



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI-4101-005-02/2014

P/14/055



01747014

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	Maciej Brzosko, inspektor kontroli państwowej – upoważnienie do kontroli Nr 89548 z dnia 19 marca 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Szpital Ogólny w Kolnie, zwany dalej: „Szpital” lub „SOK” (18-500 Kolno, ul. Wojska Polskiego 69)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Krystyna Marianna Dobrołowicz, Dyrektor Szpitala Ogólnego w Kolnie (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie
oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹, działalność Szpitala w zakresie postępowania z odpadami medycznymi w latach 2011-2013.

Uzasadnieniem pozytywnej oceny jest prawidłowa organizacja postępowania z odpadami medycznymi w Szpitalu, w oparciu o wymagane prawem zezwolenia na wytwarzanie odpadów oraz opracowane procedury postępowania z odpadami medycznymi.

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości dotyczyły:

- przypadków niewłaściwego postępowania z odpadami medycznymi,
- nierzetelnego wypełniania kart przekazania odpadu.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja postępowania z odpadami medycznymi

Opis stanu
faktycznego

1.1 W okresie objętym kontrolą² Szpital posiadał uregulowany stan formalno-prawny w zakresie gospodarki odpadami medycznymi³, w tym pozwolenie⁴ (obowiązujące do 15 grudnia 2014 r.) na wytwarzanie w ciągu roku odpadów medycznych w następujących rodzajach (kodach) i ilościach:

- 18 01 01 narzędzia chirurgiczne i zabiegowe oraz ich resztki – w ilości 20 kg,
- 18 01 02* części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania – 800 kg,
- 18 01 03* 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 sądu, że wywołują choroby u ludzi i zwierząt – 8000 kg,
- 18 01 04 inne odpady niż wymienione w 18 01 03* (gipsy i opatrunki gipsowe) – 100 kg,
- 18 01 06* chemikalia zawierające niebezpieczne substancje – 5000 l.,
- 18 01 08* leki cytotoksyczne i cytostatyczne – 2 kg,
- 18 01 09 leki inne niż wymienione w 18 01 08* – 7 kg.

(dowód: akta kontroli str. 4-10)

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

² Okres objęty kontrolą to lata 2011-2013.

³ Grupa odpadów o kodzie kwalifikacyjnym nr 18 01 – odpady z diagnozowania, leczenia i profilaktyki medycznej.

⁴ Decyzja Starosty Kolneńskiego: z 23 grudnia 2004 r., z 12 października 2006 r., z 13 grudnia 2008 r. oraz z 28 grudnia 2012 r.

1.2 Na mocy zarządzenia Nr 1/08 z 2 stycznia 2008 r. Dyrektora w sprawie wprowadzenia Gospodarki Odpadami Szpitalnymi, wprowadzono procedurę postępowania z odpadami medycznymi na stanowiskach pracy, gdzie wytwarza się odpady medyczne. Gospodarka Odpadami Szpitalnymi obejmowała:

- Procedurę postępowania z odpadami medycznymi powstałymi w wyniku udzielania świadczeń w miejscu wezwania,
- Instrukcję transportu wewnętrznego odpadów,
- Instrukcję postępowania z odpadami ostrymi,
- Instrukcję postępowania ze sprzętem jednorazowego użytku oraz materiałem opatrunkowym (po wykonaniu zabiegu) w oddziałach szpitalnych,
- Procedurę postępowania z odpadami wytwarzanymi poza siedzibą Szpitala,
- Instrukcję transportu odpadów medycznych i komunalnych do Szpitala z poradni w terenie.

Ponadto, Dyrektor Szpitala 21 marca 2013 r. wprowadziła Procedurę PJ 1 – postępowanie z odpadami medycznymi oraz Instrukcję roboczą IR 1 – postępowanie z odpadami medycznymi w miejscu powstawania.

