



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY – 4101-002-02/2014

P/14/055

(tekst jednolity)

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

ul. Wały Jagiellońskie 12, 85-950 Bydgoszcz

T +48 52 567 58 00, F +48 52 567 58 60

lby@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 Bydgoszczy
Kontroler	Łukasz Burczyk, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 88939 z dnia 3 marca 2014 r. (dowód: akta kontroli, str. 1 - 2)
Jednostka kontrolowana	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr. E. Warmińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy, ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz, zwany dalej: „Szpitalem”.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Anna Lewandowska, Dyrektor Szpitala (dowód: akta kontroli, str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie¹ sposób postępowania Szpitala z odpadami medycznymi w latach 2011 – 2013.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Podstawą oceny negatywnej było w szczególności zlecenie odbioru, transportu i utylizacji odpadów medycznych z naruszeniem zasady bliskości, wytworzenie ponad 1,3 tony odpadów medycznych bez zezwolenia właściwego organu oraz coroczne przekraczanie ustalonego w decyzji administracyjnej limitu wagowego dla wytwarzania niektórych odpadów niebezpiecznych. Pozostałe stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- niedokonania aktualizacji programu gospodarki odpadami niebezpiecznymi,
- niewyegzekwowania od podmiotu, który unieszkodliwiał wytwarzane w Szpitalu zakaźne odpady medyczne, dokumentów potwierdzających termiczne unieszkodliwienie odpadów odebranych od Szpitala w 2013 r.,
- nieprawidłowego oznakowania niektórych pojemników na odpady medyczne,
- wykonywania transportu wewnętrznego odpadów medycznych z wykorzystaniem środków transportu, które nie spełniały obowiązujących wymogów,
- długotrwałego magazynowania na terenie Szpitala odpadów amalgamatu dentystycznego, zaliczanych do kategorii odpadów niebezpiecznych oraz niepodejmowania działań prowadzących do ich unieszkodliwienia.

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości wskazują na brak skutecznych mechanizmów kontroli zarządczej w zakresie gospodarki odpadami medycznymi.

Z uwagi na skalę stwierdzonych nieprawidłowości oraz związane z nimi zagrożenia oceny negatywnej nie zmienia wprowadzenie wewnętrznej procedury postępowania z odpadami medycznymi spójnej z obowiązującymi przepisami, przeprowadzanie szkoleń pracowników w tym zakresie, prawidłowe ewidencjonowanie odpadów

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

wytwarzanych i przekazywanych do unieszkodliwienia oraz terminowe przekazywanie marszałkowi województwa zbiorczych zestawień danych o wytwarzanych odpadach.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja postępowania z odpadami medycznymi

Opis stanu
faktycznego

Szpital prowadził gospodarkę odpadami medycznymi na podstawie decyzji zatwierdzającej program gospodarki odpadami niebezpiecznymi, wydanej przez Prezydenta Bydgoszczy w dniu 2 grudnia 2004 r. na okres 10 lat. Szpital był uprawniony do wytwarzania i magazynowania odpadów medycznych o kodach 18 01 02*² i 18 01 03*³ w ilościach odpowiednio 1,5 Mg⁴ i 44,0 Mg rocznie.

(dowód: akta kontroli, str. 4 - 6)

W badanym okresie w Szpitalu obowiązywały kolejno trzy wewnętrzne procedury⁵ postępowania z odpadami szpitalnymi, w tym medycznymi. Procedury te, za wyjątkiem przypadku opisanego w dalszej części wystąpienia, były zgodne z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi⁶.

(dowód: akta kontroli, str. 7 - 55)

Szpital nie posiadał własnej instalacji do unieszkodliwiania odpadów medycznych i nie realizował zadań inwestycyjnych w tym zakresie. W celu m.in. eliminowania lub ograniczania ilości wytwarzanych odpadów medycznych, w latach 2011-2013 organizowane były szkolenia wewnętrzne obejmujące postępowanie z odpadami szpitalnymi i ze zużytym sprzętem medycznym, w których wzięło udział łącznie 192 pracowników Szpitala (pielęgniarki, położne, salowe, pracownicy gospodarczy). Szkolenia prowadziła pielęgniarka ds. epidemiologii i higieny. Szpital nie ponosił dodatkowych kosztów z tytułu organizacji szkoleń wewnętrznych.

