



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP – 4101-001-02/2014

P/14/055

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli.

Numer i tytuł kontroli	P/14/055 – Postępowanie z odpadami medycznymi.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu.
Kontroler	Jarosław Pałęga, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 89241 z dnia 14 marca 2014 r. (dowód: akta kontroli, str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Brzeskie Centrum Medyczne w Brzegu, ul. Mossora 1, 49-300 Brzeg ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Waldemar Konik, Dyrektor BCM ² . (dowód: akta kontroli, str. 8-9, 697)

II. Ocena kontrolowanej działalności.

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości³ działalność BCM w zakresie postępowania z odpadami medycznymi w latach 2011-2013.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Ocenę pozytywną uzasadnia właściwa organizacja sposobu postępowania z odpadami medycznymi, w tym przestrzeganie warunków wynikających z decyzji administracyjnych, rzetelne ewidencjonowanie wytwarzanych i przekazywanych do unieszkodliwienia odpadów medycznych oraz zamieszczanie w zbiorczych zestawieniach o wytwarzanych odpadach, danych zgodnych z ewidencją, a także prawidłowe przeprowadzenie postępowania na wybór wykonawcy, któremu powierzono odbieranie i utylizację odpadów medycznych.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły gromadzenia przeterminowanych leków w pojemniku o niewłaściwym kolorze; opisywanie worków i pojemników na odpady w sposób utrudniający identyfikację wytwórcy odpadów; środka dezynfekującego oraz ręczników papierowych w pomieszczeniu przeznaczonym do magazynowania odpadów medycznych; niezapewnienie prawidłowego stanu jednej ze ścian pomieszczenia przeznaczonego do dezynfekcji wewnątrzzakładowych środków transportu odpadów medycznych; nieprawidłowego sposobu transportowania odpadów medycznych z miejsca wytwarzania do miejsca magazynowania w obiekcie przy ul. Nysańskiej 4-6 oraz nieterminowego przekazania Marszałkowi Województwa Opolskiego zbiorczego zestawienia danych o wytwarzanych odpadach i sposobie nimi gospodarowania za 2013 r.

NIK pozytywnie ocenia działania mające na celu usunięcie niektórych nieprawidłowości, które zostały podjęte jeszcze w trakcie kontroli NIK.

¹ Dalej: Szpital, BCM.

² Powołany na stanowisko kierownika podmiotu leczniczego z dniem 15 maja 2014 r. na podstawie uchwały nr 385/2014 Zarządu Powiatu Brzeskiego z dnia 6 maja 2014 r. W okresie od 1 kwietnia 2014 r. do 14 maja 2014 r. pełnienie obowiązków Dyrektora BCM powierzono Barbarze Suzanowicz – Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych, natomiast w okresie wcześniejszym (tj. od 3 października 2007 r.) dyrektorem jednostki kontrolowanej był Mariusz Grochowski.

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

III. Opis ustalonego stanu faktycznego.

1. Organizacja postępowania z odpadami medycznymi.

Opis stanu
faktycznego

1.1. Szpital posiadał uregulowany stan formalno-prawny w zakresie gospodarki odpadami medycznymi. W okresie objętym kontrolą obowiązywała decyzja Starosty Brzeskiego nr OŚ.7626/39/06 z dnia 17 sierpnia 2006 r.⁴, zgodnie z którą BCM uzyskał pozwolenie na wytwarzanie odpadów do dnia 1 sierpnia 2016 r. W myśl ww. pozwolenia Szpital mógł wytwarzać m.in. odpady medyczne o kodzie 18 01 02* (części ciała i organy) w ilości 1,000 Mg rocznie⁵, odpady o kodzie 18 01 03* (odpady medyczne z diagnozowania, leczenia i profilaktyki medycznej) w ilości 45,000 Mg rocznie⁶ oraz odpady inne niż niebezpieczne o kodzie 18 01 09 (leki przeterminowane) w ilości 0,030 Mg rocznie⁷. Pozwolenie obejmowało również inne rodzaje odpadów dopuszczonych do wytworzenia w ciągu roku (m.in. odpady zawierające rtęć, wodne roztwory wywołacza i aktywatorów, roztwory utrwalacza, zmieszane odpady betonu i gruzu, materiałów ceramicznych i elementów wyposażenia, żelazo i stal, opakowania z tworzyw sztucznych i papieru). Łączna ilość odpadów dopuszczonych do wytworzenia w BCM wynosiła 122,710 Mg rocznie, z tego 46,030 Mg odpadów medycznych.

(dowód: akta kontroli, str. 10-20)

1.2. W Szpitalu opracowano i wprowadzono procedurę postępowania z odpadami medycznymi. W ramach wdrożonego w BCM systemu zarządzania jakością obowiązywały m.in.:

- procedura QEP/S/048 – postępowanie z odpadami,
- instrukcja stanowiskowa QEP/S/048 A – postępowanie z odpadami medycznymi niebezpiecznymi,
- instrukcja QEI/S/111 – składowanie odpadów medycznych w pomieszczeniu zbiorczym odpadów,
- instrukcja postępowania QEI/O/112 – rozerwanie worka z odpadami niebezpiecznymi,
- instrukcja QEI/O/015 – kontrola terminów ważności leków i postępowanie z lekami przeterminowanymi,
- procedura QEI/O/028 – postępowanie ze środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi i prekursorami kategorii 1, ich mieszaninami oraz produktami leczniczymi zepsutymi, sfałszowanymi lub którym upłynął termin ważności, zawierającymi w swoim składzie ww. środki.