Przyjęte przez Szpital uregulowania były zgodne z decyzjami administracyjnymi dotyczącymi postępowania z odpadami medycznymi i z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi⁵ (zwanym dalej: „rozporządzeniem w sprawie sposobu postępowania z odpadami medycznymi”). (dowód: akta kontroli str. 11-43)

1.3 W okresie objętym kontrolą Szpital nie realizował inwestycji związanych z unieszkodliwianiem odpadów medycznych.

1.4 W latach 2011-2013 specjalista ds. epidemiologicznych przeprowadziła 10 wewnętrznych szkoleń dla pracowników Szpitala w zakresie postępowania z odpadami medycznymi. Tematyka szkoleń dotyczyła głównie zagadnień związanych z segregacją odpadów, ich oznakowywania oraz składowania i przechowywania. Ponadto w 2013 roku przeprowadzono trzy narady z pielęgniarsko-położniczą kadrą kierowniczą, których tematyka obejmowała m.in. tematykę związaną z obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi postępowania z odpadami medycznymi, zasad segregacji odpadów oraz działań zmierzających do ograniczenia ilości wytwarzanych odpadów medycznych. (dowód: akta kontroli str. 44-46)

1.5 W okresie objętym kontrolą Szpital był trzykrotnie kontrolowany w zakresie m.in. postępowania z odpadami medycznymi, tj. przez Podlaskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Białymstoku (dalej: „PPWIS”) w dniach od 5 do 8 kwietnia 2011 r., oraz 25 kwietnia 2012 r. (dwie kontrole), a także przez Wojewódzkiego Inspektora Ochrony Środowiska w Białymstoku (dalej: „WIOŚ”) od 27 lipca do 31 sierpnia 2012 r.

PPWIS w zakresie higieny komunalnej skontrolował zaplecze szpitalne, w skład którego wchodził m.in. magazyn odpadów medycznych oraz pomieszczenia mycia i przechowywania sprzętu do transportu odpadów medycznych. W toku kontroli w magazynie odpadów medycznych stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- brak zabezpieczonych drzwi przed dostępem osób nieupoważnionych od strony kotłowni,
- złuszczenia farby na ścianach,
- zbyt długi czas przechowywania odpadów medycznych o kodzie 18 01 02* wynoszący 2 tygodnie zamiast 72 godziny,

⁵ Dz. U. z 2010 r. Nr 139, poz. 940.

- niewłaściwy czas i temperatura magazynowania odpadów medycznych o kodzie 18 01 06*.

Zalecono usunięcie powyższych nieprawidłowości. Zgodnie z pismem Szpitala z 26 maja 2011 r. do Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Białymstoku, zalecenia zostały zrealizowane w wyznaczonym terminie, tj. do 27 maja 2011 r. W trakcie drugiej kontroli PPWIS 24 kwietnia 2012 r. sprawdzano wykonanie zaleceń pokontrolnych z poprzedniej kontroli i w tym zakresie nieprawidłowości nie stwierdzono.

Kontrola WIOŚ dotyczyła gospodarki odpadami wytwarzanymi w Szpitalu. W toku tej kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie postępowania z odpadami medycznymi. (dowód: akta kontroli str. 47-48)

1.6 Obowiązujący w Szpitalu system kontroli zarządczej został wprowadzony na mocy Zarządzenia nr 16/2013 Dyrektora z dnia 11 kwietnia 2013 r. w sprawie wprowadzenia Procesu Kontroli Zarządczej oraz Zarządzenia nr 23/2013 Dyrektora z dnia 2 sierpnia 2013 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Kontroli Zarządczej. Obszar działania kontroli zarządczej obejmował m.in. ocenę zgodności działania w poszczególnych obszarach i stanowiskach pracy z przepisami prawa, co pośrednio wiązało się z zagadnieniami dotyczącymi postępowania z odpadami medycznymi. Specjalista ds. epidemiologii w Szpitalu przeprowadziła 40 kontroli oraz audytów wewnętrznych w jednostkach organizacyjnych szpitala, podczas których oceniała m.in. sposób postępowania z odpadami medycznymi, prawidłowość segregacji odpadów, ich czasowe magazynowanie, itp. W ramach tych działań nie stwierdzono w Szpitalu nieprawidłowości.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że przyczyną wprowadzenia systemu kontroli zarządczej dopiero w 2013 r. było wprowadzanie od IV kwartału 2009 r. systemu zarządzania jakością ISO 9001:2009. Z uwagi na zmiany w prawie nakładające obowiązek wprowadzenia m.in. nowego statutu i regulaminu organizacyjnego Szpital zrezygnował z wdrożenia systemu jakości ISO i wprowadził system kontroli zarządczej po przyjęciu podstawowych regulaminów organizacyjnych. (dowód: akta kontroli str. 212)

Z treści oświadczenia o stanie kontroli zarządczej za 2013 rok wynikało, że w Szpitalu w ograniczonym stopniu funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza. Zastrzeżenia dotyczące funkcjonowania kontroli zarządczej w roku 2013 dotyczyły braku polityki bezpieczeństwa informacji, braku skutecznego obiegu informacji oraz braku formalnego systemu zarządzania ryzykiem.