(dowód: akta kontroli, str. 56 - 61, 339 - 343)

W badanych latach Szpital był dziewięciokrotnie kontrolowany w zakresie postępowania z odpadami medycznymi w ramach kompleksowych kontroli stanu sanitarnego pomieszczeń jednostki, przeprowadzanych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego (dalej: „PPIS”) w Bydgoszczy⁷. W siedmiu przypadkach nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości. W trakcie jednej kontroli PPIS stwierdził, że w obowiązującej procedurze postępowania z odpadami szpitalnymi niewłaściwie określono sposób sortowania niektórych grup odpadów w miejscach ich powstawania i zalecono usunięcie tej nieprawidłowości do dnia 31 grudnia 2012 r.

² Części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania (z wyłączeniem 18 01 03) - według katalogu zawartego w załączniku do rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 27 września 2001 r. w sprawie katalogu odpadów (Dz. U. Nr 112, poz. 1206).

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 sądzienia, że wywołują choroby u ludzi i zwierząt (np. zainfekowane pieluchomajtki, podpaski, podkłady), z wyłączeniem 18 01 80 i 18 01 82.

⁴ 1 Mg (megagram) = 1 t (tona).

⁵ Z atwierdzone do stosowania w dniach: 19 listopada 2009 r., 30 maja 2011 r. i 31 stycznia 2013 r.

⁶ Rozporządzenie z dnia 30 lipca 2010 r. (Dz. U. Nr 139, poz. 940.).

⁷ Jedną w 2011 r., dwie w 2012 r. i sześć w 2013 r.

Przeprowadzona w dniu 9 stycznia 2013 r. kontrola sprawdzająca wykazała brak realizacji przekazanego zalecenia, które ostatecznie wykonano w dniu 31 stycznia 2013 r.

(dowód: akta kontroli, str. 62 - 63)

Obowiązujący w Szpitalu system kontroli zarządczej został wprowadzony czterema zarządzeniami Dyrektora Szpitala z dnia 2 lipca 2013 r.⁸ Stosownie do postanowień zarządzenia 93/2013, opracowano wewnętrzny rejestr ryzyka, zatwierdzony przez Dyrektora Szpitala w dniu 24 października 2013 r. Prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka związanego z niewłaściwą segregacją, przechowywaniem, transportem i odbiorem odpadów szpitalnych określono w rejestrze jako wysokie, co według ustalonych parametrów oznaczało, że szansa jego wystąpienia przynajmniej raz w roku przekracza 60%. Przyjęto, że mechanizmami kontroli tego ryzyka, rozumianymi jako działania podejmowane w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa jego wystąpienia, będą: stały monitoring i audyty wewnętrzne.

(dowód: akta kontroli, str. 64 - 128)

W ramach nadzoru nad przestrzeganiem procedury postępowania z odpadami szpitalnymi w okresie od 17 marca do 7 kwietnia 2014 r., tj. w trakcie kontroli NIK, pielęgniarka ds. epidemiologii i higieny oraz specjalista ds. bhp i p.poż. przeprowadziły w komórkach organizacyjnych Szpitala (oddziały, poradnie, zakłady, magazyny) łącznie 28 kontroli w zakresie segregacji, transportu wewnętrznego i przechowywania odpadów, w tym odpadów medycznych. W 26 przypadkach kontrole te wykazały nieprawidłowości i uchybienia, polegające m.in. na: segregowaniu odpadów niezgodnie z procedurą, nieprawidłowym opisie pojemników na odpady, braku instrukcji stanowiskowych w miejscach wytwarzania odpadów, „niesprawnie działających pojemnikach na odpady”, wykładaniu pojemników workami koloru nieodpowiadającego rodzajowi gromadzonych w nich odpadów, zapełnianiu worków na odpady powyżej 2/3 ich objętości.

(dowód: akta kontroli, str. 129 - 158)

W oświadczeniu o stanie kontroli zarządczej za 2013 r. Dyrektor Szpitala podała, że funkcjonująca w jednostce kontrola zarządcza była w stopniu ograniczonym adekwatna, skuteczna i efektywna. Wymienione w oświadczeniu ograniczenia w funkcjonowaniu kontroli zarządczej nie odnosiły się wprost do gospodarowania odpadami szpitalnymi.

