



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ – 4101-001-01/2014

P/14/055

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

ul. Kraszewskiego 8, 35-016 Rzeszów

T +48 17 780 23 00, F +48 17 780 23 06

lrz@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 Rzeszowie
Kontrolerzy	1. Małgorzata Hasman, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 88251 z dnia 10 marca 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2) 2. Monika Tysza, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 88252 z dnia 10 marca 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 3-4)
Jednostka kontrolowana	Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy, ul. Krakowska 91, kod 39-200 Dębica (zwany w dalszej treści <i>Szpital</i> lub <i>ZOZ</i>).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Przemysław Wojtys, Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy. (dowód: akta kontroli str. 5-6)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹ działalność kontrolowanej jednostki w zakresie postępowania z odpadami medycznymi, w tym przestrzegania warunków decyzji administracyjnych.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Ogólna ocena wynika z ocen częściowych zawartych w niniejszym *Wystąpieniu pokontrolnym*. Dyrektor Szpitala w objętych kontrolą latach 2011-2013 nie zapewnił prawidłowej organizacji, w zakresie postępowania z odpadami medycznymi (w tym przestrzegania warunków decyzji administracyjnych oraz ewidencjonowania odpadów), gdyż całą gospodarkę tymi odpadami przypisano jednej osobie - zastępcy kierownika Działu Higieny Szpitalnej, bez efektywnego nadzoru nad realizacją wykonywanych zadań.

Od dnia 12 kwietnia 2007 r. do dnia 28 lutego 2013 r. Szpital wytwarzał odpady w swoim głównym obiekcie przy ul. Krakowskiej 91 w Dębicy pomimo, iż jako instalacja nie był on objęty zezwoleniem, co naruszało normę określoną w art. 184 ust. 2 pkt 4 w związku z art. 188 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. *Prawo ochrony środowiska*² (zwanej *ustawą prawo ochrony środowiska*).

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 z 2013 r. poz. 1232 ze zm.

W okresie od dnia 1 marca 2013 r. do dnia 9 maja 2013 r. Szpital wytworzył bez pozwolenia wymaganego przepisem art. 180a ustawy *prawo ochrony środowiska* 12.511 kg odpadów medycznych. Było to spowodowane nierzetelnym przygotowaniem wniosku złożonego do Starosty Dębickiego w styczniu 2013 r. o wydanie decyzji na wytwarzanie odpadów niebezpiecznych, a następnie nieuzupełnieniem tego wniosku w terminie.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia fakt, że ewidencja wytworzonych i przekazanych do unieszkodliwienia odpadów medycznych w badanym okresie, była prowadzona w ZOZ nierzetelnie. Analiza *kart ewidencji odpadu* oraz *kart przekazania odpadu*, wybranych losowo rodzajów odpadów, zaewidencjonowanych i przekazanych do unieszkodliwienia w II półroczu 2011 r., 2012 r. i 2013 r., wykazała niezgodności z ich ilością określoną w fakturach wystawionych przez EKO-TOP i zaakceptowanych przez ZOZ. Dotyczyło to rodzaju odpadów o kodach: 18 01 03* i 18 01 06 (w 2011 r.), 18 01 02*, 18 01 03* (w 2012 r.) oraz 18 01 03* w 2013 r.

Dyrektor Szpitala w wymaganym terminie przedłożył Marszałkowi Województwa Podkarpackiego zbiorcze zestawienie danych o wytwarzanych odpadach oraz o sposobie gospodarowania wytworzonymi odpadami za 2011 r., 2012 r. i 2013 r. Sprawozdania te nie były jednak sporządzone rzetelnie, gdyż zawierały rozbieżności pomiędzy ilością odpadu wykazaną, a faktycznie wytworzoną w każdym roku w przypadku dwóch rodzajów odpadu na 8 wytworzonych.

