



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO – 4101-003-02/2014

P/14/055

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

ul. Kilińskiego 210, 90-980 Łódź

T +48 42 239 32 00, F +48 42 239 32 90

llo@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 Łodzi
Kontroler	Dominik Gołacki, specjalistka k.p., upoważnienie do kontroli nr 89976 z dnia 1 kwietnia 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach, ul. Rybickiego 1, 96-100 Skierniewice (dalej: Szpital)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Od 9 grudnia 2013 r. Jacek Sawicki, Dyrektor. Od 20 czerwca 2013 r. Eugeniusz Furman, p.o. Dyrektora. Od 13 marca 2013 r. Dariusz Diks, p.o. Dyrektora. Od 1 kwietnia 2006 r. Grażyna Krulik, Dyrektor. (dowód: akta kontroli str. 3-6)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie¹ działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Powyższą ocenę uzasadnia:

- zbieranie i magazynowanie odpadów niezgodnie z postanowieniami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi² (dalej: rozporządzenie w sprawie postępowania z odpadami) i Procedurą Pe-49 - Bezpieczne postępowania z odpadami (dalej: procedura Pe-49), co mogło skutkować zagrożeniem epidemiologicznym,
- zawieranie umów z odbiorcami odpadów, które nie gwarantowały Szpitalowi odbierania odpadów zgodnie z postanowieniami ww. rozporządzenia oraz nie zabezpieczały interesu Szpitala,
- zaewidencjonowanie w październiku i listopadzie 2011 r. odpadów o kodzie 18 01 03^{3,4} jako odpady 18 01 04⁵ w celu ukrycia przekroczenia dozwolonego limitu wytworzonych odpadów o kodzie 18 01 03,

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie

² Dz.U. Nr 139, poz. 940.

³ Zgodnie z § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 27 września 2001 r. w sprawie katalogu odpadów, znak * przy kodzie odpadu oznacza odpad niebezpieczny.

⁴ 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.

⁵ Inne odpady niż wymienione w 18 01 03.

- naruszenie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych⁶ przy wyborze wykonawcy na wywóz i unieszkodliwianie odpadów na lata 2012-2014, m.in. poprzez niedochowanie zasady bliskości, określonej w ustawach o odpadach⁷,
- prowadzenie ewidencji odpadów niezgodnie z załącznikami do rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 8 grudnia 2010 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów⁸,
- nieegzekwowanie od dostawcy worków na odpady medyczne dostarczania worków zgodnych z przedmiotem umowy.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja postępowania z odpadami medycznymi

Opis stanu
faktycznego

Szpital posiadał pozwolenie na wytworzenie odpadów niebezpiecznych i innych niż niebezpieczne, wydane przez Prezydenta Miasta Skierniewice⁹ - decyzja nr GK.7660-20/2004 z dnia 30 lipca 2004 r. obowiązująca do 31 lipca 2014 r. Decyzja była czterokrotnie zmieniana, a od roku 2011 obejmowała następujące rodzaje i ilości odpadów o kodach: 18 01 01¹⁰ – 0,25 Mg/rok, 18 01 02¹¹ – 2,5 Mg/rok, 18 01 03* – do 30 listopada 2011 r. 45,0 Mg/rok i od 1 grudnia 2011 r. 55,0 Mg/rok, 18 01 04 – 20,0 Mg/rok, 18 01 06¹² – 0,6 Mg/rok, 18 01 07¹³ – 0,5 Mg/rok, 18 01 08¹⁴ – 0,6 Mg/rok, 18 01 09¹⁵ – 0,03 Mg/rok, 18 01 10¹⁶ – 0,0015 Mg/rok oraz 18 01 82¹⁷ – 1,1 Mg/rok.

(dowód: akta kontroli str. 7-24)

18 stycznia 2011 r. w Szpitalu została wprowadzona procedura Pe-49, dotycząca m.in. zasad gospodarowania odpadami medycznymi, która obejmowała wszystkich pracowników Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 25-32)

W latach 2011-2014 (do 31 marca 2014 r.) Szpital nie realizował inwestycji związanych z unieszkodliwianiem odpadów medycznych oraz nie unieszkodliwiał odpadów medycznych na swoim terenie. Unieszkodliwianie odpadów medycznych na terenie Szpitala odbywało się od 1995 r. do 31 marca 2002 r.

W celu ograniczania ilości wytwarzanych odpadów w Szpitalu przeprowadzane były szkolenia personelu oraz kontrole w miejscu wytwarzania odpadów pod kątem ich prawidłowej segregacji.

(dowód: akta kontroli str. 50-60, 614-618, 621-625)

W IV kwartale 2011 r. Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w Łodzi Delegatura w Skierniewicach przeprowadził kontrolę w Szpitalu dotyczącą przestrzegania przepisów i decyzji administracyjnych w zakresie ochrony środowiska. W jej trakcie stwierdzone zostało przekroczenie ilości wytworzonych

⁶ Dz.U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.

⁷ W art. 9 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. o odpadach (Dz.U. z 2010 r. Nr 185, poz. 1243 ze zm.) zwana dalej ustawą o odpadach z 2001 r. i w art. 20 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz.U. z 2013 r., poz. 21 ze zm.) zwana dalej ustawą o odpadach z 2012 r.

⁸ Dz.U. Nr 249, poz. 1673.

⁹ Zgodnie ze Statutem Miasta Skierniewice Miasto Skierniewice jest miastem na prawach powiatu.

¹⁰ Narzędzia chirurgiczne i zabiegowe oraz ich resztki (z wyłączeniem 18 01 03).

¹¹ Części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania (z wyłączeniem 18 01 03).

¹² Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, zawierające substancje niebezpieczne.

¹³ Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, inne niż wymienione w 18 01 06.

¹⁴ Leki cytostaticzne i cytostaticzne.

¹⁵ Leki inne niż wymienione w 18 01 08.

¹⁶ Odpady amalgamatu dentystycznego.

¹⁷ Pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych.

odpadów o kodzie 18 01 03* o 0,722 Mg, w związku z czym zalecono dotrzymywanie warunków zezwoleń. W odpowiedzi Szpital wyjaśnił, iż anulowano błędnie wystawione karty odpadów o kodzie 18 01 03* i wystawiono kartę odpadu o kodzie 18 01 04. Łączna korekta dotyczyła 0,778 Mg odpadów, tj. o 0,056 Mg więcej niż wynosiło przekroczenie. Jednocześnie Szpital wystąpił o zwiększenie ilości wytworzonych odpadów o kodzie 18 01 03*.

Kolejną kontrolę przestrzegania przepisów i decyzji administracyjnych w zakresie ochrony środowiska Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w Łodzi Delegatura w Skierniewicach przeprowadził w styczniu 2014 r. nie stwierdzając nieprawidłowości.

Pod koniec października 2011, 2012 i 2013 r. oraz we wrześniu 2012 r. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Skierniewicach przeprowadził kontrole dotyczące m.in. odpadów medycznych, w wyniku których nie zostały stwierdzone nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 61-90, 643-650, 680-683)

W badanym okresie ustanowiony został system kontroli zarządczej. Zarządzenia Dyrektora Szpitala w zakresie kontroli zarządczej odsyłały m.in. do regulacji wewnętrznych, które stanowiły dokumentację systemu kontroli zarządczej, w tym również do procedury Pe-49.