(dowód: akta kontroli, str. 159 - 162)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W dalszej części wystąpienia pokontrolnego przedstawione zostały nieprawidłowości dotyczące unieszkodliwiania odpadów medycznych oraz zawierania i wykonywania umów z podmiotami odbierającymi odpady medyczne. W ocenie NIK nieprawidłowości te wskazują, że działające w Szpitalu mechanizmy kontroli zarządczej w obszarze postępowania z odpadami medycznymi były nieskuteczne i nie spełniały swojej roli, określonej w art. 68 ust. 2 pkt 1 oraz art. 69 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁹.

⁸ Zarządzenia nr: 93/2013 ws. wprowadzenia procedury zarządzania ryzykiem, 94/2013 ws. systemu kontroli zarządczej, 95/2013 ws. wprowadzenia polityki zarządzania ryzykiem i 96/2013 ws. powołania Zespołu ds. Kontroli Zarządczej.

⁹ Dz. U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, pomimo stwierdzonej nieprawidłowości działalność Szpitala w zbadanym obszarze.

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

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą Szpital wytworzył następujące ilości odpadów:

- z kodem 18 01 02* - odpowiednio 1,412 Mg, 1,373 Mg oraz 1,213 Mg,
- z kodem 18 01 03* - odpowiednio 70,076 Mg, 74,092 Mg oraz 75,019 Mg,
- z kodem 18 01 06* - odpowiednio 0,443 Mg, 0,511 Mg oraz 0,359 Mg,
- z kodem 18 01 07 - 0,024 Mg w 2011 r.,
- z kodem 18 01 09 - odpowiednio 0,001 Mg, 0,002 Mg oraz 0,010 Mg.

Przy 275 łóżkach, odnotowanych dla Szpitala w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w latach 2011 -2013 na jedno łóżko przypadało odpowiednio 261,7 kg, 276,3 kg i 278,5 kg wytworzonych odpadów medycznych.

Stwierdzono, że w latach 2011-2013:

- w Szpitalu wytwarzane były odpady medyczne nieuwzględnione w programie gospodarki odpadami niebezpiecznymi, tj. o kodach: 18 01 06*¹⁰, 18 01 07¹¹, 18 01 09¹² i 18 01 10*¹³,
- roczna produkcja odpadów medycznych o kodzie 18 01 03* każdorazowo przekraczała ilość dopuszczoną programem gospodarki odpadami niebezpiecznymi,
- Szpital nie występował do Prezydenta Bydgoszczy o aktualizację posiadanego programu gospodarki odpadami niebezpiecznymi,
- Szpital nie przyjmował do unieszkodliwiania odpadów medycznych od innych podmiotów leczniczych.

(dowód: akta kontroli, str. 4 - 6, 163 - 165, 339 - 343)

W latach 2011-2013 na terenie Szpitala nie unieszkodliwiano odpadów medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 163 - 164)

W 2013 r. Szpital nie występował z wnioskami do podmiotu, który odbierał i unieszkodliwiał jego zakaźne odpady medyczne (tj. EMKA SA w Żyrardowie), o wydanie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie tych odpadów.

(dowód: akta kontroli, str. 339 - 343)

W trakcie oględzin wybranych pomieszczeń Szpitala, przeprowadzonych pod kątem prawidłowości sposobu postępowania z odpadami medycznymi, w tym ich zbierania, transportu i czasowego magazynowania, stwierdzono że:

- cztery pojemniki na odpady były niewłaściwie oznakowane,
- do transportu wewnętrznego odpadów wykorzystywano m.in. dwa wózki wykonane z metalowych stelaży wypełnionych laminowanymi płytami wiórowymi, nieposiadające zamknięć, nieoznakowane i w znacznym stopniu zużyte (widoczne złuszczenia powłok malarskich stelaży oraz miejscowe odkształcenia ścian bocznych),

¹⁰ Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, zawierające substancje niebezpieczne.

¹¹ Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, inne niż wymienione w 18 01 06.

¹² Leki inne niż wymienione w 18 01 08.

¹³ Odpady amalgamatu dentystycznego.

- w szpitalnym magazynie odpadów medycznych przechowywano cztery pojemniki zawierające łącznie 1,65 kg odpadów amalgamatu dentystycznego z przekroczeniem 72-godzinnego terminu magazynowania tego typu odpadów. W pozostałym zakresie sposób postępowania z odpadami medycznymi był prawidłowy.