Procedury i instrukcje obowiązujące w Szpitalu były zgodne z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi⁸ oraz warunkami wynikającymi z udzielonego pozwolenia na wytwarzanie odpadów.

(dowód: akta kontroli, str. 21-62)

1.3. W latach 2011-2013 BCM nie realizował inwestycji związanych z unieszkodliwianiem odpadów medycznych.

(dowód: akta kontroli, str. 551, 553)

1.4. W zakresie postępowania z odpadami medycznymi w BCM organizowano wewnętrzne szkolenia, w których brali udział pracownicy poszczególnych oddziałów szpitala, laboratorium i bakteriologii oraz grupy transportowej i sprzątającej. Tematyka szkoleń obejmowała postępowanie z odpadami, w tym niebezpiecznymi,

⁴ Zmieniona decyzją nr OŚ.7626/36/07 z dnia 22 maja 2007 r. oraz decyzją nr OŚ.7626/50/09 z dnia 27 maja 2009 r.

⁵ Całość w obiekcie przy ul. Mossora 1.

⁶ 42,550 Mg rocznie w obiekcie przy ul. Mossora 1 oraz 2,450 Mg rocznie w obiekcie przy ul. Nysańskiej 4-6.

⁷ 0,020 Mg rocznie w obiekcie przy ul. Mossora 1 oraz 0,010 Mg rocznie w obiekcie przy ul. Nysańskiej 4-6.

⁸ Dz. U. Nr 139, poz. 940. Dalej: rozporządzenie w sprawie sposobu postępowania z odpadami.

składowanie odpadów w pomieszczeniu zbiorczym, postępowanie w przypadku rozerwania worka z odpadami niebezpiecznymi. Ponadto dwóch pracowników działu technicznego uczestniczyło w 2013 r. w nieodpłatnym szkoleniu zewnętrznym z zakresu ochrony środowiska i gospodarowania odpadami, zorganizowanym przez Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego.

(dowód: akta kontroli, str. 63-64, 502-503)

1.5. W okresie objętym kontrolą, tj. w latach 2011-2013, Szpital był trzykrotnie kontrolowany przez pracowników Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Opolu⁹, działających z upoważnienia Opolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego¹⁰ w zakresie postępowania z odpadami medycznymi.

Stan sanitarno-techniczny obiektów, w tym sposób postępowania z bielizną i odpadami medycznymi w BCM sprawdzono podczas kontroli przeprowadzonej w dniach od 25 maja do 2 czerwca 2011 r. W wyniku przeprowadzonej kontroli stwierdzono nieprawidłowości w zakresie postępowania z odpadami medycznymi, w tym:

- gromadzenie odpadów medycznych poza miejscem wytwarzania w pojemnikach ustawionych przy windzie na każdym piętrze,
- brak miejsca przeznaczonego do dezynfekcji, mycia i przechowywania wewnątrz Zakładowych środków transportu odpadów i pojemników wielorazowego użycia, spełniającego wymagania zawarte w § 8 rozporządzenia w sprawie sposobu postępowania z odpadami medycznymi,
- niewłaściwy czas magazynowania odpadów w stosunku do temperatury w szafie chłodniczej, w której temperatura w dniu kontroli wynosiła 20°C (w chłodni przechowywano odpady medyczne w workach oznakowanych datą 17 i 30 maja 2011 r.),
- brak pojemnika zamykanego do transportu odpadów medycznych w obiekcie przy ul. Nysańskiej.

W związku z przeprowadzoną kontrolą OPWIS w dniu 26 lipca 2011 r. wydał decyzję nr HK.9612.1.2.2011.MS-Ż, w której zobowiązał BCM do usunięcia stwierdzonych podczas kontroli nieprawidłowości, w tym dotyczących sposobu postępowania z odpadami medycznymi.

(dowód: akta kontroli, str. 65-83)

W trakcie przeprowadzonej przez WSS-E w 2012 r. kontroli, nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie zbierania odpadów medycznych w poradniach objętych kontrolą, tj. Poradni Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz Ginekologicznej.

(dowód: akta kontroli, str. 147-161)

Przeprowadzona w dniach 8-15 stycznia 2013 r. następna kontrola WSS-E ujawniła nieprawidłowy sposób oznakowania pojemników i worków na odpady medyczne, gromadzenie odpadów medycznych poza miejscem ich wytwarzania, tj. w ciągach komunikacyjnych Oddziału Wewnętrznego oraz Oddziału Urazowo-Ortopedycznego, przekroczony czas przechowywania worka z odpadami medycznymi w miejscu wytwarzania w gabinecie zabiegowym Oddziału Urazowo-Ortopedycznego oraz brak zawarcia w instrukcji stanowiskowej postępowania z odpadami informacji dotyczącej pełnego oznakowania worków o kodzie 18 01 02* i 18 01 03*.

(dowód: akta kontroli, str. 89-132)

W związku z przeprowadzoną kontrolą OPWIS w dniu 15 marca 2013 r. wydał decyzję nr HK.9612.1.1.2013.MS-Ż, w której zobowiązał BCM, do usunięcia

⁹ Dalej: WSS-E.