(dowód: akta kontroli str. 25-32, 91-10)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w zbadanym zakresie.

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

Opis stanu
faktycznego

Zgodnie ze Zbiorczymi sprawozdaniami danych o rodzaju i ilości odpadów, o sposobach gospodarowania nimi oraz o instalacjach i urządzeniach służących do odzysku i unieszkodliwiania odpadów (dalej: Sprawozdania odnośnie wytwarzanych odpadów), w latach 2011-2013 Szpital wytwarzał odpady medyczne o kodach: 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 04, 18 01 06*, 18 01 08* oraz 18 01 07 – tylko w 2011 i 2013 r. i 18 01 09 – tylko w 2012 r. Wg sprawozdań łącznie w poszczególnych latach Szpital wytworzył odpady medyczne w ilościach: 69 626,0 kg – w 2011 r., 68 591,0 kg w 2012 r. i 69 050,0 kg w 2013 r. Wskaźniki wytworzenia odpadów medycznych w badanym okresie w kg na jedno łóżko wynosiły odpowiednio: 179,4, 174,5 i 175,7.

Odpady o kodzie 18 01 82* były odbierane przez wykonawców świadczących usługi w zakresie żywienia pacjentów, natomiast odpady o kodzie 18 01 01 zostały wytworzone w ilości 7 kg, ale w badanym okresie nie zostały przekazane do unieszkodliwiania.

(dowód: akta kontroli str. 7-24, 33-54, 102-112, 114-115, 641-642)

W latach 2011-2013 Szpital nie przyjmował odpadów medycznych od innych podmiotów oraz nie unieszkodliwiał odpadów na swoim terenie.

(dowód: akta kontroli str. 50-54)

Pismem z 3 czerwca 2013 r. p.o. Dyrektora Szpitala – Dariusz Diks zwrócił się do wykonawcy wywozu i unieszkodliwiania odpadów niebezpiecznych tj. do EMKA SA w Żyrardowie¹⁸, z prośbą o przedłożenie potwierdzenia unieszkodliwiania odpadów zgodnie ze złożoną ofertą.

¹⁸ W postępowaniu przetargowym przeprowadzonym w 2012 r. wykonawca ten prowadził działalność pod nazwą: EMKA Handel-Usługi Krzysztof Rdest. Z dniem 16 sierpnia 2012 r. przekształcił działalność gospodarczą w spółkę akcyjną – EMKA SA.

W odpowiedzi Szpital został poinformowany, że dokumentami potwierdzającymi utylizację odpadów są Karty przekazania odpadów, gdzie w związku z brakiem wydania rozporządzenia na podstawie art. 95 ust. 13 ustawy o odpadach z 2012 r. w oficjalnym obiegu nie funkcjonował dokument potwierdzający odbiór, transport i utylizację odpadów, poza wymienionymi kartami. Wykonawca powołał się na pismo Ministerstwa Środowiska, w którym wskazano że do czasu wydania rozporządzenia na podstawie art. 95 ust. 13 ustawy o odpadach nie jest wymagana realizacja obowiązku wynikającego z art. 95 ust. 4 i 5 oraz nie ma zastosowania art. 183 ust. 3 tej ustawy. W związku z powyższym Szpital nie miał możliwości zweryfikowania gdzie i czy w ogóle odpady przez niego wytworzone zostały unieszkodliwione.

EMKA SA przekazała Szpitalowi Dokument potwierdzający unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych za marzec 2014 r., na wzorze określonym w załączniku do rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 13 stycznia 2014 r. w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych¹⁹. Wzór nie przewidywał wskazania miejsca unieszkodliwienia odpadów.

(dowód: akta kontroli str. 50-56, 159-163, 167-174)

Odpady medyczne na terenie Szpitala były zbierane w jednorazowe worki, umieszczone na stelażach lub w sztywnych pojemnikach w miejscu ich wytwarzania. Worki zapelniane były do 2/3 ich objętość, a odpady o ostrych krawędziach zbierane były w pojemniki plastikowe pakowane później w worki. Kolory worków odpowiadały kodom odpadów, stosownie do postanowień § 3 ust. 1-3 rozporządzenia w sprawie postępowania z odpadami.

Pomieszczenie do magazynowania odpadów oraz stacjonarne urządzenie chłodnicze (prosektorium): zabezpieczone były przed dostępem osób nieupoważnionych, posiadały ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję, były zabezpieczone przed dostępem gryzoni i innych zwierząt, a pomieszczenie chłodnicze również przed dostępem owadów. Szerokość i wysokość drzwi wejściowych gwarantowały swobodny dostęp (w wejściu do pomieszczenia chłodniczego nie było progu). Pomieszczenie do magazynowania odpadów posiadało niezależne wejście, a pomieszczenie chłodnicze posiadało pomieszczenie izolujące przed wejściem do urządzenia. W prosektorium znajdował się termometr wewnętrzny.

Szpital nie posiadał przenośnego urządzenia chłodniczego.

W Szpitalu były tylko trzy pojemniki na kółkach służące do transportu odpadów medycznych z miejsca wytwarzania do miejsca magazynowania odpadów. Kontroli poddano jeden z takich pojemników - zamykany na kółkach – znajdujący się w Stacji Dializ, który był myty, dezynfekowany i przechowywany w wyznaczonym pomieszczeniu. Pomieszczenie to miało ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję, gdzie był dostęp do bieżącej wody z możliwością odprowadzenia do kanalizacji. Wejście do pomieszczenia gwarantowało swobodny dostęp pracowników oraz wjazd i wyjazd pojemnika.

Powyższe nie w pełni zapewniało przestrzeganie wszystkich wymogów w zakresie zbierania, transportowania i magazynowania odpadów w odniesieniu do postanowień rozporządzenia w sprawie postępowania z odpadami.

(dowód: akta kontroli str. 175-187, 579-592, 619-620, 660-662, 664)

¹⁹ Dz.U. poz.107.

W Szpitalu prowadzona była ewidencja odpadów medycznych wytwarzanych i ewidencja odpadów przekazywanych do unieszkodliwienia tj.: Karty ewidencji odpadów – prowadzone dla każdego odpadu odrębnie oraz Karty przekazania odpadów.

(dowód: akta kontroli str. 133-158, 188-287)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Sprawozdanie odnośnie wytwarzanych odpadów za 2011 r. zostało sporządzone nieprawidłowo z uwagi na:
 - a) błędne przepisanie z Karty ewidencji odpadów sumy odpadów o kodzie 18 01 08* – zamiast wartości 0,010 Mg w sprawozdaniu uwzględniono wartość 0,001 Mg²⁰ - co spowodowało zaniżenie wartości odpadów w sprawozdaniu o 9 kg,
 - b) świadome zaewidencjonowanie w Kartach ewidencji odpadów i Kartach przekazania odpadów 3,979 Mg²¹ odpadów o kodzie 18 01 03*, jako odpady o kodzie 18 01 04, w związku z przekroczeniem limitu dopuszczalnej ilości wytworzonych odpadów o kodzie 18 01 03* w październiku 2011 r. Jednocześnie w odpowiedzi na Zarządzenie pokontrolne Łódzkiego Wojewódzkiego Inspektora Ochrony Środowiska, który stwierdził to przekroczenie podano, iż wynikało ono z omyłkowo wystawionych kart na odpady o kodach 18 01 03* (co nie było zgodne ze stanem faktycznym), w związku z czym zostały one anulowane i wystawiono karty dla odpadów o kodach 18 01 04.