(dowód: akta kontroli, str. 166 - 170)

W latach 2011-2013 w Szpitalu prowadzono ewidencję odpadów medycznych wytwarzanych i przekazywanych do unieszkodliwienia, tj. karty ewidencji odpadu (odrębnie dla każdego rodzaju odpadu) i karty przekazania odpadu, z zastosowaniem wzorów zawartych w załącznikach nr 1 i nr 5 do rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 8 grudnia 2010 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów¹⁴. Ewidencja zawierała wszystkie elementy zamieszczone w ww. wzorach dokumentów. Na kartach przekazania odpadów znajdowało się potwierdzenie ich przejęcia przez odbiorcę odpadów.

(dowód: akta kontroli, str. 172 - 218)

Szpital corocznie przedkładał Marszałkowi Województwa Kujawsko-Pomorskiego zbiorcze zestawienia danych o wytwarzanych odpadach oraz o sposobie gospodarowania wytworzonymi odpadami. Zestawienia przekazywano terminowo, do dnia 15 marca za poprzedni rok kalendarzowy. Zawarte w zestawieniach dane o odpadach medycznych wynikały z prowadzonej w Szpitalu ewidencji odpadów.

(dowód: akta kontroli, str. 219 - 232)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W latach 2011-2013 w Szpitalu:

- wytworzono łącznie 1,315 Mg odpadów medycznych, których rodzaje nie były uwzględnione w programie gospodarki odpadami niebezpiecznymi z dnia 2 grudnia 2004 r., stanowiącym dla Szpitala podstawę gospodarowania odpadami medycznymi. Wytworzonych zostało 1,313 Mg odpadów o kodzie 18 01 06* i 0,002 Mg odpadów o kodzie 18 01 10*. Naruszono tym samym art. 17 ust. 1 pkt 1 i art. 20 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. o odpadach¹⁵, zwanej dalej „ustawą z 2001 r. o odpadach”, zgodnie z którym Szpital miał obowiązek uzyskania decyzji zatwierdzającej program gospodarki wszystkimi wytwarzanymi odpadami niebezpiecznymi w ilości powyżej 0,1 Mg rocznie,
- roczny limit wytwarzania odpadów o kodzie 18 01 03*, ustalony w programie gospodarki odpadami na 44,0 Mg, przekroczone w latach objętych kontrolą odpowiednio o: 26,076 Mg (59,3 %), 30,092 Mg (68,4 %) i 31,019 Mg (70,5 %), co stanowiło naruszenie wymogów, o których mowa w art. 21 ust. 1 pkt 1 ustawy z 2001 r. o odpadach w związku z art. 232 ust. 3 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach¹⁶, zwanej dalej „ustawą z 2012 r. o odpadach”. Szpital, pomimo obowiązku wynikającego z pkt II ppkt 7 decyzji zatwierdzającej program gospodarki odpadami niebezpiecznymi, nie wystąpił o aktualizację programu,

¹⁴ Dz. U. Nr 249, poz. 1673.

¹⁵ Dz. U. z 2010 r. Nr 185, poz. 1243 ze zm. – uchylona z dniem 23 stycznia 2013 r.

¹⁶ Dz. U. z 2013 r., poz. 21 ze zm.

wymaganą w przypadku zaistnienia zmian w zakresie gospodarowania tymi odpadami.

(dowód: akta kontroli, str. 4 - 6, 163 - 164, 224 - 232)

Pani Anna Lewandowska, Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że nie dokonano aktualizacji posiadanego programu gospodarki odpadami niebezpiecznymi, gdyż z uwagi na kończący się w grudniu 2014 r. termin obowiązywania tej decyzji zamierzano to uczynić przy okazji ubiegania się o nową decyzję.

(dowód: akta kontroli, str. 339 - 343)

2. Zgodnie z art. 27 ust. 5 ustawy z 2012 r. o odpadach wytwórca zakaźnych odpadów medycznych jest zwolniony z odpowiedzialności za zbieranie lub przetwarzanie tych odpadów, z chwilą dokonania unieszkodliwienia tych odpadów przez następnego posiadacza odpadów przez termiczne przekształcenie tych odpadów w spalarni odpadów niebezpiecznych. Zgodnie zaś z art. 27 ust. 6 tej ustawy potwierdzeniem przejścia odpowiedzialności za gospodarowanie odpadami na następnego posiadacza odpadów w przypadku, o którym mowa w ust. 5, jest dokument potwierdzający unieszkodliwienie. W 2013 r. Szpital nie występował do podmiotu, który unieszkodliwiał jego zakaźne odpady medyczne, z wnioskiem o wydanie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie odpadów, o którym mowa w art. 95 ust. 4 ustawy o odpadach z 2012 r. Wniosek taki złożono dopiero w trakcie kontroli NIK, w dniu 5 marca 2014 r. drogą mailową i do czasu zakończenia niniejszej kontroli pozostawał bez odpowiedzi.