ZOZ na podstawie umowy zawartej z Sokółów S.A. świadczył usługi medyczne w Punkcie Medycyny Pracy w siedzibie Spółki przy ul. Słonecznej 7 w Dębicy. Działalność ta skutkowała m.in. wytwarzaniem przez Szpital odpadów medycznych, w odniesieniu do których Dyrektor ZOZ nie sporządzał informacji określonych w art. 17 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. o odpadach³

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie oceniła nadzór Pielęgniarki Epidemiologicznej w zakresie przestrzegania przez średni personel Szpitala, obowiązujących procedur w zakresie postępowania z odpadami medycznymi w miejscu ich powstawania. W latach 2011-2013 prowadzone były przez Pielęgniarkę Epidemiologiczną oraz przez pracowników Działu Higieny Szpitalnej, szkolenia dotyczące postępowania z odpadami medycznymi. Pielęgniarka Epidemiologiczna przeprowadzała udokumentowane kontrole komórek organizacyjnych ZOZ m.in. w zakresie postępowania z tymi odpadami. Na bieżąco reagowała na stwierdzone nieprawidłowości w tym zakresie. W trakcie kontroli podjęła natychmiastowe działania, w celu usunięcia nieprawidłowości stwierdzonych w trakcie oględzin komórek organizacyjnych ZOZ, dotyczących postępowania z odpadami medycznymi.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Ocena sposobu postępowania z odpadami medycznymi, w tym przestrzegania warunków decyzji administracyjnych

1. Organizacja postępowania z odpadami medycznymi

Opis stanu
faktycznego

1.1. i 1.2. W roku 2011, 2012 i do dnia 28 lutego 2013 r. na podstawie decyzji Starosty Dębickiego z dnia 18 marca 2003 r. (obowiązującej do dnia 28 lutego

³ Dz. U z 2010 r., Nr 185, poz. 1243 ze zm.

2013 r.) i wprowadzonych - na wniosek lub za zgodą Szpitala zmian do tej decyzji – decyzjami: z dnia 1 czerwca 2010 r. oraz z dnia 16 listopada 2011 r., Szpital posiadał pozwolenie na wytwarzanie następujących rodzajów i ilości odpadów medycznych: kod 18 01 01 - 0,5 Mg/rok, kod 18 01 02* – 1,3 Mg/rok, 18 01 03* – 60 Mg/rok, 18 01 04 – 6 Mg/rok, 18 01 06 – 0,5 Mg/rok, 18 01 07 – 1,5 Mg/rok, 18 01 09 - 0,002 Mg/rok do 15 listopada 2011 r, a następnie od 16 listopada 2011 r. – 0,2 Mg/rok, 18 01 82* – 3,5 Mg/rok.

Wskazane decyzje stanowiły zmianę decyzji w sprawie pozwolenia na wytwarzanie odpadów z dnia 18 marca 2003 r. Zmiany dotyczyły ilości wytwarzanych odpadów medycznych, a także warunków pod którymi decyzja została wydana.

Zgodnie z decyzją Starosty Dębickiego w sprawie pozwolenia na wytwarzanie odpadów od dnia 10 maja 2013 r. (obowiązującą do 2023 r.), Szpital posiadał pozwolenie na wytwarzanie następujących rodzajów i ilości odpadów medycznych: kod 18 01 01 – 0,5 Mg/rok, 18 01 02* - 1,5 Mg/rok, 18 01 03* - 80 Mg/rok, 18 01 04 – 6 Mg/rok, 18 01 06* - 0,5 Mg/rok, 18 01 07 1,5 Mg/rok, 18 01 09 – 0,2 Mg/rok, 18 01 82* - 3,5 Mg/rok.

(dowód: akta kontroli str. 7-35)

Decyzją z dnia 12 kwietnia 2007 r. z katalogu instalacji powodujących emisję usunięty został główny obiekt Szpitala przy ul. Krakowskiej w Dębicy. Od przedmiotowej decyzji Szpital nie złożył odwołania.

(dowód: akta kontroli str. 12-30, 367-369)

W dniu 10 maja 2013 r. Starosta Dębicki (w dalszej treści *Starosta*) wydał decyzję w sprawie pozwolenia na wytwarzanie odpadów.