Karty ewidencji odpadów, w których wskazano odpady o kodzie 18 01 04 zamiast o kodzie 18 01 03* podpisane zostały przez Piotra Madeja - referenta w Dziale Techniczno-Eksploatacyjnym oraz Beatę Drożdżewicz – st. referenta w Dziale Techniczno-Eksploatacyjnym. Karty przekazania odpadów po stronie potwierdzającego przekazanie podpisane zostały przez Wandę Urbaniak – specjalistę ds. utrzymania ruchu. Podpisy potwierdzające wykonanie usługi transportu i przyjęcia odpadu zostały złożone przez pracowników ECO-ABC Sp. z o.o.

Ujęcie w Karcie ewidencji odpadów o kodzie 18 01 04, odpadów o kodzie 18 01 03*, potwierdził specjalista ds. utrzymania ruchu w Szpitalu, a wyjaśnił natomiast że takie zaewidencjonowanie odpadów miało na celu niewykazanie przekroczenia dopuszczalnych limitów odpadów o kodzie 18 01 03*.

NIK ocenia powyższe działania jako nierzetelne.

Zgodnie z art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. o odpadach, posiadacz odpadów jest obowiązany do prowadzenia ich ilościowej i jakościowej ewidencji zgodnie z przyjętym katalogiem odpadów i listą odpadów niebezpiecznych.

Dyrektor Szpitala – Jacek Sawicki wyjaśnił, iż błędne wpisanie odpadu o kodzie 18 01 08* wynikało z omyłki pisarskiej, a w celu uniknięcia w przyszłości podobnych pomyłek wprowadzono dodatkową weryfikację polegającą na porównywaniu zapisów zawartych w kartach ewidencji odpadów ze zbiorczym zestawieniem rocznym. W zakresie ujmowania odpadów o kodzie 18 01 03*, jako odpady o kodzie 18 01 04, Dyrektor wyjaśnił, że w listopadzie 2011 r. przekazano 0,056 Mg odpadów o kodzie 18 01 03*, a pozostała część wytworzonych odpadów w tym miesiącu (magazynowana nie dłużej niż 30 dni

²⁰ Dotyczy miesiąca lipca 2011 r.

²¹ W październiku 2011 r. – 0,778 Mg, w listopadzie 2011 r. – 3,201 Mg. Od 1 grudnia 2011 r. Szpital uzyskał pozwolenie na większy limit wytwarzania odpadów o kodzie 18 01 03*.

i w temperaturze nie przekraczającej 10°C) została przekazana na początku grudnia 2011 r., po uzyskaniu Decyzji zwiększającej limit do 55 Mg. Jego zdaniem, wydruki o wytwarzaniu odpadów zawierają prawidłowe informacje dotyczące ilości wygenerowanych odpadów i dlatego powstały rozbieżności pomiędzy wydrukiem wygenerowanych odpadów, a ilością na karcie przekazania.

NIK zwraca uwagę, że biorąc pod uwagę średnią wytwarzanych odpadów o kodzie 18 01 03* w okresie II połowa 2010 r. – 2012 r., oraz odnosząc się do ww. wyjaśnienia, na początku grudnia 2011 r. powinno zostać przekazanych odpadów o tym kodzie w ilości co najmniej 8 Mg, a nie 4,301 Mg. Odpady o kodzie 18 01 04 zostały przekazane w listopadzie 2011 r. w ilości ponad 5 Mg, pomimo że średnio w 2011-2012 r. wytworzono odpad ten w ilości ok. 1,5 Mg. Powyższe wskazuje, że odpady o kodzie 18 01 03* wytworzone w listopadzie 2011 r. nie zostały przekazane do unieszkodliwienia w grudniu 2011 r. Na taki fakt nie wskazał również Dyrektor Szpitala – Grażyna Krulik w wyjaśnieniu z dnia 29 listopada 2011 r. skierowanym do Łódzkiego Wojewódzkiego Inspektora Ochrony Środowiska.

(dowód: akta kontroli str. 7-24, 61-75, 102-151, 579-592)

2. W Szpitalu nie przestrzegano postanowień rozporządzenia w sprawie postępowania z odpadami, poprzez niedostosowanie się do następujących wymogów:
 - a) § 3 ust. 1-3 i § 4 pkt 1-3 - worki do których zbierano i w których magazynowano odpady medyczne były przezroczyste, część z nich nie posiadała żadnych oznaczeń identyfikujących, w tym również kodu odpadu, żaden nie posiadał oznaczenia adresu siedziby wytwórcy odpadów, a niektóre nie posiadały oznaczenia daty wytworzenia odpadów tj. daty zamknięcia,
 - b) § 5 ust. 2 pkt 4-7 - pomieszczenie, w którym były magazynowane odpady medyczne nie było zabezpieczone przed dostępem owadów, nie posiadało drzwi wejściowych bez progu, nie zostało wyposażone w wentylację zapewniającą podciśnienie, z zapewnieniem filtracji odprowadzającej powietrze, brak było w nim wydzielonych boksów i miejsc w zależności od rodzajów magazynowanych odpadów medycznych,
 - c) § 5 ust. 3 pkt 6 - stacjonarne urządzenie chłodnicze – prosekorium – nie posiadało zamknięcia drzwi wejściowych umożliwiających ich otwarcie od wewnątrz,
 - d) § 7 ust. 1 i 2 - transport wewnętrzny odpadów medycznych z miejsca powstawania do miejsca magazynowania nie odbywał się środkami transportu wewnętrznego²² - worki z odpadami były przynoszone do miejsca magazynowania w rękach.

Tak prowadzona gospodarka odpadami medycznymi naruszała również postanowienia procedury Pe-49. Na workach brak było również daty rozpoczęcia użytkowania worków (daty otwarcia), co było wymagane tą procedurą.

Nie były stosowane postanowienia zawarte w decyzjach Prezydenta Miasta Skierniewice, tj.: nie magazynowano odpadów medycznych o kodach 18 01 03* i 18 01 04 w boksach w pomieszczeniu gospodarczym oraz odpadów o kodach 18 01 08* w wydzielonych zamkniętych boksach.

²² Szpital posiadał tylko trzy pojemniki przeznaczone do tego celu, pomimo że na dzień 6 czerwca 2012 r. zapotrzebowanie na nie wynosiło 32 szt.

NIK ocenia powyższe działania jako nierzetelne, które mogły skutkować zagrożeniami epidemiologicznymi.