(dowód: akta kontroli, str. 233)

Według wyjaśnienia Pani Anny Lewandowskiej, Dyrektora Szpitala, wielokrotnie w rozmowach telefonicznych nieformalnie zwracano się do odbiorcy odpadów o możliwość wydania dokumentu potwierdzającego ich unieszkodliwienie, uzyskując każdorazowo odpowiedź, że nie został jeszcze wydany akt wykonawczy do ustawy z 2012 r. o odpadach, normujący typ dokumentu poświadczającego zutylizowanie odpadów. Jednocześnie Szpital nie posiadał żadnych informacji świadczących o zaistnieniu jakichkolwiek problemów z utylizacją wytwarzanych przez Szpital odpadów, w związku z czym przyjmowano, że obowiązek ustawowy w tym zakresie jest realizowany prawidłowo.

Szpital był ponadto w posiadaniu pisma Departamentu Gospodarki Odpadami Ministerstwa Środowiska z dnia 15 lutego 2013 r., w którym stwierdzono, że do czasu wydania rozporządzenia wykonawczego, o którym mowa w art. 95 ust. 13 ustawy z 2012 r. o odpadach, nie była wymagana realizacja przedmiotowego obowiązku.

(dowód: akta kontroli, str. 339 - 343)

W ocenie NIK, biorąc pod uwagę treść art. 27 ust. 5 i 6 ustawy o odpadach z 2012 r., Szpital pozostaje odpowiedzialny za gospodarowanie zakaźnymi odpadami medycznymi, ponieważ nie uzyskał dokumentu potwierdzającego ich unieszkodliwienie. Tym samym ciąży na nim obowiązek udowodnienia prawidłowego gospodarowania tymi odpadami, czego Szpital nie dopełnił.

3. W trakcie oględzin stwierdzono następujące przypadki naruszenia przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi¹⁷:

- na trzech pojemnikach (pojemnik na igły w sali noworodków Oddziału Noworodków oraz pojemniki na igły i na ampułki w gabinecie zabiegowym Oddziału Anestezjologii) brak było oznaczenia kodu gromadzonych w nich odpadów, a na pojemniku na igły i skalpele w gabinecie zabiegowym Poradni Chirurgicznej oznaczenie kodu było niepełne, gdyż pozbawione dwóch ostatnich cyfr. Stanowiło to naruszenie wymogu § 4 pkt 1 rozporządzenia, zgodnie z którym każdy pojemnik z odpadami medycznymi powinien posiadać widoczne oznakowanie identyfikujące zawierające m.in. kod odpadów w nim przechowywanych,
- niezgodnie z wymogami określonymi w § 7 ust. 2 rozporządzenia, do transportu wewnętrznego odpadów medycznych o kodach 18 01 02* i 18 01 03*, w tym odpadów gromadzonych w workach, wykorzystywano dwa wózki nieposiadające zamknięć. Wózki te nie miały oznaczeń, które wskazywałyby na ich użytkowanie wyłącznie do przewożenia odpadów medycznych,
- w jednym z pomieszczeń szpitalnego magazynu odpadów medycznych, które nie było włączone do działającego w tym magazynie systemu klimatyzacji, przechowywano cztery pojemniki zawierające łącznie 1,65 kg odpadów amalgamatu dentystycznego. Pojemnikach zostały zapelnione i zamknięte odpowiednio 20 miesięcy i 17 dni, 10 miesięcy i 7 dni, 5 miesięcy i 11 dni oraz 16 dni przed dniem oględzin. Długotrwałe przechowywanie tych odpadów stanowiło naruszenie wymogu § 6 ust. 2 rozporządzenia, zgodnie z którym magazynowanie odpadów medycznych o kodzie 18 01 10* (odpady amalgamatu dentystycznego) w temperaturze od 10 °C do 18 °C może odbywać się tak długo, jak pozwalają na to ich właściwości, jednak nie dłużej niż 72 godziny, natomiast w temperaturze do 10 °C – nie dłużej niż 30 dni.