(dowód: akta kontroli str. 31-35)

Dyrektor ZOZ w dniu 29 marca 2012 r. zawarł z firmą *Sokołów Spółka Akcyjna* Oddział w Dębicy, umowę w zakresie świadczeń medycznych, udzielanych przez Poradnię Medycyny Pracy ZOZ, w gabinecie lekarskim mieszczącym się w budynku administracyjnym tej firmy, przy ul. Słonecznej 7. Umowa zobowiązywała ZOZ do wywozu i utylizacji odpadów medycznych niebezpiecznych, wytwarzanych przez Poradnię Medycyny Pracy w gabinecie lekarskim, mieszczącym się w ww. budynku administracyjnym.

(dowód: akta kontroli str.986-988)

1.3. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywała opracowana przez Pielęgniarkę Epidemiologiczną *Procedura postępowania z odpadami* z dnia 3 października 2008 r., zmieniona kolejną procedurą z maja 2011 r., zatwierdzoną przez zastępcę dyrektora ds. ekonomicznych i pielęgniarstwa. Jeden z celów procedury został zdefiniowany jako ograniczenie ilości wytwarzanych odpadów. Procedura postępowania z odpadami wprowadzona została *Zarządzeniem Wewnętrznym Nr 143/07 Dyrektora ZOZ w Dębicy*.

W procedurze ustalono zasady postępowania z odpadami powstającymi w wyniku prowadzonej działalności leczniczej Szpitala. Przedmiotowa procedura dotyczyła wszystkich pracowników zatrudnionych w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala. W dokumencie opisano szczegółowo rodzaje odpadów medycznych ze wskazaniem ich kodów, a także wskazano sposób zbierania poszczególnych rodzajów odpadów. Ponadto w odniesieniu do osób udzielających świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania oznaczono miejsce magazynowania odpadów medycznych przez te osoby (brudownik SOR).

Przedmiotowa procedura została przekazana kierownikom jednostek organizacyjnych Szpitala z poleceniem zapoznania z treścią dokumentu personelu pracującego w danej komórce, co zostało potwierdzone podpisem każdego pracownika. Procedura z maja 2011 r. w okresie objętym kontrolą, była dwukrotnie aktualizowana w dniu 30 lipca 2012 r., oraz w dniu 19 lutego 2013 r. Pielęgniarka Epidemiologiczna regularnie monitorowała praktyczne stosowanie *Procedury postępowania z odpadami*.

(dowód: akta kontroli str. 36-109, 352-364)

W szpitalu funkcjonowała wewnętrzna sieć komputerowa, do której miał dostęp każdy pracownik realizujący zadania związane z wytwarzaniem, transportem i magazynowaniem odpadów medycznych. W sieci tej zamieszone były aktualizowane na bieżąco przez Pielęgniarkę Epidemiologiczną elektroniczne wersje procedur dotyczących postępowania z odpadami.

(dowód: akta kontroli str. 114)

Elementem gospodarki odpadami w Szpitalu były wprowadzone *Plany higieny*, ustalające system mycia i dezynfekcji pomieszczeń, w których magazynowane są odpady w poszczególnych jednostkach organizacyjnych oraz ciągach komunikacyjnych, którymi odbywa się transport wewnętrzny odpadów medycznych.

(dowód: akta kontroli str.110-113)

1.4 i 1.6. Szpital w latach 2011-2013 nie realizował inwestycji związanych z unieszkodliwianiem odpadów medycznych oraz nie posiadał instalacji do unieszkodliwiania tego rodzaju odpadów. W latach 2011-2013 nie zlecano innym podmiotom zadań dotyczących realizacji ww. inwestycji lub zadań w zakresie ograniczenia ilości wytwarzanych odpadów medycznych i zapewnienia ich odpowiedniego unieszkodliwiania.

W 2013 r. przeprowadzono we własnym zakresie remont magazynu odpadów, wygospodarowano pomieszczenia z przeznaczeniem na myjnię wózków transportowych, maszyn do szorowania i innego drobnego sprzętu do sprzątania. Dodatkowo Szpital zlecił wykonanie i montaż drzwi magazynu odpadów szpitalnych. Koszt tej usługi wyniósł 2300 zł brutto. Ponadto na bieżąco uzupełniano sprzęt wymagany do prawidłowej segregacji odpadów medycznych.

