadów, w którym określono że będzie się on odbywał w poniedziałek, środę i piątek w godzinach 8-10.

(dowód: akta kontroli str. 202-2011, 257-264)

Umowy na transport i unieszkodliwianie odpadów, ze względu na niską wartość (około 30 tys. zł brutto rocznie), zawierane były przez Szpital bez stosowania ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych¹⁶. Kierownik Działu techniczno-gospodarczego wyjaśnił, że w latach 2011-2013 wyboru firmy odbierającej odpady medyczne dokonywano na podstawie telefonicznego rozeznania cenowego, z którego

¹⁶ Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.

nie sporządzono dokumentacji. W ww. okresie w Szpitalu nie obowiązywały wewnętrzne regulacje dotyczące udzielania zamówień o wartości poniżej 14 tys. euro. Regulamin w sprawie udzielania zamówień publicznych, których wartość nie przekracza równowartości kwoty 14 000 euro netto wyrażonej w złotych wprowadzony został 19 lutego 2014 roku.

(dowód: akta kontroli str. 202, 212-213, 265-266, 272-283)

W latach 2011-2013 Szpital nie posiadał pisemnych informacji o miejscu unieszkodliwiania przekazywanych odpadów medycznych. Z danych przesłanych Szpitalowi drogą e-mailową w trakcie kontroli NIK przez firmę EMKA SA wynika, że odpady medyczne, odbierane ze Szpitala, unieszkodliwiane były w spalarni znajdującej się przy Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym im. dr Józefa Psarskiego w Ostrołęce (województwo mazowieckie), oddalonej od SP ZOZ ok. 97 km.¹⁷

(dowód: akta kontroli str. 241,271)

Art. 20 ust. 3 ustawy o odpadach z 2012 r. (wcześniej również art. 9 ust. 3 i 5 ustawy o odpadach z 2001 r.) zakazuje unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych poza obszarem województwa, na którym zostały wytworzone. Na pytanie dlaczego zawarto umowę z firmą unieszkodliwiającą zakaźne odpady medyczne poza terenem województwa podlaskiego, dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że wg jego wiedzy na rynku unieszkodliwiania odpadów medycznych w województwie podlaskim działa zaledwie kilka podmiotów, które mają niewystarczającą wydajność, co zmusiło do poszukiwania innych podmiotów, dopuszczając, że unieszkodliwianie będzie się odbywać na terenie innego województwa. Przy wyborze firmy odbierającej odpady decydujące znaczenie miała cena usługi.

(dowód: akta kontroli str. 257-262)

W okresie objętym kontrolą na terenie województwa podlaskiego działały spalarnie odpadów medycznych w: Szpitalu Publicznym w Hajnówce oddalonym od SP ZOZ o ok. 72 km, Wojewódzkim Szpitalu Klinicznym im. K. Dłuskiego w Białymstoku oddalonym o ok. 28 km oraz Szpitalu Wojewódzkim im. Kard. ST. Wyszyńskiego w Łomży oddalonym o ok. 72 km¹⁸. Z „Raportu o stanie środowiska województwa podlaskiego w latach 2011-2012”, opracowanego przez Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w Białymstoku wynika, że w powyższych instalacjach unieszkodliwia się jedynie część wytwarzanych w województwie odpadów ze względu na niewystarczające moce przerobowe instalacji. Pozostała ich ilość jest kierowana do instalacji w innych województwach.¹⁹

W latach 2011-2013 roczne koszty Szpitala związane z unieszkodliwieniem odpadów medycznych wyniosły kolejno: 28.175,04 zł, 31.295,16 zł i do 31.893,26 zł (ogółem 91.363,46 zł.) i stanowiły od 0,21% do 0,22% kosztów operacyjnych SP ZOZ. W okresie objętym kontrolą nastąpił wzrost ww. kosztów o 13,2%, co było spowodowane zwiększeniem ilości wytwarzanych odpadów medycznych, o czym napisano w pkt 2.1. niniejszego wystąpienia. Koszt jednostkowy transportu i unieszkodliwienia odpadów był stały i wynosił 3.240 zł brutto za 1 Mg odpadów.

(dowód: akta kontroli str. 243)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W ocenie NIK SP ZOZ zawierając umowy na odbiór odpadów nie zachował należytej staranności, bowiem:

- umowy te nie określały kar umownych za niewłaściwe lub nieterminowe wykonanie usługi. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *„brak kar umownych jest efektem pozycji dominującej wykonawcy nad zamawiającym. Firma odmawia podpisania umowy z zapisami kar umownych. Jak do tej pory nie zaistniała sytuacja związana z nieterminowym odbiorem odpadów”*;
- Szpital nie dysponował potwierdzeniem, że wykonawca posiada pozwolenie na unieszkodliwianie odpadów medycznych w drodze spalania oraz informacji o miejscu unieszkodliwiania odpadów medycznych odbieranych z SP ZOZ. Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *„Uważaliśmy, że skoro przekazujemy odpady firmie, która ma stosowne pozwolenia na gospodarowanie odpadami, to odpady ze Szpitala będą unieszkodliwiane w sposób właściwy, zgodny z przepisami.”* Jednak do czasu kontroli NIK, SP ZOZ nie posiadał kopii pozwolenia

¹⁷ Wg internetowego serwisu zumi.pl odległość z Łap, ul. Korczaka 23 do Ostrołęki, ul. J.P.II 120A wynosi 109,4 km.