(dowód: akta kontroli, str. 166 - 170)

Pan Zbigniew Jankowski, starszy inspektor ds. gospodarczych i transportu, wyjaśnił że:

- wózki zakupiono w 2010 r. w wyniku postępowania, które przygotowała osoba odpowiedzialna wówczas za nadzór i organizację pracy pracowników zajmujących się utrzymaniem czystości i transportem odpadów. Wszczęto już postępowanie w sprawie zakupu nowych wózków, które będą spełniać wymogi wynikające z ww. rozporządzenia,
- powodem długotrwałego magazynowania odpadów amalgamatu dentystycznego były trudności ze znalezieniem podmiotu odbierającego i utylizującego ten rodzaj odpadów.

(dowód: akta kontroli, str. 234 - 235)

W badanym okresie Szpital nie posiadał umowy na odbiór i utylizację odpadów amalgamatu dentystycznego. W trakcie kontroli NIK, w dniu 16 kwietnia 2014 r., usługę zutylizowania odpadów amalgamatu zlecono firmie „MD-PROECO” Sp. z o.o. z Bydgoszczy, a dzień później odpady przekazano do utylizacji.

(dowód: akta kontroli, str. 171, 236)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność Szpitala w zbadanym obszarze.

¹⁷ Dz. U. Nr 139, poz. 940.

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

Opis stanu
faktycznego

W badanym okresie pomiędzy Szpitalem a odbiorcami odpadów medycznych obowiązywały cztery umowy na transport i unieszkodliwianie odpadów, tj.:

- dwie umowy na okres od 1 sierpnia 2010 r. do 31 lipca 2012 r. zawarte z firmami: „EMKA” Handel Usługi w Żyrardowie¹⁸ oraz „ECO-ABC” Sp. z o.o. z siedzibą w Belchatowie na odpady odpowiednio o kodzie 18 01 03* (cena netto wywozu i utylizacji 1 kg odpadów wynosiła 1,43 zł) oraz o kodach: 18 01 02*, 18 01 06*, 18 01 09 (za cenę netto – 1,70 zł/kg),
- dwie umowy ze spółką EMKA na okres od 1 sierpnia 2012 r. do 31 lipca 2013 r. oraz od 23 sierpnia 2013 r. do 22 sierpnia 2014 r. na odpady o kodach: 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 06*, 18 01 07 (tylko do 31 lipca 2013 r.) i 18 01 09, za cenę netto wywozu i utylizacji 1 kg odpadów odpowiednio 1,40 zł i 1,49 zł.

Zapisy w umowach zabezpieczające interesy Szpitala dotyczyły m.in. braku uprawnienia wykonawców do żądania rekompensaty w przypadku przekazania im mniejszej ilości odpadów niż określona w umowie, niezmienności ceny za wywóz i utylizację odpadów przez cały okres trwania umowy, kar pieniężnych za niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy oraz możliwości odstąpienia przez Szpital od umowy w razie wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili jej zawarcia. Wykonawców zobowiązano do wykonania usługi zgodnie z wyszczególnionymi w umowach obowiązującymi przepisami prawa.

W badanym okresie warunki umów, dotyczące rodzaju i ilości odebranych odpadów, były przez strony przestrzegane.

(dowód: akta kontroli, str. 237 - 274)

Wykonawcy umów zawartych w latach 2012 i 2013 na odbiór, transport i unieszkodliwianie odpadów medycznych, zostali wybrani w wyniku przeprowadzonych dwóch przetargów nieograniczonych, w których jedynym zastosowanym kryterium oceny ofert była cena. Obydwa przetargi przeprowadzono zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych¹⁹ oraz aktów wykonawczych do tej ustawy. Ustalenia dotyczące niezapewnienia wykonania powyższej usługi zgodnie z zasadą bliskości instalacji unieszkodliwiającej zakaźne odpady medyczne zostały opisane w dalszej części niniejszego wystąpienia pokontrolnego

(dowód: akta kontroli str. 275 - 278)

Odpady medyczne wytworzone na terenie Szpitala były w badanym okresie transportowane do następujących instalacji:

- prowadzonego przez „ECO-ABC” Zakładu Unieszkodliwiania Odpadów Medycznych i Weterynaryjnych we Włocławku, woj. kujawsko-pomorskie (autoklawowanie), a następnie Zakładu Termicznej Utylizacji Odpadów Medycznych i Weterynaryjnych w Belchatowie, woj. łódzkie (przekształcanie termiczne), położonych w odległości odpowiednio ok. 109 i 188 km od Szpitala,

¹⁸ Od 16 sierpnia 2012 r. EMKA Spółka Akcyjna w Żyrardowie.