(dowód: akta kontroli str.115-121)

1.5. W badanym okresie w Szpitalu podejmowano działania w celu eliminowania lub ograniczenia ilości wytwarzanych odpadów medycznych i zapewnienia ich odpowiedniego unieszkodliwiania. Działania te polegały przede wszystkim na kontrolach wewnętrznych realizowanych przez Pielęgniarkę Epidemiologiczną. Kontrole przeprowadzane były sukcesywnie w kolejnych jednostkach organizacyjnych ZOZ. W toku każdej kontroli jednym z badanych obszarów było postępowanie z odpadami medycznymi, a z każdej kontroli sporządzany był protokół. Niezależnie od przeprowadzanych kontroli, w przypadku stwierdzenia nieprawidłowego postępowania z odpadami medycznymi Pielęgniarka Epidemiologiczna sporządzała notatki służbowe, w których opisywała stwierdzoną nieprawidłowość i formułowała zalecenia dla jednostki, w której doszło do naruszenia obowiązujących zasad. Dyrektor ZOZ był informowany o przeprowadzonych kontrolach i ich wynikach w raportach z przeprowadzonych kontroli stanu sanitarno – higienicznego oraz procedur dotyczących profilaktyki zakażeń szpitalnych.

(dowód: akta kontroli str. 122-147)

W roku 2011 i 2012 zaplanowano i zrealizowano po 4 szkolenia dotyczące postępowania z odpadami lub obejmujące programem szkolenia to zagadnienie. W roku 2013 odbyło się 5 takich szkoleń. Szkolenia te adresowane były do salowych, pielęgniarek i położnych. W Szpitalu nie zaplanowano w kontrolowanym okresie szkoleń dla lekarzy.

Szkolenia przygotowywane i przeprowadzane były przez Pielęgniarkę Epidemiologiczną, pielęgniarki i położne zatrudnione w Szpitalu lub pracowników Działu Higieny Szpitalnej.

(dowód: akta kontroli str. 148-178)

1.7. W roku 2011 jedną kontrolę przeprowadził Wydział Ochrony Środowiska, Gospodarki Wodnej, Rolnictwa i Leśnictwa Starostwa Powiatowego w Dębicy, a dwie Podkarpacki Państwowy Inspektor Sanitarny (w dalszej treści zwany PPIS). W przypadku jednej kontroli przeprowadzonej przez PPIS wydano zalecenia dotyczące usunięcia pęknięć i ubytków farby wierzchniej na ścianie brudownika, zalecenia te nie zostały zrealizowane. W roku 2012 PPIS przeprowadził w Szpitalu 6 kontroli, wszystkie zalecenia zostały przez Szpital zrealizowane, w jednym przypadku PPIS wydał decyzję, w której zmienił termin wykonania realizacji zaleceń.

W roku 2013 PPIS przeprowadził 8 kontroli. Wszystkie zalecenia pokontrolne zostały przez Szpital wykonane.

(dowód: akta kontroli str.179-298)

1.8 W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywał system kontroli zarządczej określonej w art.68-69 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁴, wprowadzony zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora ZOZ w Dębicy z dnia 13 stycznia 2011 r. w sprawie kontroli zarządczej i zasad jej funkcjonowania. Zarządzenie to było następnie zmieniane sześcioma aneksami, dotyczącymi wykazu dokumentów związanych z kontrolą zarządczą. Ponadto kontrola zarządcza została uregulowana dwoma zarządzeniami z dnia 3 października 2011 r. oraz z dnia 5 grudnia 2011 r.

(dowód: akta kontroli str.303-364)

W Szpitalu w okresie objętym kontrolą nie złożono oświadczeń o stanie kontroli zarządczej według wzoru określonego w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 2 grudnia 2010 r. w sprawie wzoru oświadczenia o stanie kontroli zarządczej⁵, gdyż jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala Starostwo Powiatowe jako organ założycielski nie nałożyło obowiązku corocznego składania w/w oświadczenia.