¹⁰ Dalej: OPWIS.

w terminie do 30 kwietnia 2013 r. stwierdzonych podczas kontroli nieprawidłowości, w tym dotyczących sposobu postępowania z odpadami medycznymi. Pismem z dnia 26 kwietnia 2013 r. Dyrektor BCM poinformował OPWIS o wykonaniu obowiązków nałożonych w ww. decyzji.

(dowód: akta kontroli, str. 133-144)

1.6. Zarządzeniem nr 43/2012 z dnia 22 maja 2012 r.¹¹ Dyrektor BCM wprowadził do stosowania Regulamin kontroli zarządczej, czym wypełnił obowiązek określony w art. 68-69 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o *finansach publicznych*¹². Regulamin ten określał cele i zakres kontroli zarządczej, formy organizacyjne, środowisko i mechanizmy kontroli zarządczej, zarządzanie ryzykiem, sposób informacji i komunikacji oraz monitorowanie i ocenę skuteczności systemu kontroli zarządczej. W myśl przyjętego regulaminu, kontrola zarządcza miała zapewnić m.in. zgodność działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi. Wg oświadczeń Dyrektora BCM o stanie kontroli zarządczej za lata 2011, 2012, 2013 w Szpitalu w wystarczającym stopniu funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Mając na uwadze ujawnione podczas niniejszej kontroli nieprawidłowości w zakresie postępowania z odpadami medycznymi, które zostały opisane w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, zdaniem NIK skuteczność systemu kontroli zarządczej w tym obszarze była ograniczona.

(dowód: akta kontroli, str. 504-517, 681-686)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

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

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

Opis stanu
faktycznego

2.1. W okresie objętym kontrolą BCM wytworzył odpady medyczne, które następnie przekazano do utylizacji o łącznej wadze 115,677 Mg z tego:

- w 2011 r. - 39,477 Mg odpadów (kod 18 01 02* – 0,416 Mg, 18 01 03* – 39,057 Mg, 18 01 09 - 0,004 Mg),
- w 2012 r. - 39,916 Mg odpadów (kod 18 01 02* – 0,391 Mg, 18 01 03* – 39,522 Mg, 18 01 09 - 0,003 Mg),
- w 2013 r. - 36,284 Mg odpadów (18 01 02* – 0,414 Mg, 18 01 03* – 35,866 Mg, 18 01 09 – 0,004 Mg).

W 2011 r. w przeliczeniu na jedno łóżko szpitalne BCM wytworzył 116,8 kg odpadów medycznych, natomiast w latach 2012–2013 wskaźnik ten wynosił odpowiednio 119,5 kg i 108,6 kg. W okresie objętym kontrolą ilość wytworzonych odpadów medycznych nie przekroczyła dopuszczalnych ilości określonych w pozwoleniu na ich wytworzenie.

(dowód: akta kontroli str. 10-20, 173, 189-191, 560)

2.2. BCM nie przyjmował do unieszkodliwiania odpadów medycznych od innych podmiotów leczniczych.

(dowód: akta kontroli, str. 551, 553)

¹¹ W okresie wcześniejszym obowiązywał system kontroli zarządczej wprowadzony zarządzeniem Dyrektora BCM nr 24/2010 z dnia 1 kwietnia 2010 r.

¹² Dz. U. z 2013 r. poz. 885 ze zm.,

2.3. Szpital w dniu 25 marca 2014 r., wystąpił z wnioskiem do Remondis Medison Spółki z o. o. z Dąbrowy Górniczej¹³ o wydanie za każdy miesiąc począwszy od marca 2014 r. dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie odpadów medycznych wytworzonych przez BCM i przekazanych do utylizacji uprawnionemu w tym zakresie podmiotowi, stosownie do wymogów art. 95 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. *o odpadach*¹⁴.

(dowód: akta kontroli str. 545)

P.o. Dyrektora wskazała, iż od marca 2014 roku, tj. od momentu opracowania przez Ministra Środowiska wzoru dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie odpadów medycznych jest on wystawiany na wniosek BCM przez podmiot, który dokonał ich unieszkodliwienia. Poinformowała również, iż w okresie wcześniejszym dokumentem potwierdzającym unieszkodliwienie odpadów medycznych niebezpiecznych był wpis potwierdzający przejęcie odpadu z pieczęcią, datą i podpisem na karcie przekazania odpadu.

(dowód: akta kontroli str. 553-557)

W odpowiedzi na złożony wniosek, w dniach 10 i 23 kwietnia 2014 r.¹⁵ do Szpitala przekazane zostały dokumenty potwierdzające unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 546-548)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zauważyła, iż przejawem rzetelnego postępowania Szpitala powinno być podjęcie działań, w celu uzyskania informacji o unieszkodliwieniu odpadów (nawet pomimo braku wzoru tego dokumentu w okresie przed dniem 22 lutego 2014 r.), tak aby mógł on udowodnić, że odpady zostały nie tylko unieszkodliwione we właściwy sposób, zgodny z zasadami gospodarki odpadami, ale również aby zwolnić ich wytwórcę z odpowiedzialności za zbieranie i przetwarzanie takich odpadów w myśl art. 27 ust. 5 ww. ustawy.