Dyrektor Szpitala – Jacek Sawicki wyjaśnił, że przyjmowane były nie w pełni nieprzezroczyste worki na odpady medyczne z uwagi na brak regulacji ze strony Szpitala faktur za ich dostawę oraz aby nie doprowadzić do zagrożenia epidemiologicznego. Nieprawidłowe oznakowanie worków wynikało prawdopodobnie z dużej rotacji pracowników odpowiedzialnych za ich podpisywanie. Aby temu zapobiec Dyrektor zamierza wprowadzić samoprzylepne etykiety zawierające niezbędne dane identyfikacyjne. Transport odpadów do miejsca magazynowania do końca lipca 2011 r. wykonywany był przez pracowników firmy zewnętrznej zgodnie z obowiązującymi przepisami. Po wygaśnięciu umowy zakupiono trzy pojemniki na kółkach, które przekazano do oddziałów zlokalizowanych w pawilonach poza budynkiem głównym Szpitala. Cyt.: „Zakup pozostałej części pojemników w pełnym zakresie i zgodnie z listą zapotrzebowań wymagał decyzji finansowych.”

Odnosnie pomieszczenia do magazynowania odpadów Dyrektor wyjaśnił, że Szpital został zobowiązany do urządzenia i wyposażenia takiego pomieszczenia, po byłej spalarni, do końca 2014 r. Decyzją Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego (od 2008 r. termin ten był kilkakrotnie przekładany, aż do 31 grudnia 2014 r.). Z uwagi na brak środków finansowych, również niezabezpieczonych na ten cel w planie rzeczowo-finansowym na 2014 r., pomieszczenie to nie zostało dostosowane do stosownych wymogów.

W wyniku działań kontrolnych NIK pomieszczenie do magazynowania odpadów medycznych zostało zabezpieczone przed dostępem owadów.

(dowód: akta kontroli str. 7-24, 175-187, 579-613, 619-620, 660-662, 664)

3. W latach 2011-2013 odpady medyczne o kodzie 18 01 02* – łóżyska - były przechowywane w pomieszczeniu magazynowym, razem z odpadami o kodach np.: 18 01 03* czy 18 01 04, pomimo że zgodnie z § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie postępowania z odpadami, magazynowanie odpadów medycznych o kodzie 18 01 02* może odbywać się tylko w temperaturze do 10°C, a czas ich przechowywania nie może przekroczyć 72 godzin. W pomieszczeniu magazynowym brak było urządzenia umożliwiającego utrzymanie temperatury do 10°C.

Wymóg magazynowania odpadów o kodzie 18 01 02* w chłodni w prosektorium wynikał również z decyzji Prezydenta Miasta Skierniewice w sprawie uzyskania przez Szpital zezwolenia na wytwarzanie odpadów niebezpiecznych i innych niż niebezpieczne.

Dyrektor Szpitala – Jacek Sawicki wyjaśnił, że zgodnie z obowiązującą procedurą odpady o kodzie 18 01 02* powinny być przechowywane w pomieszczeniu prosektorium, a cyt.: „nieprawidłowe postępowanie stanowiło jednostkowy przypadek”.

(dowód: akta kontroli str. 7-24, 176-177, 181, 185, 579-592)

4. Od początku 2011 r. do 8 czerwca 2012 r. odpady medyczne były odbierane ze Szpitala przez firmę ECO-ABC Sp. z o.o. dwa razy w tygodniu, co naruszało postanowienia § 3 ust. 7 oraz § 6 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie postępowania z odpadami, zgodnie z którymi pojemniki lub worki powinny być wymieniane nie rzadziej niż co 72 godziny, natomiast magazynowanie odpadów medycznych o kodzie 18 01 02* nie może trwać dłużej niż 72 godziny, a odpadów o kodach 18 01 03*, 18 01 06* i 18 01 08* w temperaturze powyżej

10°C nie dłużej niż 72 godz.²³ Występowały też przypadki odbierania odpadów co pięć dni np.: odbiór 10 a następnie 15 listopada 2011 r. lub 5 i później 10 stycznia 2012 r. Jednocześnie Szpital nie egzekwował od wykonawcy tego, aby odbierane były odpady trzy razy w tygodniu w okresach kwiecień-październik, pomimo takiego zapisu w umowie - § 3 ust. 3.

Również w trakcie trwania umowy zwartej z EMKA SA²⁴ występowały przypadki dokonywania odbioru odpadów dwa razy w tygodniu – 14 tydzień 2013 r. oraz nawet raz w tygodniu – 18 tydzień 2013 r. W trakcie realizacji umowy z tym wykonawcą wystąpiły przypadki magazynowania przez Szpital odpadów dłużej niż 72 godziny²⁵ np.: w okresach: 24-28 grudnia 2012 r., 29 marca – 3 kwietnia 2013 r., 30 kwietnia – 6 maja 2013 r., 30 października – 4 listopada 2013 r., 23-27 grudnia 2013 r. oraz 17-22 kwietnia 2014 r.²⁶

NIK ocenia powyższe działania jako mogące skutkować zagrożeniem epidemiologicznym.

Dyrektor Szpitala – Jacek Sawicki wyjaśnił, że w celu zwiększenia nadzoru nad wykonywaniem usług transportu i utylizacji odpadów medycznych będzie wymagane od wykonawcy sporządzanie szczegółowego harmonogramu odbioru odpadów z uwzględnieniem obowiązujących przepisów. Potwierdzenie przekazania odpadów będzie potwierdzane w harmonogramie, a w przypadkach nieodebrania odpadów do godz. 14⁰⁰ będą podejmowane działania interwencyjne. Dyrektor wyjaśnił, że w przypadku okresów: 24-28 grudnia 2012 r., 29 marca – 3 kwietnia 2013 r., 30 października – 4 listopada 2013 r. i 23-27 grudnia 2013 r. temperatura przechowywania nie przekraczała 10°C, a zgodnie z zapisami umowy od listopada do marca dopuszczano odbiór cyt.: „min. 1 x w tygodniu”. W dniach 30 kwietnia – 6 maja 2013 r. i 17-22 kwietnia 2014 r. przekazanie odpadów odbiegało od ustalonych terminów z uwagi na wypadające w tych okresach dni wolne od pracy i takie pojedyncze przypadki mają zostać w przyszłości wyeliminowane.

Dyrektor stwierdził, że Szpital nie płacił terminowo za wywóz i unieszkodliwianie odpadów firmom realizującym te usługi, w związku z czym odstąpiono od naliczania odsetek ustawowych wobec wykonawców. Brak w umowach z wykonawcami zapisów o karach umownych wskazuje, że Szpital może jedynie potrącić część wynagrodzenia z tytułu niewykonania umowy odnośnie bieżących faktur.

NIK zwraca uwagę, że nie we wszystkich ww. okresach temperatura powietrza była niższa od 10°C, jak np.: na koniec października i w I połowie listopada 2013 r.²⁷, tak więc odpady medyczne były magazynowane dłużej niż 72 h w niedozwolonych warunkach.

(dowód: akta kontroli str. 176-177, 188-287, 579-592)

5. Nie wszystkie 1.358 Karty przekazania odpadów wystawione w latach 2011-2013 były sporządzane zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 5 do rozporządzenia w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby

²³ Temperatura w pomieszczeniu magazynowym była zbliżona do temperatury powietrza na zewnątrz.