(dowód: akta kontroli str. 160-166, 171-210)

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej za 2013 r. zostało złożone do Starostwa Powiatowego w Kolnie z opóźnieniem, tj. 11 kwietnia 2014 r. zamiast do 31 marca 2014 r., co było niezgodne z § 43 Procesu Kontroli Zarządczej w Szpitalu Ogólnym w Kolnie.

Dyrektor wyjaśniła, że przyczyną złożenia z opóźnieniem oświadczenia o stanie kontroli zarządczej za 2013 r. był duży natłok pracy związany z przygotowaniem oferty do NFZ na konkurs ogłoszony 18 marca 2014 r., wdrażaniem systemu informatycznego w Szpitalu, badaniem bilansu za 2013 rok oraz przygotowaniem sprawozdania z realizacji planu finansowego i inwestycyjnego Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 160-166, 171-210, 212-218)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala w zakresie organizacji postępowania z odpadami medycznymi.

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

Opis stanu
faktycznego

2.1 W 2011 roku na terenie Szpitala zostały wytworzone odpady medyczne o kodzie klasyfikacyjnym: 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 06*, 18 01 09 w ilości (w przeliczeniu

kg/łożko)⁶ odpowiednio: 2,20, 32,22, 5,58 oraz 0,01. W roku 2012 ilość wytworzonych odpadów wyniosła odpowiednio: 1,78, 48,6, 3,55 i 0,01 kg/łożko. W 2013 roku masa wytworzonych odpadów wyniosła odpowiednio: 1,81, 48,2, 4,64 oraz 0,02 kg/łożko. Ilości wytwarzanych odpadów medycznych przez Szpital nie przekraczała ilości określonych w decyzjach Starosty Kolneńskiego.

Delegatura NIK w Białymstoku w 2006 r. przeprowadziła w Szpitalu kontrolę postępowania z odpadami medycznymi (P/06/108), w wyniku której stwierdzono m.in. przekroczenie dopuszczalnej w pozwoleniach ilości wytwarzanych odpadów medycznych. W związku z tym NIK wnioskowała o wytwarzanie odpadów medycznych w ilości określonej w decyzji Starosty Kolneńskiego. Jak wynika z ustaleń niniejszej kontroli – wniosek zrealizowano.

(dowód: akta kontroli str. 4-10, 49-54, 125-136)

W okresie objętym kontrolą Szpital nie przyjmował odpadów od innych podmiotów leczniczych i nie unieszkodliwiał odpadów samodzielnie.

2.2 W okresie od uzyskania uprawnienia, tj. od wejścia w życie art. 95 ust. 4 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach⁷ (tj. od 23 stycznia 2013 r.) Szpital raz wnioskował (telefonicznie w czasie trwania kontroli NIK) do podmiotu odbierającego odpady o wydanie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie odpadów. Dokument ten wystawiony 4 kwietnia 2014 r., zawierał m.in. dane zbiorcze nt. unieszkodliwionych odpadów medycznych Szpitala za marzec 2014 r. i był zgodny ze wzorem określonym w załączniku do rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 13 stycznia 2014 r. w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwianie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych⁸.

(dowód: akta kontroli str. 167-169)

2.3. Odpady medyczne wytwarzane w Szpitalu przed ich przekazaniem do unieszkodliwienia magazynowane były w stacjonarnym urządzeniu chłodniczym (odpady o kodach 18 01 03*, 18 01 06*, 18 01 09) oraz w przenośnym urządzeniu chłodniczym (odpady o kodzie 18 01 02*). Urządzenia te spełniały wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie sposobu postępowania z odpadami medycznymi tj. m.in.: posiadały ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję oraz były zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych. Ponadto, stacjonarne urządzenie chłodnicze posiadało wewnętrzny termometr oraz zamknięcie drzwi wejściowych umożliwiające ich otwarcie od wewnątrz. W Oddziałach Szpitalnych stosowano worki do zbierania odpadów o odpowiednich kolorach, które były oznakowane w prawidłowy sposób, jednakże nie były nieprzezroczyste.