Opis stanu
faktycznego

2.4. W wyniku przeprowadzonych w dniu 24 kwietnia 2014 r. oględzin¹⁶ w zakresie sposobu zbierania odpadów medycznych przed poddaniem ich procesowi unieszkodliwiania oraz sposobu transportu odpadów medycznych na terenie Szpitala stwierdzono m.in., że:

- wprowadzona została segregacja odpadów na: odpady o kodach 18 01 02*, 18 01 03* do worków w kolorze czerwonym oraz odpadów o kodzie 18 01 09 do pojemnika w kolorze czerwonym, worki jednorazowego użycia umieszczone były na stelażach, a odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach zbierano do pojemników jednorazowego użycia, sztywnych, odpornych na działanie wilgoci, mechanicznie odpornych na przekłucie bądź przecięcie; worki były wypełnione do 2/3 ich objętości; pojemniki i worki z odpadami medycznymi po ich zamknięciu posiadały widoczne oznakowanie identyfikujące: kod odpadów w nich przechowywanych, symbol oddziału w którym wytworzono odpady i datę zamknięcia. Zgodnie z wyjaśnieniem Naczelnej Pielęgniarki oraz Specjalisty ds. Technicznych pojemniki i worki były wymieniane codziennie z każdego miejsca powstania odpadów, a w miarę zgłaszanych potrzeb dwa razy dziennie;
- do transportu wewnętrznego odpadów medycznych z miejsca powstawania do miejsca odbioru w obiekcie przy ul. Mossora 1 przeznaczone były zamykane wózki

¹³ Podmiot dokonujący odbioru odpadów wg umowy z dnia 11 kwietnia 2013 r.

¹⁴ Dz. U. z 2013 r., poz. 21 ze zm., dalej: *ustawa o odpadach* z 2012 r. Na podstawie art. 95 ust. 13 ustawy o odpadach Minister Środowiska wydał w dniu 13 stycznia 2014 r. rozporządzenie w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych (Dz. U., poz. 107), obowiązujące od 22 lutego 2014 r.

¹⁵ Nr 279/04 potwierdzający unieszkodliwienie odpadów medycznych przekazanych z obiektu przy ul. Nysańskiej 4-6 oraz nr 351/04 potwierdzający unieszkodliwienie odpadów medycznych przekazanych z obiektu przy ul. Mossora 1.

¹⁶ W obecności Naczelnej Pielęgniarki oraz Specjalisty ds. Technicznych.

skrzyniowe, które służyły wyłącznie do tego celu, w związku z czym transport wykonywany był w sposób uniemożliwiający uszkodzenie worka lub pojemnika,

- pomieszczenie do magazynowania odpadów posiadało niezależne wejście, było zabezpieczone przed dostępem osób trzecich, posiadało ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję, było zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt, a szerokość i wysokość drzwi wejściowych bez progu gwarantowała swobodny dostęp. W pomieszczeniu wydzielono miejsce (zamrażarka) do przechowywania odpadów o kodzie 18 01 02*, a także zamontowano wentylację zapewniającą podciśnienie oraz filtrację odprowadzanego powietrza;
- w Szpitalu wyznaczono miejsce przeznaczone do dezynfekcji, mycia i przechowywania wewnątrzszpitalowych środków transportu; miejsce to posiadało: ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich¹⁷, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję, dostęp do wody bieżącej z możliwością jej odprowadzenia do kanalizacji, możliwość swobodnego wjazdu i wyjazdu środka transportu wewnętrznego odpadów medycznych oraz dostępu pracowników obsługi.

(dowód: akta kontroli str. 176-186)

2.5. W kontrolowanym okresie BCM prowadziło ewidencję odpadów medycznych wytwarzanych i przekazywanych do unieszkodliwienia stosownie do wytycznych art. 36 ust. 1 i ust. 4 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. *o odpadach*¹⁸ oraz art. 66 ust. 1, art. 67 ust. 1 i art. 70 ust. 1 ustawy *o odpadach* z 2012 r.

Badanie ewidencji odpadów z II półrocza 2011 r., 2012 r. i 2013 r. wykazało, że ewidencja prowadzona była w oparciu o karty ewidencji odpadów medycznych wytwarzanych i przekazywanych do unieszkodliwienia oraz karty przekazania odpadów (dla każdego rodzaju odpadu oddzielnie). Karty ewidencji odpadu odpowiadały wzorowi określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 8 grudnia 2010 r. *w sprawie wzoru dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów*¹⁹, a karty przekazania odpadu odpowiadały wzorowi określone w załączniku nr 5 do ww. rozporządzenia. Karty przekazania odpadów były zatwierdzane przez podmioty odbierające odpady, tj. Remondis Medison Spółkę z o. o. oraz ECO-ABC Spółkę z o. o.

(dowód: akta kontroli str. 192-267)

2.6. Stosownie do wytycznych art. 37 ustawy *o odpadach* z 2001 r. i art. 237 ustawy *o odpadach* z 2012 r. Szpital przekazał Marszałkowi Województwa Opolskiego zbiorcze zestawienia danych o wytwarzanych odpadach oraz o sposobie gospodarowania wytworzonymi odpadami za 2011 r. i 2012 r., z dochowaniem terminu określonego w ww. przepisach, tj. do 15 marca za poprzedni rok²⁰. Sprawozdanie za 2013 r. przekazano po wymaganym terminie, co opisano w dalszej części wystąpienia. Dane zawarte w zestawieniach za lata 2011 – 2013 zgodne były z ewidencją odpadów prowadzoną przez BCM.