²⁴ Badaniem objęto okres od 9 czerwca 2012 r. do końca 2013 r. oraz 17-22 kwietnia 2014 r.

²⁵ Z Kart ewidencji odpadów nie wynika kiedy zostały wytworzone odpady i od kiedy były przechowywane w magazynie. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że w wymienionych okresach występowały odpady o kodzie 18 01 02*, które nie mogą być magazynowane dłużej niż 72 h - § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie postępowania z odpadami.

²⁶ Od dnia 17 kwietnia 2014 r. dotyczy części odpadów o kodzie 18 01 02*, a od dnia 18 kwietnia 2014 r. odpadów o kodach: 18 01 03* i 18 01 04 oraz części odpadów o kodzie 18 01 02* – wszystkie przechowywane w temperaturze powyżej 10°C.

²⁷ Źródło:

- <http://e-wczasowicz.pl/pogoda,skiemiewice,30.10.2013,32559.html>,

- <http://www.twojapogoda.pl/wiadomosci/109943,bilans-listopada-2011-w-polsce>

ewidencji odpadów, tj.: w 954 – nie wskazano rodzaju procesu przetwarzania odpadów, w 864 – nie wskazano rodzaju odpadu, w 863 – nie wskazano masy przekazywanych odpadów w Mg, w 278 – nie wskazano nr REGON Szpitala, w 73 – nie wskazano miejsca przeznaczenia odpadu, w 60 – nie wskazano daty potwierdzenia przejęcia odpadu, w 37 – nie wskazano daty potwierdzenia transportu odpadu, w 32 – nie wskazano nr rejestracyjnego pojazdu odbierającego odpady, w 7 – nie wskazano posiadacza odpadu, który przekazuje odpad, w 4 – brak było podpisów potwierdzających usługę transportu i przyjęcia odpadów. Również wszystkie 190 Kart ewidencji odpadów wystawionych w latach 2011-2013 zostało sporządzonych niezgodnie z załącznikiem nr 1 do ww. rozporządzenia, z uwagi na niewskazywanie nazwy rodzajów odpadów medycznych²⁸.

NIK ocenia powyższe działania jako nierzetelne.

Dyrektor Szpitala – Jacek Sawicki wskazał działania jakie zostaną podjęte w ramach dokonania nadzoru nad prawidłowością wystawiania Kart przekazania odpadów. Odnośnie Kart ewidencji odpadów stwierdził, że wpisywano cyfrowy kod odpadu, który wg Szpitala identyfikował również rodzaj odpadu. Dodał, że braki zostaną uzupełnione, a bieżące Karty są prowadzone zgodnie z obowiązującym wzorem.

Karty ewidencji i przekazania odpadów z 2 maja 2014 r. były wystawione zgodnie z ww. wzorami.

(dowód: akta kontroli str. 188-287, 579-592)

6. Zgodnie z umową nr WSZ.XIII.2510/112/2013 z dnia 22 października 2013 r. zawartą z firmą Helplast J. Hadasik – M. Helbig na dostawcy worków foliowych na odpady medyczne, na odpady pozostałe oraz worki na zwłoki, wszystkie worki na odpady medyczne miały być nieprzezroczyste. Pomimo tego wykonawca dostarczał do Szpitala worki przezroczyste, które wykorzystywano do zbierania i magazynowania odpadów medycznych.

Szpital nie korzystał z zapisów zawartych w umowie, na podstawie których mógł: sporządzać protokoły w sytuacjach stwierdzenia wad dostarczonego towaru, będących podstawą wymiany wadliwego towaru, zwrócić przedmiot zamówienia niezgodny z umową oraz naliczyć kary umowne.

NIK ocenia powyższe działania jako nierzetelne.

Dyrektor Szpitala – Jacek Sawicki wyjaśnił, że nie były sporządzane protokoły, nie żądano wymiany towaru na inny oraz nie naliczano kar umownych, ponieważ Szpital nie wywiązywał się z postanowień zawartej umowy nie regulując płatności w wyznaczonym terminie. Do dnia 29 kwietnia 2014 r. zostały zakupione worki na wartość 7.811,73 zł. Stosownie do postanowień umowy Szpital powinien nałożyć karę umowną za dostarczenie towaru z wadami w wysokości 390,59 zł.

W dniu 24 kwietnia 2014 r. zostało wystosowane pismo do dostawcy worków z żądaniem dostarczania worków zgodnie z wymaganiami zawartymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (dalej: siwz) i w umowie.

(dowód: akta kontroli str. 176-177, 179, 288-313, 578-592)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność w zbadanym zakresie.

²⁸ Wskazywano tylko kod odpadów.

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

Opis stanu faktycznego

W badanym okresie obowiązywały dwie umowy na wywóz i unieszkodliwianie odpadów niebezpiecznych (w tym odpadów zakaźnych):

- a) od 10 czerwca 2010 r. do 9 czerwca 2012 r. umowa zawarta z ECO-ABC Sp. z o.o. w Belchatowie – przedmiot zamówienia obejmował wszystkie odpady o kodach 18 01,
- b) od 10 czerwca 2012 r. do 9 czerwca 2014 r. umowa zawarta z EMKA Handel Usługi Krzysztof Rdest - przedmiot zamówienia obejmował odpady o kodach: 18 01 02*-18 01 09 i 18 01 82*.

W latach 2011-2013 Szpital wytworzył i przekazał do unieszkodliwienia ww. podmiotom odpady o kodach 18 01 02*-18 01 09. Odpady 18 01 82* były odbierane i unieszkodliwiane przez firmy zewnętrzne zajmujące się żywieniem pacjentów, natomiast odpady o kodzie 18 01 01 zostały wytworzone w ilości 7 kg, ale w latach 2011-2014 (do dnia 25 marca 2014 r.) nie zostały przekazane do unieszkodliwiania. Odpady o kodach 18 01 10*, 18 01 80*²⁹ i 18 01 81³⁰ nie były wytwarzane.

W umowach zawarto zapisy dotyczące metod unieszkodliwiania odpadów.

W trakcie realizacji umowy zawartej z ECO-ABC Sp. z o.o. została przekroczona całkowita wartość umowy o kwotę 49.927,63 zł, przy czym cena za 1 kg nie uległa zmianie.

Nie stwierdzono nieprawidłowości wyboru wykonawcy ECO-ABC Sp. z o.o. pod względem stosowania ustawy Prawo zamówień publicznych. Wyboru obu wykonawców dokonano w trybie przetargu nieograniczonego³¹.

(dowód: akta kontroli str. 33-54, 188-287, 314-575, 684-687)

ECO-ABC Sp. z o.o. posiadała spalarnię w Belchatowie (woj. łódzkie), 105 km³² od Szpitala i zgodnie ze złożoną ofertą oraz z większością Kart przekazania odpadów, odpady Szpitala były tam unieszkodliwiane. Wykonawca ten w całym okresie obowiązywania umowy posiadał stosowne zezwolenia.