W ramach kontroli zarządczej ustanowionej w Szpitalu nie zostały określone zadania i cele do realizacji w obszarze postępowania z odpadami medycznymi, nie zostały również zdefiniowane żadne ryzyka dotyczące realizacji zadań związanych z postępowaniem w tym zakresie. Wprowadzenie do systemu kontroli zarządczej kwestii dotyczącej gospodarki odpadami w Szpitalu ograniczyło się do uzupełnienia spisu aktów prawnych o zarządzenie wewnętrzne Nr 143/07 Dyrektora ZOZ w Dębicy wprowadzające do stosowania m.in. procedurę postępowania z odpadami.

(dowód: akta kontroli str. 365-366)

Zakres czynności Zastępcy Kierownika Działu Higieny Szpitalnej datowany jest na dzień 3 stycznia 2007 r., pomimo zmian regulacji prawnych dotyczących postępowania z odpadami medycznymi, jakie miały miejsce po tej dacie.

⁴ Dz.U. z 2013 r. poz.885 ze zm.

⁵ Dz. U. Nr 238,poz.1581

(dowód: akta kontroli str.411-413)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1) od dnia 12 kwietnia 2007 r. do dnia 28 lutego 2013 r. w Szpitalu wytwarzano odpady, pomimo iż jego główny obiekt przy ul. Krakowskiej 91 w Dębicy został usunięty z katalogu instalacji wskazanych w pozwoleniu na wytwarzanie odpadów, co naruszało normę określoną w art. 184 ust. 2 pkt. 4 w związku z art.188 ust.2 pkt 1 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. – Prawo ochrony środowiska⁶. Z wyjaśnień złożonych przez Kierownika Sekcji Eksploatacyjno-Technicznej Pana Andrzeja Bajgera wynika, że *wykaz instalacji powodujących emisję przekazany w dniu 20 marca 2007 r. do Działu Higieny Szpitalnej obejmował budynek Szpitala w Dębicy, a jego pominięcie w pkt II.1 decyzji WRL.I.7644-15/2007 jest prawdopodobnie pomyłką.*

(dowód: akta kontroli str.7-35,367-369)

2) w dniu 24 stycznia 2013 r. Szpital złożył do Starostwa wnioski o wydanie nowej decyzji na wytwarzanie odpadów niebezpiecznych i innych niż niebezpiecznych, które powstają w związku z eksploatacją instalacji.

W dniu 22 marca 2013 r. Starostwo wezwało Szpital do uzupełnienia wniosku. Na przedmiotowe wezwanie Szpital nie udzielił odpowiedzi w terminie wskazanym przez Starostwo. W konsekwencji złożone przez ZOZ w dniu 10 kwietnia 2013 r. uzupełnienie wniosku pozostało bez rozpatrzenia. Ostateczny wniosek złożony został w dniu 22 kwietnia 2013 r., a decyzja w sprawie wydania pozwolenia na wytwarzanie odpadów wydana została w dniu 10 maja 2013 r.

(dowód: akta kontroli str.31-35,370-404)

Przyczyną niezyskania przez Szpital decyzji w sprawie pozwolenia na wytwarzanie odpadów do czasu kiedy obowiązywała decyzja z dnia 18 marca 2003 r. było nierzetelne przygotowanie wniosku, co skutkowało koniecznością jego uzupełniania. Ponadto Szpital nie uzupełnił wniosku o informacje określające podstawowy skład chemiczny i właściwości wytwarzanych odpadów w wyznaczonym przez Starostwo terminie.

(dowód: akta kontroli str. 7-35,370-404)

Konsekwencją powyższego w okresie od dnia 1 marca do dnia 9 maja 2013 r. Szpital wytwarzał odpady z podgrupy 18 01 *Odpady z diagnozowania, leczenia i profilaktyki medycznej* nie posiadając decyzji w sprawie pozwolenia na wytwarzanie odpadów, o którym mowa w art. 180a ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo ochrony środowiska⁷. W wykazanym okresie ZOZ wytworzył i przekazał do unieszkodliwienia 12.511 kg odpadów medycznych, w tym: odpadów o kodzie 18 01 01 – 10 kg, o kodzie 18 01 02* – 166 kg, o kodzie 18 01 03* -12.131 kg, o kodzie 18 01 04 – 174 kg, 18 01 06* – 6 kg, 18 01 09 -6 kg, 18 01 82* – 18 kg.