(dowód: akta kontroli str. 268-350)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W wyniku przeprowadzonych w dniu 24 kwietnia 2014 r. oględzin stwierdzono, iż:

- a) odpady o kodzie 18 01 09 (przeterminowane leki) gromadzono do pojemnika w kolorze czerwonym, co było niezgodne z § 3 ust. 3 w związku z § 1 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia *w sprawie sposobu postępowania z odpadami*, zgodnie z którym

¹⁷ Za wyjątkiem jednej ściany, na której stwierdzono ubytki i wykwyty farby, co szczegółowo opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego.

¹⁸ Dz. U. z 2010 r. Nr 185, poz. 1243 ze zm. (uchylona 23 stycznia 2013 r.), dalej: ustawa o odpadach z 2001 r.

¹⁹ Dz. U. Nr 249, poz. 1673.

²⁰ Sprawozdania przekazano w dniach 21 lutego 2012 r. za 2011 r. i 20 lutego 2013 r. za 2012 r.

odpady medyczne m.in. o kodzie 18 01 09 zbiera się do worków jednorazowego użycia z materiału nieprzezroczystego w kolorze innym niż czerwony lub żółty, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, albo do pojemników wielokrotnego użycia. Powyższe działanie było również niezgodne z obowiązującą w BCM procedurą postępowania z odpadami medycznymi, zgodnie z którą odpady te umieszczać należało w workach koloru zielonego;

b) na workach, w których zbierano i przechowywano odpady medyczne o kodzie 18 01 03*, nie zamieszczano danych identyfikujących siedzibę Szpitala jako wytwórcy odpadu, a jedynie skrót nazwy oddziału szpitala, co było niezgodne z § 4 pkt 2 rozporządzenia w sprawie sposobu postępowania z odpadami, zgodnie z którym każdy pojemnik i każdy worek z odpadami medycznymi powinien posiadać widoczne oznakowanie identyfikujące, adres zamieszkania lub siedzibę wytwórcy odpadu oraz datę zamknięcia;

c) w wydzielonym pomieszczeniu przy ul. Mossora 1 przeznaczonym do magazynowania odpadów medycznych, dozowniki mydła i środka do dezynfekcji rąk oraz pojemnik na ręczniki jednorazowego użytku nie były napełnione, co było niezgodne z § 5 ust. 5 ww. rozporządzenia, zgodnie z którym w sąsiedztwie pomieszczenia lub stacjonarnego urządzenia chłodniczego powinna znajdować się umywalka z ciepłą i zimną wodą, wyposażona w dozowniki z mydłem i środkiem do dezynfekcji rąk oraz ręczniki jednorazowego użytku. Pojemniki uzupełniono w trakcie prowadzonych oględzin;

d) w pomieszczeniu przeznaczonym do dezynfekcji, mycia i przechowywania wewnątrzszpitalnych środków transportu odpadów medycznych na jednej ze ścian były widoczne ubytki farby i wykwity, co było sprzeczne wymogiem § 8 ust. 2 pkt 1 ww. rozporządzenia, zgodnie z którym pomieszczenie takie powinno posiadać ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję;

e) transport wytworzonych w obiekcie Szpitala przy ul. Nysańskiej 4-6 odpadów medycznych o kodzie 18 01 03* do miejsca ich przechowywania w osobnym budynku oddalonym o 40 metrów w linii prostej, odbywał się ręcznie, tzn. worki przenoszono bez wykorzystania wózka, czy pojemnika do transportu. Było to niezgodne z wymogiem § 7 ust. 1 i ust. 2 w związku z § 1 ust. 1 pkt 1 ww. rozporządzenia, zgodnie z którym transport wewnętrzny odpadów medycznych z miejsca powstawania do miejsca magazynowania, unieszkodliwiania lub odbioru odbywa się środkami transportu przeznaczonymi wyłącznie do tego celu, przy czym do transportu wewnętrznego odpadów medycznych o kodach 18 01 03* używać należy wózków zamykanych lub wózków przewożących pojemniki zamykane.

(dowód: akta kontroli, str. 17, 176-186)

P.o. Dyrektora BCM, Naczelną Pielęgniarkę oraz Kierownika Działu Technicznego wyjaśnili, że: *Leki przeterminowane o kodzie 18 01 09 przechowywane są w aptece tymczasowo w pojemniku o kolorze czerwonym, natomiast oddawane są do utylizacji w workach koloru zielonego (zgodnie z procedurą). Podczas aktualizacji 8 kwietnia 2013 r instrukcji stanowiskowej – Postępowanie z odpadami medycznymi niebezpiecznymi w Brzeskim Centrum Medycznym mylnie interpretując powyższe rozporządzenie przyjęto, że siedzibą wytwórcy odpadu są oddziały szpitalne, komórki organizacyjne Brzeskiego Centrum Medycznego dlatego też nie uwzględniono głównej siedziby Brzeskiego Centrum Medycznego jako wytwórcy odpadów medycznych. Pomieszczenie przeznaczone do dezynfekcji wewnątrzszpitalnych środków transportu odpadów medycznych jest intensywnie używane. Stąd też może zdarzyć się nieumyślne otarcie ściany. Zarysowana powierzchnia zewnętrzna ściany zostanie naprawiona w trybie przewidzianym na usuwanie tego typu usterek. W budynku szpitala przy ul. Nysańskiej w pomieszczeniu porządkowym znajdującym się na poziomie 0 umieszczono*

pojemnik zbiorczy służący do transportu odpadów medycznych niebezpiecznych z budynku szpitala do magazynu odpadów medycznych.