W Szpitalu transport odpadów medycznych z miejsca wytwarzania do miejsca magazynowania odbywał się środkami transportu przeznaczonymi wyłącznie do tego celu, tj. przy użyciu transportowych pojemników zamykanych. (dowód: akta kontroli str. 55-76)

2.4 W Szpitalu prowadzono ewidencję odpadów medycznych wytwarzanych i przekazywanych do unieszkodliwienia, tj. karty ewidencji odpadu (prowadzono dla każdego rodzaju odpadu odrębnie) i karty przekazania odpadu. Karty ewidencji odpadu w latach 2011-2013 były rzetelne i zawierały wszystkie elementy wymagane rozporządzeniem Ministra Środowiska z dnia 8 grudnia 2010 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów⁹ (dalej: „rozporządzenie w sprawie wzorów dokumentów”).

(dowód: akta kontroli str. 123-124)

2.5. W okresie objętym kontrolą Szpital terminowo przedkładał (do 15 marca danego roku) marszałkowi województwa zbiorcze zestawienie danych o wytwarzanych odpadach oraz o sposobie gospodarowania wytworzonymi odpadami. Dane zawarte w w/w zestawieniach były rzetelne, tj. wynikały z prowadzonej w Szpitalu ewidencji odpadów.¹⁰

(dowód: akta kontroli str. 125-136, 223-228)

⁶ W latach 2011-2013 Szpital dysponował 138 łózkami w sześciu Oddziałach.

⁷ Dz. U. z 2013 r., poz. 21 ze zm.

⁸ Dz. U. z 2014 r., poz. 107.

⁹ Dz. U. Nr 249, poz. 1673.

¹⁰ Po kontroli P/06/108 NIK wniosła o przekazywanie Marszałkowi Województwa Podlaskiego rzetelnych danych o rodzaju i ilości wytworzonych odpadów – wniosek zrealizowano.

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W trakcie przeprowadzonych w dniu 4 kwietnia 2014 r. oględzin m.in. stacjonarnego urządzenia chłodniczego, pomieszczeń do dezynfekcji i mycia wewnątrzzakładowych środków transportu wewnętrznego odpadów medycznych i pojemników wielokrotnego użycia oraz sposobu zbierania odpadów w Gabinetzie zabiegowym Oddziału Pediatrycznego oraz Oddziału Wewnętrznego ustalono, że w stacjonarnym urządzeniu chłodniczym służącym do czasowego magazynowania odpadów medycznych znajdował się worek na odpady medyczne o kodzie 18 01 03* wypełniony powyżej 2/3 jego objętości, czym naruszono § 3 ust. 6 rozporządzenia w sprawie sposobu postępowania z odpadami medycznymi, który stanowi, że pojemniki lub worki należy wypełniać do 2/3 ich objętości w sposób umożliwiający ich bezpieczne zamknięcie.

Przyczyną powstania nieprawidłowości było niestosowanie się personelu Szpitala do wymagań określonych w rozporządzeniu w sprawie sposobu postępowania z odpadami medycznymi.

Nadzorowanie pracy pielęgniarek i położnych, nadzorowanie dyscypliny pracy, a także dokonywanie okresowych inspekcji stanowisk pracy podległego personelu było zadaniem Przełożonej Pielęgniarek i Położnych, która wyjaśniła: „*Jestem zaskoczona zaistniałą sytuacją, do tej pory nikt nie zgłaszał mi, iż worki na odpady są nieprawidłowo wypełnione, ani osoby zwożące worki do magazynku odpadów medycznych ani firma odbierająca odpady medyczne do utylizacji nie kwestionowała pakowania odpadów. Personel wytwarzający odpady był przeszkolony odnośnie segregacji odpadów w miejscu powstawania oraz do jakiej objętości winien wypełniać worki czy pojemniki przed ich wymianą. W czasie kontroli nie stwierdzałam nieprawidłowości odnośnie segregacji odpadów czy przepełniania worków.*” (dowód: akta kontroli str. 55-76, 111-113, 117-122)

2. W gabinetach zabiegowych Oddziału Pediatrycznego oraz Oddziału Internistycznego znajdowały się łącznie trzy pojemniki na odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach, które nie posiadały oznakowania identyfikującego kod odpadów w nich przechowywanych.