Firma EMKA Handel Usługi Krzysztof Rdest posiadała siedzibę w Żyrardowie (woj. mazowieckie), oddalonej od Szpitala o ok. 28 km, przy czym odpady miały być unieszkodliwiane w Ostrołęce przy Al. Jana Pawła II 120A (woj. mazowieckie) – ok. 200 km od Szpitala oraz w Tczewie przy ul. 30 stycznia 58 (woj. pomorskie) – ok. 320 km od Szpitala. Zgodnie z Kartami przekazania odpadów, odpady Szpitala były wożone do Żyrardowa na ul. Jaktorowską 15a³³, gdzie były zbierane. Na zbieranie odpadów w tej lokalizacji wykonawca posiadał stosowne zezwolenia.

Zgodnie z informacją uzyskaną od Prezesa firmy EMKA SA odpady medyczne odbierane od Szpitala spalane były, w zależności od aktualnych mocy przerobowych, z uwzględnieniem postojów, napraw bieżących i planowanych remontów, w Ostrołęce, Trzewie i Chojnicach.

(dowód: akta kontroli str. 354-356, 363-417, 447-482, 515-516, 523-550, 640, 669-670)

²⁹ Zużyte kąpiele lecznicze aktywne biologicznie o właściwościach zakaźnych.

³⁰ Zużyte kąpiele lecznicze aktywne biologicznie inne niż wymienione w 18 01 80.

³¹ W obu postępowaniach stwierdzono błędy formalne, które nie miały wpływu na wynik postępowania.

³² Zgodnie z mapą.targo.pl.

³³ Z wyjątkiem okresu od 22 czerwca do 17 lipca 2013 r., w którym wykonawca nie posiadał zezwolenia na zbieranie odpadów w Żyrardowie, ale za to posiadał takie zezwolenie na lokalizację w Kozienicach ul. Gen. W. Sikorskiego 10a.

Koszty Szpitala za wywóz i unieszkodliwianie odpadów medycznych w 2011 r. wynosiły 98.569,65 zł, co stanowiło 0,18% łącznych kosztów poniesionych za ten rok. W roku 2012 koszty za wywóz i unieszkodliwianie odpadów medycznych wyniosły 97.980,37 zł, a w 2013 r. - 101.529,28 zł, co w obydwu tych latach stanowiło 0,19% łącznych kosztów Szpitala. Jednostkowe koszty transportu i unieszkodliwienia odpadów medycznych wyniosły: w 2011 r. - 1.415,70 zł/Mg, w 2012 r. - 1.428,47 zł/Mg i w 2013 r. - 1.470,37 zł/Mg.

(dowód: akta kontroli str. 102-112, 570-578)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Szpital dokonując wyboru oferty wykonawcy Emka Handel Usługi Krzysztof Rdest w Żyrardowie, z którym zawarł umowę na okres od 10 czerwca 2012 r. do 9 czerwca 2014 r., w wyniku przeprowadzonego postępowania pn.: „Wywóz i unieszkodliwianie odpadów niebezpiecznych (w tym odpadów zakaźnych) pochodzących z diagnozowania, leczenia i profilaktyki medycznej w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Skierniewicach kod 1801” naruszył postanowienia art. 89 ust. 1 pkt 2 i art. 24 ust. 2 pkt 3 i 4 ustawy Prawo zamówień publicznych. Naruszenia te dotyczyły zasady bliskości wymaganej zarówno postanowieniami art. 9 ust. 3-5 ustawy o odpadach z 2001 r., jak i siwz. Wykonawca nie spełniał warunku udziału w postępowaniu, ponieważ nie posiadał uprawnień do wykonywania określonej działalności tj. stosownego zezwolenia dotyczącego unieszkodliwiania i zbierania odpadów³⁴, i jednocześnie złożył oświadczenie o spełnianiu warunku udziału w postępowaniu.

Powyższe zostało potwierdzone w informacji z 13 marca 2014 r. i odpowiedzi na zastrzeżenia do informacji o wynikach kontroli przeprowadzonej przez Urząd Zamówień Publicznych z 1 kwietnia 2014 r.³⁵

W tożsamym postępowaniu przeprowadzonym w 2010 r. Szpital nie naruszył zasady bliskości, odrzucając ofertę firmy Emka Handel Usługi Krzysztof Rdest w Żyrardowie, pomimo zaproponowania przez nią najniższej ceny, która była jedynym kryterium wyboru ofert.

Przewodniczącym komisji przetargowej w obu postępowaniach była Elżbieta Zwolińska – Kierownik Działu Techniczno-Eksploatacyjnego.

Umowa na ww. zakres została zawarta w dniu 31 maja 2012 r. na łączną kwotę 220.752,00 zł. Stroną reprezentującą Szpital były: Grażyna Krulik – Dyrektor Szpitala oraz Danuta Nobis – Główny Księgowy Szpitala.

Do 31 grudnia 2013 r. Szpital poniósł wydatki związane z realizacją umowy w wysokości 136.990,76 zł, a do 31 marca 2014 r. w wysokości 25.955,32 zł (razem: 162.946,08 zł).

Dyrektor Szpitala – Jacek Sawicki na pytanie dlaczego w jednym postępowaniu firma EMKA została odrzucona ze względu na zasadę bliskości, a w drugim nie, wyjaśnił tylko cyt.: „Zamawiający odrzucił ofertę firmy „Emka” Handel Usługi Krzysztof Rdest w Żyrardowie z uwagi na zaproponowane miejsca utylizacji odpadów, które były mniej korzystne niż innych oferentów i znajdowały się poza

³⁴ Wykonawca nie posiadał obowiązującego zezwolenia na unieszkodliwianie odpadów w Ostrołęce, tj. w jednym z miejsc wykazanych w ofercie, gdzie odpady miały być unieszkodliwiane. Wykonawca przedłożył takie zezwolenie, lecz jego ważność wygasła przed dniem terminu składania ofert.

³⁵ W związku z nieuwzględnieniem zastrzeżeń przez Dyrektora Szpitala od wyników kontroli doraźnej w zakresie naruszeń, przekazano zastrzeżenia do zaopiniowania przez Krajową Izbę Odwoławczą, stosowanie do postanowień art. 167 ust. 2 ustawy Prawo zamówień publicznych.

granicami województwa łódzkiego, czyli terenu wytwarzania rzeczonych odpadów”.

(dowód: akta kontroli str. 50-54, 314-317, 320-446, 483-522, 573-575)

2. W wyniku realizacji umowy na wywóz i unieszkodliwianie odpadów zawartej z ECO-ABC Sp. z o.o. Szpital poniósł wydatki w łącznej wysokości 193.747,63 zł, pomimo że „całkowita wartość brutto 24 - miesięcznego zamówienia” miała wynieść 143.820,00 zł. Szpital poniósł wydatki ponad wartość określoną w umowie w wysokości 48.941,93 zł³⁶. Stosownie do art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych³⁷, wydatki publiczne powinny być dokonywane w wysokościach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań.