(dowód: akta kontroli str.7-35, 697-725)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *sprawa wydania nowego pozwolenia była w toku, a jej skomplikowany charakter wymagał dłuższego czasu na prawidłowe wykonanie (dokładna analiza każdego odpadu z podaniem składu chemicznego). Istnieje*

⁶ Dz.U z 2013 r. poz.1232 ze zm.

⁷ Dz. U z 2013 r., poz1232 ze zm.

korespondencja między stronami. Nawiązywano również kontakt telefoniczny, gdzie uspokajano mnie odnośnie upływającego terminu ważności pozwolenia.

(dowód: akta kontroli str. 115-117)

3) Szpital nie sporządzał informacji określonej w art. 17 ust. 1 pkt 2 ustawy o odpadach z 2001 r. w odniesieniu do odpadów medycznych wytwarzanych w Punkcie Medycyny Pracy zlokalizowanym przy ul. Słonecznej 7 w Dębicy, za okres od kwietnia 2012 r. do końca 2013 r.

Na podstawie umowy zawartej przez ZOZ w kwietniu 2012 r. z Małopolską Kolumną Transportu Sanitarnego Sp. z o.o. w Tarnowie (zwanej MKTS)- dotyczącej wywozu, utylizacji odpadów medycznych o kodzie 18 01 03* z miejsca prowadzenia działalności: „Sokołów” S.A., ul. Słoneczna w Dębicy – przekazano do unieszkodliwienia w okresie umownym (od 12 kwietnia do 4 listopada 2012 r.) - 9 kg odpadów o ww. kodzie. Od 5 listopada 2012 r. odpady te były odbierane przez EKO-TOP. W 2013 r. ww. Poradnia Medycyny Pracy przekazała do unieszkodliwienia 4 kg odpadu o kodzie 18 01 03*.

(dowód: akta kontroli str.668-683, 725,744, 760-777,811,978-979)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych i Pielęgniarstwa wyjaśnił, że przedmiotowa informacja nie była składana z uwagi na *nieprawidłową interpretację przepisów*.

(dowód: akta kontroli str.1541)

Osobami odpowiedzialnymi za powyższe nieprawidłowości są Pani Marzena Dziegłewicz – Zastępca Kierownika Działu Higieny Szpitalnej, oraz Pan Marian Adamczyk Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych i Pielęgniarstwa, któremu bezpośrednio podlega Dział Higieny Szpitalnej.

(dowód: akta kontroli str. 411-413, 1353-1370)

Ocena częściowa

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

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

Opis stanu faktycznego

2.1. W latach 2011 - 2013 w Szpitalu wytworzono 8 rodzajów odpadów medycznych (spośród 9 objętych zezwoleniem na ich wytwarzanie) o następujących kodach i ilościach: 18 01 01 (w 2011 r. - 2 kg, w 2013 r. – 20 kg), 18 01 02* (odpowiednio: 835, 812 i 795,50 kg), 18 01 03* (odpowiednio: 54.131, 54.902, 60.897 kg), 18 01 04 (w 2011 r. – 1300 kg, w 2012 r.- 171 kg i w 2013 r.- 610 kg), 18 01 06* (odpowiednio: 41, 36, 35 kg), 18 01 09 (odpowiednio:1, 34, 29 kg), 18 01 82* (odpowiednio:298, 429 i 297 kg). Łącznie w badanym okresie wytworzono 175.675,82 kg ww. odpadów medycznych.

Ilości i rodzaje wytworzonych i przekazanych do unieszkodliwienia odpadów medycznych w poszczególnych latach badanego okresu (stan na koniec roku) nie przekraczały ilości i rodzajów tych odpadów, określonych w decyzjach opisanych w punkcie 1.1. niniejszego *Wystąpienia Pokontrolnego*.