Przełożona Pielęgniarek i Położnych wyjaśniła: „*Personel Oddziału Internistycznego i Pediatrycznego w czasie wymiany pojemników na odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach przeoczył przez nieuwagę, nie dopisał wymaganego kodu odpadu. W celu wyeliminowania zaistniałej sytuacji upomniałam personel tych oddziałów, ponownie przeszkolono jak prawidłowo winny być oznakowywane pojemniki na odpady ostre. Nieprawidłowość została natychmiast usunięta.*” (dowód: akta kontroli str. 55-76, 117-122)

3. W trakcie oględzin w stacjonarnym urządzeniu chłodniczym oraz w gabinecie zabiegowym Oddziału Pediatrycznego oraz Oddziału Wewnętrznego ustalono, że do zbierania odpadów medycznych używano worków, które nie były nieprzezroczyste oraz jednokrotnego zamknięcia, a tym samym nie spełniały wymagań określonych w § 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie sposobu postępowania z odpadami medycznymi, zgodnie z którym odpady medyczne o kodzie m.in. 18 01 03* zbiera się do worków jednorazowego użycia z folii poliestrowej, koloru czerwonego, nieprzezroczystych, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia.

Przyczyną nieprawidłowości był zakup worków niespełniających wymagań określonych w w/w rozporządzeniu. Szpital nabył worki w ramach przetargu nieograniczonego z 2 lipca 2013 r. na dostawę środków dezynfekcyjnych oraz artykułów czystościowych i gospodarczych. Umowę z dostawcą wyłonionym w ramach przetargu zawarto 8 sierpnia 2013 r. na okres dwóch lat. W części dotyczącej dostawy czerwonych oraz żółtych worków umowa opiewała na kwotę 3.244,74 zł.

Odpowiedzialnym za powstanie nieprawidłowości była Dyrektor Szpitala, która zatwierdziła Specyfikację Istotnych Warunków Zamówienia przy przetargu nieograniczonym na dostawę środków dezynfekcyjnych oraz artykułów czystościowych i gospodarczych dla potrzeb Szpitala Ogólnego w Kolnie oraz podpisała umowę z wyłonionym w ramach przetargu wykonawcą oferującym worki niespełniające wymagań z w/w rozporządzenia.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że brak w SIWZ wymogu by worki spełniały wymagania określone w w/w rozporządzeniu było wynikiem przeoczenia oraz że przygotowaniem przetargu pod względem merytorycznym, zgodnie z przyjętymi w Szpitalu uregulowaniami zajmuje się pracownik Sekcji Administracyjno-Gospodarczej, który sprawował nadzór nad poszczególnymi etapami postępowania. Ponadto, Dyrektor wyjaśniła, że nieprawidłowość została usunięta i worki pakowane są podwójnie (przez co stają się nieprzezroczyste) oraz zamykane za pomocą jednorazowych opasek zaciskowych zapewniających możliwość jednokrotnego zamknięcia worka. (dowód: akta kontroli str. 55-73, 78-116, 171-174)

4. Karty przekazania odpadu¹¹ z 2011 r. nie zawierały daty potwierdzenia wykonania usługi transportu odpadu oraz wskazania rodzaju odpadu. Ponadto masę przekazanych odpadów podawano w kilogramach (powinna być podana w megagramach - Mg). Karty przekazania odpadu z roku 2012 i 2013 nie zawierały wskazania rodzaju odpadu, a ponadto masę przekazanych odpadów podawano tylko w kilogramach. Było to niezgodne z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia w sprawie wzorów dokumentów.¹²

Odpowiedzialną za powstanie nieprawidłowości była Kierownik Sekcji Administracyjno-Gospodarczej Szpitala, do której obowiązków należał nadzór nad wywozem nieczystości komunalnych oraz odbiorem odpadów medycznych, a także zapewnienie prawidłowego prowadzenia dokumentacji formalnoprawnej i technicznej zgodnie z procedurami.

Kierownik wyjaśniła: „Kontrola z Wojewódzkiego Inspektoratu Ochrony Środowiska w Białymstoku Delegatura w Łomży nie miała zastrzeżeń w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów. Byłam przekonana, że są dobre. W chwili obecnej karty spełniają wszystkie wymagania rozporządzenia.”