Dyrektor Szpitala – Jacek Sawicki wyjaśnił, że w siwz oraz w umowie ustalona została cena za wywóz 1 kg odpadów jako wartość stała, a ilość kilogramów i tym samym wartość umowy ustalona została szacunkowo, z uwagi na brak możliwości przewidzenia dokładnej ilości wytworzenia odpadów w ciągu 2 lat. W siwz i w umowie ilość odpadów wskazano używając określenia „około”, „przewidywana” więc nie było potrzeby sporządzania aneksu.

(dowód: akta kontroli str. 566-572, 626-629)

3. W siwz oraz w umowach zawartych z wykonawcami - dotyczących wywozu i unieszkodliwiania odpadów medycznych w latach 2010-2014 - wskazano obowiązek odbioru odpadów w miesiącach listopad-marzec tylko jeden raz w tygodniu, pomimo iż zgodnie z § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie postępowania z odpadami, magazynowanie odpadów medycznych o kodzie 18 01 02* może odbywać się tylko w temperaturze do 10°C, a czas ich przechowywania nie może przekroczyć 72 godzin. Podobnie odpady o kodach 18 01 03*, 18 01 06* i 18 01 08* mogą być magazynowane nie dłużej niż 72 godziny – w temperaturze 10-18°C, chyba że są magazynowane w temperaturze poniżej 10°C - to nie dłużej niż 30 dni (§ 6 ust. 2).

NIK ocenia powyższe działania jako nierzetelne.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że odbiór odpadów od listopada do marca raz w tygodniu stanowił minimum jakie wykonawca ma spełnić, a zapis ten umożliwiał uzyskanie niższej ceny. Dyrektor zwrócił uwagę, że odpady o kodzie 18 01 02* magazynowane są w Szpitalu w prosektorium, czyli w temperaturze poniżej 10°C, natomiast odpady o kodach 18 01 03*, 18 01 06* i 18 01 08* w ww. okresie również magazynowane były w temperaturze poniżej 10°C.

NIK zwraca uwagę, że w prosektorium przechowywane były odpady o kodzie 18 01 02*, jednak z wyjątkiem łóżysk, pozostałe odpady z grupy 18 01 przechowywane były tak jak odpady o kodzie 18 01 03*, w pomieszczeniu magazynowym (nie wyposażonym w urządzenie chodzące), w którym panowała temperatura zbliżona do temperatury powietrza na zewnątrz. Przykładowo w listopadzie 2011 r. oraz w marcu 2012 r. temperatura w Polsce sięgała 20°C³⁸ tak, więc w pomieszczeniu magazynowym nie było możliwości zapewnienia temperatury poniżej 10°C w całym ww. okresie.

(dowód: akta kontroli str. 159-163, 176-177, 183-184, 185, 323-346, 414-417, 487-514, 566-569)

³⁶ W wyliczeniu tej wartości wzięto pod uwagę wzrost podatku VAT o 1% w 2011 r.

³⁷ Dz.U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.

³⁸ Wg danych z:

- <http://www.twojapogoda.pl/wiadomosci/109943,bilans-listopada-2011-w-polsce>,

- <http://www.weatheronline.pl/weather/maps/city>

4. Umowy na wywóz i unieszkodliwianie odpadów obowiązujące w latach 2011-2013 nie zawierały zapisów zabezpieczających interes Szpitala tj. określenia wysokości kar umownych dla wykonawców z tytułu: nieterminowego odbioru odpadów medycznych, nieprawidłowego sporządzania Kart przekazania odpadów czy unieszkodliwiania odpadów w innym miejscu niż wykonawca wskazywał w ofercie. Zapisy takie nie zostały również wprowadzone na podstawie aneksów do umów.

NIK ocenia powyższe działania jako nierzetelne.

Dyrektor Szpitala – Jacek Sawicki wyjaśnił, iż w umowach zawarto klauzulę zgodnie z którą w sprawach nie uregulowanych umowami zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego, w związku z czym w razie niewykonania lub nienależytego wykonania wykonawca zobowiązany jest zapłacić karę umowną zgodnie z tymi przepisami, nawet bez umownego zastrzeżenia kar.

NIK zwraca uwagę, że kara umowna jest dodatkowym zastrzeżeniem, które powinno być przez strony ustalane w momencie podpisania umowy. Istotnym walorem kary umownej jest obowiązek jej zapłaty bez względu na wysokość szkody. Może być zastrzeżona na wypadek niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania. Nie wyklucza to – przy odpowiednim zastrzeżeniu w umowie – dochodzenie odszkodowania na zasadach ogólnych.

(dowód: akta kontroli str. 159-174, 414-417, 566-569)

5. Wykazane nieprawidłowości w niniejszym wystąpieniu pokontrolnym wskazują, że w zakresie gospodarowania odpadami medycznymi kontrola zarządcza w Szpitalu działała nieefektywnie, a cele i zadania nie zostały osiągnięte zgodnie z postanowieniami art. 68 ust. 1 ustawy o finansach publicznych. Pomimo braku skutecznej kontroli zarządczej w przedmiotowym zakresie w Oświadczeniach o stanie kontroli zarządczej za lata 2011-2013, podpisanych przez Dyrektorów Szpitala stwierdzono, że kontrola zarządcza funkcjonowała w wystarczającym stopniu, była adekwatna, skuteczna i efektywna, oraz że brak było do niej jakichkolwiek zastrzeżeń.

Dyrektor Szpitala – Jacek Sawicki wymienił szereg działań jakie zostały wdrożone w celu zapewnienia prawidłowego postępowania z odpadami medycznymi, stanowiącymi mechanizmy kontroli zarządczej. Zwrócił uwagę, że w przypadkach stwierdzenia nieprawidłowości istniejącego systemu zostaną wprowadzone dodatkowe mechanizmy kontroli, które pozwolą na skuteczne monitorowanie oraz nadzór.

(dowód: akta kontroli str. 579-592, 651-659)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. Szpital nie zrealizował większości wniosków pokontrolnych przekazanych w wyniku przeprowadzenia kontroli z zakresu postępowania z odpadami medycznymi w 2007 r., tj.: wytwarzania odpadów medycznych w ilościach określonych w zezwoleniach na ich wytwarzanie, prawidłowego wypełniania kart przekazania odpadu oraz pełne i rzetelne prowadzenie ewidencji odpadów, podjęcia działań organizacyjnych stwarzających warunki do prowadzenia prawidłowej gospodarki odpadami medycznymi, wylaniania wykonawców usług wywozu i unieszkodliwiania odpadów medycznych z przestrzeganiem postanowień warunków określonych w ustawie o odpadach.

Jedynym wnioskiem pokontrolnym zrealizowanym przez Szpital było sporządzanie karty ewidencji odpadu dla każdego rodzaju odpadu odrębnie.

(dowód: akta kontroli str. 7-24, 50-54, 61-75, 102-151, 175-287, 320-446, 483-522, 569-613, 619-620, 660-662, 664)

2. W postępowaniu na „Wywóz i unieszkodliwianie odpadów niebezpiecznych (w tym odpadów zakaźnych) pochodzących z diagnozowania, leczenia i profilaktyki medycznej w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Skierniewicach Kod 1801” na lata 2010-2012 przyjęto, iż ilość odpadów medycznych jaka będzie wytwarzana miesięcznie wyniesie ok. 4.250 kg. Faktycznie w okresie realizacji zamówienia wytwarzanych było ok. 5.700 kg miesięcznie.