(dowód: akta kontroli, str. 553, 560)

W trakcie powtórnych oględzin przeprowadzonych w dniu 6 maja 2014 r. stwierdzono, iż część nieprawidłowości została usunięta. W obiekcie Szpitala przy ul. Nysańskiej 4-6 na poziomie 0 ustawiono zamykany pojemnik (kontener) na kółkach, przeznaczony do transportu odpadów medycznych do miejsca ich magazynowania, a na workach i pojemnikach umieszczano dane identyfikujące Szpital, tj. BCM Brzeg oraz symbol oddziału, w którym wytworzono odpady, datę założenia worka (pojemnika) oraz inicjały i podpis osoby odpowiedzialnej.

(dowód: akta kontroli, str. 563-565)

2. W myśl art. 237 ust. 1 pkt 1 ustawy *o odpadach z 2012 r.* podmioty, o których mowa w art. 73 i art. 75 tej ustawy, obowiązane przed dniem wejścia w życie ww. ustawy do sporządzania i składania zbiorczych zestawień danych o rodzajach i ilości odpadów, o sposobach gospodarowania nimi oraz o instalacjach i urządzeniach służących do odzysku i unieszkodliwiania tych odpadów sporządzają i składają je, za rok 2013, stosując przepisy ustawy *o odpadach z 2001 r.* W myśl art. 37 ust. 3 ustawy *o odpadach z 2001 r.* zbiorcze zestawienia danych, o których mowa w ust. 1, posiadacz odpadów obowiązany był przekazać marszałkowi województwa właściwemu ze względu na miejsce wytwarzania, odbierania odpadów komunalnych, zbierania, odzysku lub unieszkodliwiania odpadów, w terminie do dnia 15 marca za poprzedni rok kalendarzowy.

Jak ustalono, Szpital przekazał Marszałkowi Województwa Opolskiego zbiorcze zestawienie danych o rodzajach i ilości odpadów, o sposobach gospodarowania nimi za 2013 r. dopiero w dniu 25 marca 2014 r., tj. 10 dni po terminie określonym w ww. przepisach.

(dowód: akta kontroli, str. 268-283)

P.o. Dyrektora BCM oraz Kierownik Działu Technicznego wyjaśnili, iż zgodnie z informacją zamieszczoną na stronie internetowej Departamentu Ochrony Środowiska Urzędu Marszałkowskiego – sprawozdanie składa się raz w roku: do 31 marca po upływie roku sprawozdawczego. Błędnie zinterpretowano termin wysłania zbiorczego zestawienia danych o ilościach i rodzajach odpadów w 2013 r. przesyłając ww. razem z pozostałymi informacjami sprawozdawczymi dotyczącymi opłat środowiskowych.

(dowód: akta kontroli, str. 553)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność w badanym obszarze.

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

Opis stanu faktycznego

3.1. W okresie objętym kontrolą obowiązywały dwie umowy dotyczące odbioru i utylizacji odpadów szpitalnych wytworzonych przez BCM, tj. umowa z dnia 20 kwietnia 2009 r. zawarta z ECO-ABC Spółka z o. o. oraz umowa z dnia 11 kwietnia 2013 r. zawarta z Remondis Medison Spółka z o. o. jako liderem konsorcjum oraz FHU EKO-TOP Spółka z o. o., jako członkiem tego konsorcjum. Obie umowy zawarto na okres czterech lat.

Zgodnie z postanowieniami umowy z 2009 r., ECO-ABC Spółka z o. o. zobowiązana była do odbioru i utylizacji odpadów medycznych w łącznej ilości 176,856 Mg za wynagrodzeniem w wysokości 302 777,47 zł brutto (przy czym koszt

odbioru i utylizacji 1 kg odpadów wynosił 1,60 netto²¹). Umowa ta nie uwzględniała zasady bliskości, określonej w art. 9 ustawy o odpadach z 2001 r., gdyż spalarnia odpadów znajdowała się w Bełchatowie, tj. w odległości ok. 143 km od Szpitala, przy czym najbliższa spalarnia znajdowała się w Opolu na terenie Wojewódzkiego Centrum Medycznego, tj. w odległości ok. 46 km od BCM.

P.o. Dyrektora BCM oraz Kierownik Działu Zamówień Publicznych i Realizacji Dostaw wyjaśnili, iż oferta ECO-ABC Spółki z o.o. była jedyną ważną ofertą w przeprowadzonym postępowaniu o udzielenie zamówienia na odbiór i utylizację odpadów medycznych.