¹⁹ Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm. - zwanej dalej „ustawą pzp”.

- Spalarni w Szpitalu Specjalistycznym im. J.K. Łukowicza w Chojnicach, woj. pomorskie (przekształcanie termiczne), znajdującej się w odległości ok. 98 km od Szpitala, dzierżawionej przez spółkę „EMKA”.

Instalacje do termicznego unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych położone bliżej Szpitala znajdowały się w Bydgoszczy: Zakład Utylizacji Odpadów Medycznych (spalarnia) przy Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka oraz – działająca od II półrocza 2013 r. – Instalacja Utylizacji Odpadów (spalarnia) prowadzona przez „MD-PROECO” Sp. z o.o. Były to jedyne tego typu instalacje zlokalizowane w województwie kujawsko-pomorskim.

(dowód: akta kontroli, str. 279 - 280)

Podmioty świadczące dla Szpitala usługi w zakresie transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych posiadały ważne zezwolenia właściwych organów na przewóz i utylizację takich odpadów.

(dowód: akta kontroli, str. 281 - 337)

Koszt całkowity odbioru i unieszkodliwiania odpadów medycznych wyniósł w badanym okresie łącznie 344,9 tys. zł, z tego w poszczególnych latach odpowiednio 109,9 tys. zł, 116,6 tys. zł i 118,3 tys. zł, a jednostkowy koszt transportu i utylizacji jednego megagrama (tony) tych odpadów wzrósł z 1.528 zł w 2011 r. do 1.545 zł w 2013 r. Udział ww. kosztów w kosztach funkcjonowania Szpitala ogółem stanowił od 0,15% do 0,18%.

(dowód: akta kontroli, str. 338)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

Zgodnie z zapisami umowy zawartej przez Szpital ze spółką EMKA na odbiór, transport i unieszkodliwianie odpadów medycznych, obowiązującej od 1 sierpnia 2012 r., jako miejsce utylizacji zakaźnych odpadów medycznych wskazano spalarnię w Chojnicach i Tczewie, tj. obiekty usytuowane poza terenem województwa kujawsko-pomorskiego. Z dokumentacji wynika, że odpady transportowane były do instalacji w Chojnicach. Jednocześnie na terenie województwa działała wówczas spalarnia medycznych odpadów zakaźnych, usytuowana przy Centrum Onkologii w Bydgoszczy, tj. położona najbliżej Szpitala.

Art. 9 ust. 2 ustawy o odpadach z 2001 r. stanowi, że odpady medyczne o właściwościach zakaźnych, które nie mogą być unieszkodliwiane w miejscu ich powstawania, powinny być, uwzględniając najlepszą dostępną technikę lub technologię, przekazywane do najbliższych położonych miejsc, w których mogą być unieszkodliwione. Zgodnie z art. 9 ust. 3 w zw. z ust. 5 ww. ustawy zakazuje się unieszkodliwiania odpadów medycznych o właściwościach zakaźnych poza obszarem województwa, na którym zostały wytworzone. Zgodnie zaś z art. 9 ust. 4 w zw. z ust. 5 tej ustawy powyższe odpady mogły być unieszkodliwiane na obszarze województwa innego niż te, na którym zostały wytworzone, jeżeli odległość od miejsca wytwarzania odpadów do miejsca stosowania jest mniejsza niż odległość do miejsca stosowania położonego na obszarze tego samego województwa.

(dowód: akta kontroli, str. 256 - 274)

Według wyjaśnień Pani Anny Lewandowskiej, Szpital zobowiązany jest stosować do realizacji zamówień przepisy ustawy pzp. Zgodnie z art. 91 ust. 2 tej ustawy najkorzystniejszą ofertą jest ta, która przedstawia najkorzystniejszy bilans ceny

i innych kryteriów odnoszących się do przedmiotu zamówienia, albo najniższą cenę. Z tej przyczyny udzielenie zamówienia w oparciu o zasadę bliskości jest niekiedy niemożliwe. Szpital jako podmiot, którego działalność finansowana jest w większości przez NFZ i który nie działa w celach zarobkowych, udzielając zamówień starał się przede wszystkim zapewnić wykonanie obowiązków związanych z utylizacją odpadów w sposób oszczędny i maksymalnie efektywny. Priorytetem było udzielenie zamówienia podmiotowi, który będzie w stanie sprawnie unieszkodliwić odpady w rozsądnych granicach cenowych. W 2012 r. oferta bydgoskiej spalarni funkcjonującej przy Centrum Onkologii nie została wybrana z uwagi na wysoką cenę, o 25% wyższą od zaproponowanej przez firmę, której udzielono zamówienia.