(dowód: akta kontroli str. 55-58, 111-116, 123-124, 223-228)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność Szpitala w zakresie unieszkodliwiania odpadów medycznych, ich ewidencjonowania i sprawozdawczości.

3. Zawieranie i wykonywanie umów z podmiotami odbierającymi odpady medyczne

Opis stanu faktycznego

3.1 W okresie objętym kontrolą obowiązywały dwie umowy na odpłatny odbiór i transport odpadów medycznych, zawarte z EMKA Handel Usługi Krzysztof Rdest (w 2013 r. przekształcone w EMKA S.A. w Żyrardowie). Pierwsza umowa zawarta została 23 września 2008 r. i obowiązywała do 30 września 2011 r. Kolejną umowę zawarto 30 września 2011 r. na okres do 30 września 2014 r.

Postanowienia umów były przestrzegane w zakresie rodzaju i ilości odebranych odpadów. Obie umowy zabezpieczały interesy Szpitala poprzez sformułowania dotyczące m.in. możliwości zmniejszenia ilości wytwarzanych odpadów, w zależności od aktualnych potrzeb, zobowiązanie wykonawcy do powiadomienia zamawiającego w przypadku cofnięcia wymaganych zezwoleń na wykonywanie usług objętych przedmiotem umów, sposobu i częstotliwości odbioru odpadów czy też zapewnienia stałości cen w całym okresie trwania umowy (umowy zawierane na okres 3 lat). Przy wyborze wykonawcy kierowano się wyłącznie ceną usługi, bez uwzględnienia „zasady bliskości”, która stanowi, że odpady medyczne powinny być poddane unieszkodliwianiu na obszarze tego województwa, na którym zostały wytworzone lub w miejscach najbliższych położonych. W treści umów nie uwzględniono zasady bliskości określonej w art. 9 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. o odpadach¹³ oraz w art. 20 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 o odpadach¹⁴, jednakże

¹¹ Prawidłowość prowadzonej ewidencji zbadano na przykładzie ewidencji z II półrocza 2011 r., II półrocza 2012 r. i II półrocza 2013 r. (po trzy wybrane losowo karty przekazania odpadu z każdego w/w półrocza).

¹² W trakcie kontroli NIK (P/06/108) ustalono że na części kart ewidencji i kart przekazania odpadu do unieszkodliwiania brakowało numeru karty, określenia rodzaju odpadu, numeru rejestracyjnego pojazdu odbierającego odpady oraz podpisu i pieczęci osób przyjmujących i przekazujących odpad. NIK wniosła o prowadzenie pełnej i rzetelnej ewidencji posiadanych i przekazanych odpadów medycznych, zgodnie z wymogami ustawy o odpadach oraz rozporządzenia w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów. Szpital częściowo usunął stwierdzone nieprawidłowości (w trakcie kontroli P/14/055 na kartach przekazania odpadu brakowało określenia rodzaju odpadu).

¹³ Dz. U. z 2010 r. Nr 185, poz. 1243 ze zm. – uchylona z dniem 23 stycznia 2013 r.

¹⁴ Dz. U. z 2013 r., poz. 21 ze zm.

składając ofertę na wykonywanie przedmiotowych usług Wykonawca przedłożył m.in. dokumenty informujące o miejscu utylizacji odpadów. Umowy nie zawierały postanowień dotyczących sposobu unieszkodliwienia odpadów, a jedynie stwierdzenie, że po dokonaniu załadunku Wykonawca przejmuje w całości wszelkie ryzyka i odpowiedzialność za gospodarowanie odpadami związane z przedmiotem umowy. W początkowym okresie obowiązywania umowy odpady medyczne były unieszkodliwiane w spalarni w Łomży przy Szpitalu Wojewódzki im. Kard. Stefana Wyszyńskiego, znajdującej się najbliżej SOK, tj. w odległości 36 km. (dowód: akta kontroli str. 125-142, 152-158)

3.2 Wybór wykonawcy na świadczenie usług w zakresie odbioru odpadów medycznych w okresie od 1 października 2008 r. do 30 września 2011 r. został dokonany w 2008 r. w trybie przetargu nieograniczonego, w oparciu o przepisy ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych¹⁵ (dalej: „ustawa pzp”). Wybór trybu przetargu był zgodny z przepisami ustawy pzp, wszystkie podmioty ubiegające się o zamówienie publiczne były traktowane na równych prawach, a sposób prowadzenia postępowania gwarantował wybór najkorzystniejszej oferty oraz zachowanie uczciwej konkurencji.