(dowód: akta kontroli, str. 351-354, 382-392, 648-649, 689)

W § 5 i 6 umowy z ECO-ABC Spółka z o.o. zabezpieczono interesy Szpitala poprzez określenie kar umownych m.in. za opóźnienie terminu odbioru odpadów (w wysokości 500 zł za każdy dzień zwłoki) oraz za rozwiązanie umowy z winy wykonawcy (10% wartości umowy), prawa do żądania odszkodowania za poniesione straty w przypadku opóźnienia terminu odbioru odpadów powyżej 3 dni, możliwości odstąpienia od umowy z winy wykonawcy w przypadku trzykrotnego opóźnienia odpadów, jak również poprzez gwarancję wykonywania przedmiotu umowy zgodnie z obowiązującymi przepisami i zaleceniami państwowych stacji sanitarno-epidemiologicznych W okresie obowiązywania ww. umowy zawarto jeden aneks, którym na podstawie § 2 ust. 3 i 4 umowy²² strony, począwszy od dnia 1 sierpnia 2012 r., wprowadziły zmianę ceny za odbiór i utylizację 1 kg odpadów z 1,60 zł do 1,67 zł netto

(dowód: akta kontroli, str. 351-358, 399, 648-649)

W myśl umowy z 2013 r., konsorcjum firm Remondis Medison Spółka z o.o. oraz FHU EKO-TOP Spółka z o.o. było zobowiązane do odbioru i utylizacji odpadów medycznych w łącznej ilości 178 Mg rocznie za wynagrodzeniem w wysokości 357 566,40 zł brutto (koszt odbioru i utylizacji 1 kg odpadów wynosił 1,86 zł netto). W umowie tej uwzględniono zasadę bliskości, określoną w art. 9 ustawy o odpadach z 2001 r. oraz w art. 20 ustawy o odpadach z 2012 r., gdyż spalarnia znajdowała się w Opolu, tj. w odległości ok. 46 km od Szpitala.

W § 5 i 6 ww. umowy zabezpieczono interesy Szpitala poprzez określenie kar umownych, m.in. za opóźnienie terminu odbioru odpadów (1 000 zł za każdy dzień zwłoki), za utratę zezwoleń na zbieranie i unieszkodliwianie odpadów w okresie obowiązywania umowy (10 % wartości umowy). Ponadto uwzględniono prawo do żądania odszkodowania za poniesione straty w przypadku: a/ opóźnienia terminu odbioru odpadów powyżej 3 dni, b/ odstąpienia od umowy z winy wykonawcy w przypadku trzykrotnego opóźnienia odpadów oraz c/ utraty zezwoleń na zbieranie i unieszkodliwianie odpadów (10% wartości umowy). W umowie zamieszczono także zapis o gwarancji wykonywania przedmiotu umowy zgodnie z obowiązującymi przepisami i zaleceniami państwowych stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz zapewnienia zastępczego świadczenia usług w sytuacjach nieprzewidzianych, uniemożliwiających realizację umowy. W okresie obowiązywania ww. umowy zawarto jeden aneks²³, który uszczegółowił miejsca i częstotliwość odbioru odpadów do trzech razy w tygodniu z obiektu przy ul. Mossora 1 oraz jednego razu w tygodniu z obiektu przy ul. Nysańskiej 4-6.

(dowód: akta kontroli, str. 382-392, 649)

²¹ 1,67 zł netto od 1 sierpnia 2012 r.

²² Zamawiający dopuścił jednokrotną możliwość zmiany ceny w stopniu nie wyższym od wskaźnika wzrostu cen konsumpcyjnych i usług ogłaszanego przez Prezesa GUS w Monitorze Polskim.

²³ Aneks nr 1/2013 z 4 czerwca 2013 r.

3.2. Kontrola postępowania o udzielenie zamówienia publicznego przeprowadzonego w 2013 r., którego przedmiotem był odbiór i utylizacja odpadów szpitalnych z BCM w latach 2013-2017 wykazała m.in. że:

- opracowana Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia²⁴ zawierała wszystkie elementy wymagane przepisami art. 36 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. *Prawo zamówień publicznych*²⁵;
- zgodnie z art. 40 *Pzp* w Biuletynie Zamówień Publicznych²⁶ opublikowano ogłoszenia, które posiadały wszystkie elementy określone w art. 41 *Pzp*. Ogłoszenia te wraz z informacją o dniu jego publikacji w BZP zamieszczono również na tablicy ogłoszeń Szpitala oraz stronie internetowej BCM;
- wszystkie osoby biorące udział w postępowaniu zgodnie z art. 17 ust. 2 *Pzp* - złożyły oświadczenia o braku okoliczności do wykluczenia z postępowania, o których mowa w art. 17 ust. 1 ww. ustawy;
- treść wybranej oferty odpowiadała treści SIWZ, a wyboru wykonawców dokonano na podstawie kryterium określonego w SIWZ, tj. najniższej ceny oraz stałości cen;
- nie wystąpiły przesłanki do unieważnienia postępowań określone w art. 93 *Pzp*;
- zgodnie z art. 96 ust. 1 *Pzp*, podczas prowadzenia postępowania sporządzono pisemny protokół postępowania, odpowiadający z wymogom rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 26 października 2010 r. w sprawie *protokołu postępowania o udzielenie zamówienia publicznego*²⁷;
- wykonawcy zostali poinformowani o wyborze najkorzystniejszej oferty zgodnie z art. 92 ust. 1 *Pzp*;
- umowę zawarto w terminie określonym w art. 94 *Pzp*;
- postanowienia umowy były zgodne z przedmiotem zamówienia opisanym w SIWZ, a zakres świadczenia wykonawcy wynikający z umowy był tożsamy z jego zobowiązaniem zawartym w ofercie (art. 140 *Pzp*).