Dyrektor Szpitala – Jacek Sawicki wyjaśnił, że nie jest do przewidzenia określenie dokładnej ilości odpadów jakie powstaną w danym roku przy zawarciu umowy na okres 24 miesięcy. Od czerwca 2010 r. do czerwca 2012 r. wzrosła ilość odpadów o kodach 18 01 03* i 18 01 04 z uwagi na: ponowne uruchomienie oddziału ortopedycznego (od 1 marca 2010 r.), zmianę klasyfikacji opakowań z kodu 15 01 02 na kod 18 01 04, zwiększony nadzór epidemiologiczny w przypadkach zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz zwiększoną zachorowalność na grypę A (H1N1) w 2011 r.

NIK zwraca uwagę, iż zamawiający miał możliwość uwzględnienia ilości przewidywanych do wytworzenia odpadów z tytułu uruchomienia oddziału ortopedii, ponieważ wniosek o wszczęcie zamówienia został sporządzony w dniu 10 marca 2010 r., a oddział został uruchomiony 1 marca 2010 r. Kwestia zmiany kwalifikacji opakowań dotyczyła roku 2008 r. tak, więc w okresie przygotowywania postępowania przetargowego była już dawno rozstrzygnięta.

(dowód: akta kontroli str. 113-115, 183-221, 314-319, 484-514, 626-639, 641-642)

3. W umowie obowiązującej od 10 czerwca 2012 r. zawartej z EMKA Handel-Usługi Krzysztof Rdest nie wskazano obowiązku potwierdzenia pisemnie przez wykonawcę faktu unieszkodliwiania odpadów, w celu zwolnienia Szpitala z odpowiedzialności za zbieranie zakaźnych odpadów medycznych, stosownie do postanowień art. 27 ust. 4-6 ustawy o odpadach. Zapis taki nie został również wprowadzony na podstawie aneksu do umowy.

Dyrektor Szpitala – Jacek Sawicki wyjaśnił, iż powołane ww. przepisy nie obowiązywały na dzień zawarcia umowy, natomiast w czerwcu 2013 r. wystosowane zostało pismo z prośbą o potwierdzenie unieszkodliwiania odpadów [co nie przyniosło rezultatu]. Fakt nieprzedstawienia przez odbiorcę przedmiotowych dokumentów został stwierdzony również w trakcie audytu przeprowadzonego w październiku 2013 r., w związku z czym zobowiązano się do wprowadzenia takiego warunku w siwz w postępowaniu przeprowadzonym w 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 159-174, 414-417, 566-569)



Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność w badanym obszarze.

IV. Uwagi i wnioski

Ustawa o odpadach oraz rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 13 stycznia 2014 r. w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych³⁹, nie nakładają obowiązku na posiadacza odpadów, który unieszkodliwia zakaźne odpady medyczne do przekazywania wytwórcy odpadów oraz do wojewódzkiego inspektora ochrony środowiska właściwego ze względu na miejsce wytwarzania zakaźnych odpadów informacji dotyczącej miejsca ich unieszkodliwienia odpadów.

³⁹ Dz.U. poz. 107.

Brak prawnych uregulowań w tym zakresie nie daje pełnej możliwości wytwórcy odpadów do sprawdzenia czy unieszkodliwiający odpady unieszkodliwia je w miejscach wskazanych w umowie.

(dowód: akta kontroli str. 167-174)

W dniu 9 kwietnia 2014 r. Dyrektor Szpitala został poinformowany o stwierdzeniu niebezpieczeństwa dla życia lub utraty zdrowie ludzkiego, z uwagi na niezabezpieczenie dokumentacji medycznej w budynku Szpitala mieszczącym się przy ul. Wita Stwosza 1 w Skierniewicach. Dokumentacja ta mogła zostać wyniesiona lub spreparowana, z uwagi iż znajdowała się w pomieszczeniu otwartym i przez nikogo nie pilnowanym.

Zgodnie z art. 23 ust. 2 i art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴⁰ oraz § 72 i 73 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁴¹, dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie a za właściwy sposób jej prowadzenia, przechowywania i udostępniania odpowiada podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, który ma obowiązek zapewnić odpowiednie do tego warunki zabezpieczające.

Dyrektor Szpitala – Jacek Sawicki podjął działania zmierzające do: wyciągnięcia konsekwencji służbowych wobec pracownika pełniącego nadzór nad dokumentacją w trakcie wystąpienia zdarzenia, wydał polecenie przygotowania zarządzenia w sprawie przeprowadzenia audytu wewnętrznego dotyczącego sposobów gromadzenia, przechowywania, przetwarzania i udostępniania dokumentacji medycznej oraz wystosował pismo do Ordynatorów, Pielęgniarek Oddziałowych i Kierowników medycznych komórek organizacyjnych zawierające pouczenie o odpowiedzialności prawnej związanej z nieprawidłowym zabezpieczeniem informacji o pacjentach oraz polecenie stosowania się do obowiązującego w tym zakresie prawa.

(dowód: akta kontroli str. 671-679)

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 Kontroli⁴², wnosi o:

1. zwiększenie nadzoru nad gospodarowaniem odpadami medycznymi na terenie Szpitala,
2. egzekwowanie od wykonawcy odbierającego odpady medyczne oraz od dostawcy worków foliowych na odpady medyczne wywiązywania się z postanowień zawartych umów,
3. dostosowanie warunków umowy na wywóz i unieszkodliwianie odpadów medycznych wytwarzanych w Szpitalu do wymogów rozporządzenia w sprawie postępowania z odpadami, w szczególności w zakresie częstotliwości odbioru tych odpadów,
4. dostosowanie procedury dotyczącej gospodarowania odpadami medycznymi do postanowień rozporządzenia w sprawie postępowania z odpadami,
5. wprowadzenie do umów na wywóz i unieszkodliwianie odpadów medycznych klauzuli zabezpieczających interesy Szpitala,

⁴⁰ Dz.U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.

⁴¹ Dz.U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.

⁴² Dz.U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

6. przestrzeganie decyzji Prezydenta Miasta Skierniewice w zakresie magazynowania oraz limitów ilości wytwarzanych odpadów medycznych na terenie Szpitala,
7. prawidłowe wypełnianie kart przekazania odpadu oraz rzetelne prowadzenie ewidencji odpadów,
8. podjęcia działań organizacyjnych stwarzających warunki do prowadzenia prawidłowej gospodarki odpadami medycznymi,
9. zapewnienie skutecznej kontroli zarządczej w zakresie gospodarowania odpadami medycznymi.

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 Łodzi.

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 14 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.

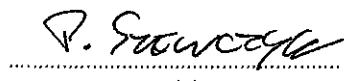
Łódź, dnia 27 maja 2014 r.

Kontroler/Kontrolerzy
Dominik Gołacki
specjalista k.p.


Podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Łodzi

Dyrektor
Przemysław Szewczyk


podpis