(dowód: akta kontroli, str. 339 - 343)

W ocenie NIK przy wyborze instalacji do unieszkodliwiania odpadów nie mogły być brane pod uwagę przesłanki inne, niż zasada bliskości, w tym również - kryteria ekonomiczne. Przepisy art. 9 ust. 3-5 ustawy z 2001 r. o odpadach miały charakter bezwzględnie obowiązujący, co zostało potwierdzone w orzecznictwie Zespołów Arbitrów oraz w orzecznictwie Krajowej Izby Odwoławczej przy Prezesie Urzędu Zamówień Publicznych²⁰. Celem powyższej regulacji jest zapewnienie unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych najbliższej miejsca ich wytworzenia²¹. Zachowanie zasady bliskości umożliwia bowiem prowadzenie gospodarki odpadami w sposób zapewniający ochronę życia i zdrowia ludzi oraz środowiska, tj. w sposób zgodny z zasadą ogólną, zawartą w art. 16 ustawy o odpadach z 2012 r. Zgodnie z art. 89 ust. 1 pkt 1 Prawa zamówień publicznych zamawiający odrzuca ofertę, jeżeli jest niezgodna z ustawą.

Zasady bliskości nie zachowano również w dwóch umowach obowiązujących do 31 lipca 2012 r. Na podstawie postanowień tych umów zakaźne odpady medyczne transportowane były do spalarni w Belchatowie i Chojnicach. Skutkiem tej nieprawidłowości było transportowanie zakaźnych odpadów medycznych na odległość dalszą, niż bezwzględnie konieczna.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność Szpitala w zbadanym obszarze.

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 Kontroli²², zwanej dalej „ustawą o NIK”, wnosi o:

1. Stosowanie zasady bliskości instalacji unieszkodliwiającej odpady medyczne przy wylaniu podmiotów świadczących usługi odbioru, transportu i utylizacji tych odpadów.
2. Zapewnienie funkcjonowania skutecznych mechanizmów kontroli zarządczej, o której mowa w art. 69 ust. 1 ustawy o finansach publicznych, w obszarze postępowania z odpadami medycznymi.

²⁰ Por. wyrok Krajowej Izby Odwoławczej przy Prezesie Urzędu Zamówień Publicznych z dnia 10 października 2011 r., sygn. KIO 2094/11 (LEX nr 988125).

²¹ Zob. uzasadnienie projektu ustawy o zmianie ustawy o odpadach oraz o zmianie niektórych innych ustaw, str. 3 (druk sejmowy nr 3942 z 15 kwietnia 2005 r.).

²² Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

3. Przestrzeganie ustalonych dla Szpitala rocznych limitów wagowych wytwarzania odpadów medycznych w poszczególnych kategoriach, określonych w programie gospodarki odpadami medycznymi lub występowanie o aktualizację programu stosowanie do potrzeb,
4. Uzyskanie dokumentów potwierdzających termiczne unieszkodliwienie wytworzonych przez Szpital zakaźnych odpadów medycznych w 2013 r.
5. Przestrzeganie obowiązujących terminów magazynowania medycznych odpadów niebezpiecznych.
6. Zapewnienie prawidłowego transportu wewnętrznego odpadów medycznych, z wykorzystaniem właściwych do tego środków transportu.
7. Prawidłowe znakowanie pojemników na odpady medyczne.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika 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 Bydgoszczy.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK prosimy 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.

Bydgoszcz, dnia 16 czerwca 2014 r.

Kontroler
Łukasz Burczyk
gł. specjalista k.p.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Bydgoszczy

Dyrektor
Barbara Antkiewicz


Podpis

.....
Podpis

(tekst uwzględniający zmiany wprowadzone uchwałą Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli z dnia 5 sierpnia 2014 r.)