¹⁸ Odległości wyliczone w serwisie zumi.pl

¹⁹ <http://www.wios.bialystok.pl/pdf/raport2011-2012.pdf>

na unieszkodliwianie odpadów w drodze spalania, przyznanego firmie EMKA (kopie zostały dołączone w trakcie kontroli), nie posiadał też innego pisemnego potwierdzenia o spełnianiu przez tę firmę ustawowych wymogów do dokonywania odbioru odpadów medycznych. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że opierano się na ustnym oświadczeniu odbiorcy, że firma posiada stosowne zezwolenia i nie uważano za konieczne posiadanie kopii tych zezwoleń. Dodał też: „Założyliśmy, że skoro firma funkcjonuje dość długo i obsługuje różne placówki medyczne, to istnieje domniemanie, że spełnia ustawowe kryteria. Można powiedzieć, że jest to nasze niedopatrzenie.”

(dowód: akta kontroli str. 202-211, 257-264, 269-70)

Wg danych zaczerpniętych ze strony internetowej Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektoratu Ochrony Środowiska²⁰ w okresie od 01 września 2011 r. do 31 stycznia 2012 r. w spalarni w Szpitalu w Ostrołęce, w której – wg informacji e-mailowej z firmy EMKA SA - spalane były odpady SP ZOZ, z powodu remontu, odpady nie mogły być unieszkodliwiane. Z faktur wystawionych przez firmę EMKA SA wynika, że w ww. okresie do termicznej utylizacji przekazano ze Szpitala 4,038 Mg odpadów.

(dowód: akta kontroli str. 144-147, 241, 284-289)

Zdaniem NIK określenie w umowie sposobu i miejsca unieszkodliwiania odpadów medycznych oraz kar za niewłaściwe lub nieterminowe wykonanie umowy, a także posiadanie pisemnego potwierdzenia spełnienia przez odbiorcę odpadów medycznych wymogów określonych przepisami prawa jest niezbędne do zabezpieczenia interesów Szpitala w zakresie odpowiedzialności za prawidłowość postępowania z odpadami medycznymi. Zgodnie bowiem z art. 27 ust. 5 i 6 ustawy z 14 grudnia 2012 r. o odpadach „Wytwórca zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych jest zwolniony z odpowiedzialności za zbieranie lub przetwarzanie tych odpadów, z chwilą dokonania unieszkodliwiania tych odpadów przez następnego posiadacza odpadów przez termiczne przekształcenie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych w spalarni odpadów niebezpiecznych. Potwierdzeniem przejścia odpowiedzialności za gospodarowanie odpadami na następnego posiadacza odpadów w przypadku, o którym mowa w ust. 5, jest dokument potwierdzający unieszkodliwienie.”

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala w zakresie zawierania i wykonywania umów z podmiotami odbierającymi odpady medyczne. Zwraca jednak uwagę na konieczność dołożenia większej staranności w regulowaniu z odbiorcą odpadów warunków odbioru i unieszkodliwiania odpadów medycznych.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli²¹, wnosi o:

1. Przypisanie obowiązków w zakresie realizacji zadań związanych z gospodarką odpadami medycznymi komórkom organizacyjnym Szpitala w regulaminie organizacyjnym oraz pracownikom, wykonującym ww. zadania w dokumentach określających ich zakresy obowiązków.
2. Wyeliminowanie naruszeń prawa w zakresie postępowania z odpadami medycznymi dotyczących częstotliwości wymiany pojemników z odpadami, oznaczenia worków z odpadami medycznymi oraz sposobu magazynowania odpadów medycznych.
3. Rzetelne prowadzenie ewidencji odpadów medycznych, w tym ujmowanie w kartach ewidencji wszystkich wytworzonych odpadów oraz kompletnych danych wymaganych wzorami ustalonymi w załącznikach nr 1 i 5 do rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 8 grudnia 2010 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów.

²⁰ <http://www.wios.warszawa.pl/pl/monitoring-srodowiska/monitoring-odpadow/spalarnie>

²¹ Dz. U. z 2012 r., poz. 82, ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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 Białymstoku.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

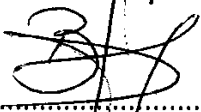
Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Białystok, dnia 8.05. 2014 r.

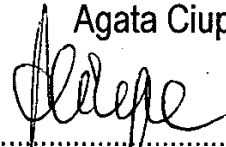
Kontroler:

Beata Pawłowska
specjalista kontroli państwowej



.....
podpis

DYREKTOR DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli
z up. p.o. WICEDYREKTORA
Agata Ciupa



.....
podpis