(dowód: akta kontroli, str. 393-453)

3.3. Spalarnia (instalacja) przyjmująca odpady medyczne do unieszkodliwiania mająca swoją siedzibę w na terenie Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu była jedynym zakładem tego typu w Województwie Opolskim.

(dowód: akta kontroli, str. 173-175)

3.4. Odbiorcy odpadów medycznych Szpitala posiadali ważne zezwolenia na transport takich odpadów i ich unieszkodliwianie. ECO-ABC Spółka z o. o. (odbiorca odpadów medycznych w latach 2009-2013), posiadał ważne zezwolenie²⁸ Wojewody Łódzkiego na prowadzenie instalacji do unieszkodliwiania odpadów niebezpiecznych oraz zbierania i transportu zakaźnych odpadów medycznych i zakaźnych odpadów weterynaryjnych. Remondis Medison Spółka z o. o. (odbiorca odpadów od kwietnia 2013 r.) posiadała zezwolenie Marszałka Województwa Opolskiego na prowadzenie działalności w zakresie zbierania zakaźnych odpadów medycznych i zakaźnych odpadów weterynaryjnych odbieranych od wytwórców z terenu województwa opolskiego²⁹. Podmiot odbierający odpady w celu ich utylizacji (FHU EKO-TOP Spółka z o. o.) posiadał ważne zezwolenia Marszałka Województwa Opolskiego w zakresie unieszkodliwiania odpadów, tj.: pozwolenie na wytwarzanie odpadów na terenie spalarni odpadów medycznych (...) oraz prowadzenie działalności w zakresie unieszkodliwiania odpadów przez termiczne przekształcanie odpadów (...) ³⁰. (dowód: akta kontroli str. 400-416, 650-680)

²⁴ Dalej: SIWZ.

²⁵ Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm., dalej: *Pzp*.

²⁶ Dalej: BZP.

²⁷ Dz. U. Nr 223, poz. 1458

²⁸ Decyzja nr PZ/60 z dnia 23 maja 2007 r. w sprawie pozwolenia zintegrowanego.

²⁹ Decyzja DOS-IV.7244.2.3.2011.DP z dnia 12 września 2012 r.

³⁰ Decyzja Marszałka Województwa Opolskiego nr DOS.IV.MK.7638-1-108/10 z 15.03.2011 r.(ze zm. z 14.02.2012 r.). Pozwolenie obowiązuje na czas określony, tj. do dnia 14.03.2021 r.

3.5. W okresie objętym kontrolą koszty związane z wytwarzaniem odpadów medycznych przez BCM w poszczególnych latach objętych kontrolą przedstawiały się następująco:

a) koszt całkowity odbioru i unieszkodliwiania odpadów wynosił: 68 292,28 zł w 2011 r., 70 213,54 zł w 2012 r. i 69 446,99 zł w 2013 r.

b) koszt odbioru i unieszkodliwiania odpadów w latach 2011, 2012, 2013 (w przeliczeniu na 1 Mg) wynosił odpowiednio 1 729,93 zł, 1 759,03 zł oraz 1 913,98 zł.

Różnice w wysokości ww. kosztów w przeliczeniu na 1 Mg w poszczególnych latach wynikały ze zmiany ceny jednostkowej 1 kg odbieranych i utylizowanych przez ECO-ABC Spółkę z o. o. odpadów z 1,60 zł na 1,67 zł netto od miesiąca sierpnia 2012 r. oraz w związku ze zmianą wykonawcy w zakresie odbioru i utylizacji odpadów medycznych w 2013 r. Zgodnie z zawartą umową od miesiąca kwietnia 2013 r. cena za 1 kg odbieranych i utylizowanych odpadów wynosiła 1,86 zł netto.

Procentowy udział kosztów transportu i unieszkodliwiania odpadów w kosztach funkcjonowania szpitala ogółem wyniósł 0,20% w 2011 r., 0,22% w 2012 r. oraz 0,21% w 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 174, 358, 389, 649)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala w badanym obszarze.

IV. Uwagi i wnioski

Z uwagi na stwierdzenie w trakcie kontroli zagrożenia zdrowia spowodowane przenoszeniem niebezpiecznych odpadów o kodzie 18 01 03* z miejsca ich wytwarzania, tj. obiektu Szpitala przy ul. Nysańskiej 4-6 do miejsca przechowywania bez zastosowania odpowiednich środków transportowych, na podstawie art. 51 ust. 1 ustawy o *Najwyższej Izbie Kontroli*³¹ poinformowano p. o. Dyrektora BCM o stwierdzonym zagrożeniu, który podjął skuteczne działania eliminując nieprawidłowość.

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 *NIK*, wnosi o:

1. Usunięcie ubytków i wykwitów farby w miejscu przeznaczonym do dezynfekcji, mycia i przechowywania wewnątrzzakładowych środków transportu wewnętrznego odpadów medycznych i pojemników wielokrotnego użycia.

2. Podjęcie skutecznych działań organizacyjnych mających na celu gromadzenie odpadów o kodzie 18 01 09 (przeterminowanych leków) w workach w kolorze zielonym.

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

³¹ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm., dalej ustawa o *NIK*

pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Opolu.

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.

Opole, dnia 30 maj 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu

Kontroler
Jarosław Pałęga
Specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

.....
podpis