(dowód: akta kontroli str. 143-144)

W okresie od 1 października 2011 r. do dnia zakończenia czynności kontrolnych w Szpitalu (14 kwietnia 2014 r.) obowiązywała umowa z 30 września 2011 r. o wartości 48.668,26 zł, zawarta z odbiorcą odpadów wyłonionym w wyniku przeprowadzonego rozeznania cenowego, w oparciu o Regulamin udzielania zamówień publicznych w SOK, wprowadzonym na mocy Zarządzenia nr 10/10 Dyrektora z dnia 10 czerwca 2010 r. W wyniku przeprowadzonego rozeznania cenowego w trzech firmach, wykonawcą usług związanych z odbiorem odpadów powstających w wyniku bieżącej działalności Szpitala pozostał EMKA Handel Usługi Krzysztof Rdest oferując najniższą cenę usług odbioru i utylizacji 1 kg odpadów wraz z transportem. (dowód: akta kontroli str. 145-156)

3.3 Z informacji uzyskanych od EMKA S.A. 1 kwietnia 2014 r. wynika, że w 2011 roku odpady były utylizowane w Łomży (36 km od Szpitala – województwo podlaskie) oraz w spalarni w Ostrołęce (57 km od Szpitala – województwo mazowieckie), a w latach następnych tylko Ostrołęce. Z dodatkowych informacji uzyskanych od EMKA S.A. w dniu 14 kwietnia 2014 r. wynika, że w okresie od 1 września 2011 r. do 31 stycznia 2012 r. odpady Szpitala były unieszkodliwiane w spalarni w Tczewie i Chojnicach (z uwagi na remont spalarni w Ostrołęce). (dowód: akta kontroli str. 157-158, 219-220)

3.4 Szpital z dokumentacji przedkładanej przez wykonawcę usług w zakresie transportu i unieszkodliwiania odpadów (szczegółowa dokumentacja załączona do oferty z 2011 roku oraz w późniejszym czasie przesyłana za pomocą fax'u), posiadał wiedzę czy firma ta posiadała ważne zezwolenia na transport i unieszkodliwianie odpadów.

(dowód: akta kontroli str. 143-144, 221)

3.5 W latach 2011, 2012, 2013 całkowity koszt odbioru i unieszkodliwienia odpadów wyniósł odpowiednio 12.848,80 zł, 16.771,64 zł oraz 16.980,32 zł. Jednostkowy koszt transportu i unieszkodliwienia 1 Mg odpadów medycznych wynosił w poszczególnych latach objętych kontrolą odpowiednio 2.326,42 zł, 2.253,07 zł oraz 2.251,51 zł. Stosunek kosztów odbioru i unieszkodliwienia odpadów medycznych do kosztów ogółem Szpitala w roku 2011 wyniósł 0,08% przy kosztach ogółem Szpitala w kwocie 15.486.431,10 zł, w roku 2012 0,10% przy kosztach 15.633.938,48 zł, zaś w roku 2013 0,09% przy kosztach 17.010.710,16 zł.

(dowód: akta kontroli str. 159)

Ustalone
nieprawidłowości

Ocena częściowa

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala w zakresie zawierania i wykonywania umów z podmiotami odbierającymi odpady medyczne.

¹⁵ Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.

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 Kontroli¹⁶, wnosi o:

1. Podjęcie działań mających na celu wyeliminowanie nieprawidłowości w postępowaniu z odpadami medycznymi.
2. Prowadzenie kart przekazania odpadów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Środowiska z dnia 8 grudnia 2010 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów.
3. Terminowe składanie do organu założycielskiego oświadczeń o realizacji Procesu Kontroli Zarządczej.

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.

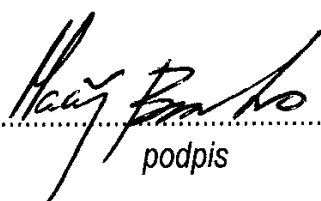
Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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 15 maja 2014 r.

Kontroler
Maciej Brzosko
inspektor kontroli państwowej


.....
podpis

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


.....
podpis

¹⁶ Dz. U. z 2012 r., poz. 82, ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.