(dowód: akta kontroli str. 7-35, 414-788)

W 2012 r. wytworzono 56.384 kg odpadów medycznych, tj. o 224 kg mniej od ich ilości w 2011 r. (56.608 kg). Ilość odpadów medycznych wytworzonych

i przekazanych do unieszkodliwienia w 2013 r. (62.684 kg) w stosunku do ich ilości w 2011 i 2012 r. była wyższa odpowiednio o 10,7 % i 11,2 %.

Najwięcej w latach 2011-2013 wytworzono odpadów o kodzie 18 01 03* - łącznie 169.930 kg, o kodzie 18 01 02* - 2.445,50 kg oraz 18 01 04 – 2.081 kg, co stanowiło odpowiednio 96,7 %, 1,4 % oraz 1,2 % ilości wytworzonych odpadów medycznych ogółem. Udział poszczególnych ilości pozostałych rodzajów odpadów z podgrupy 18 01 były niższe od 1 % wytworzonych w badanym okresie odpadów ogółem.

Wskaźnik wytwarzania odpadów w kg na jedno łóżko wynosił: w 2011 r. – 105,2, w 2012 r. -104,6, w 2013 r.-116,3.

W latach 2011-2013 w ZOZ nie wytworzono odpadów o kodzie 18 01 07, a w 2012 r. o kodzie 18 01 01.

(dowód: akta kontroli str. 414-416)

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

(dowód: akta kontroli str. 785-788)

2.3. Szpital wystąpił w lutym 2014 r. do *EKO-TOP* z wnioskiem o wydawanie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie przekazanych zakaźnych odpadów medycznych. W tej sprawie został sporządzony w dniu 12 lutego 2014 r. Aneks do umowy nr 145/2012 zawartej w dniu 5 listopada 2012 r. ustalający, że *EKO-TOP* w terminie 14 dni od końca miesiąca kalendarzowego, będzie przekazywał Szpitalowi dokument potwierdzający unieszkodliwianie zakaźnych odpadów medycznych, sporządzony zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 13 stycznia 2014 r. w sprawie *dokumentu potwierdzającego unieszkodliwianie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych*⁸.

(dowód: akta kontroli str.969-977)

Dyrektor Szpitala nie zwrócił się w styczniu 2013 r. do *EKO-TOP* – odbiorcy zakaźnych odpadów medycznych, wytworzonych przez ZOZ o potwierdzenie ich unieszkodliwienia, gdyż uznał, że nie ma możliwości uzyskania takiego potwierdzenia z powodu braku rozporządzenia Ministra Środowiska w sprawie wzoru dokumentu potwierdzającego unieszkodliwianie zakaźnych odpadów medycznych.

(dowód: akta kontroli str.1542)

2.4. W trakcie kontroli zostały przeprowadzone oględziny sposobu zbierania i czasowego magazynowania odpadów medycznych przed poddaniem ich procesowi unieszkodliwiania, w 16 komórkach organizacyjnych ZOZ oraz transportu odpadów medycznych na terenie Szpitala. Oględziny wykazały m.in., iż w ZOZ wprowadzono segregację odpadów z podgrupy 18 01, a wytworzone przez skontrolowane komórki organizacyjne rodzaje tych odpadów, to głównie odpady o kodzie 18 01 03* i 18 01 04, składowane odpowiednio w pojemnikach lub w workach w kolorze czerwonym i niebieskim. W poddanych oględzinom oddziałach Szpitala w dniu oględzin przechowywane były odpady o kodzie 18 01 02* w pojemnikach plastikowych koloru czerwonego, opisanych zgodnie z przepisem § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie *szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi*⁹ (zwanego *rozporządzeniem*

⁸ Dz. U. z 2014 r., Nr 107.

⁹ Dz. U. Nr 139, poz.940.

w sprawie postępowania z odpadami medycznymi). Odpady medyczne były magazynowane w wydzielonych pomieszczeniach, które w 7 komórkach organizacyjnych były zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych, a w 9 - nie. Brak zabezpieczenia przed dostępem owadów dotyczył 11 pomieszczeń, a w 1 (Stacja Dializ) nie było zabezpieczenia przed dostępem gryzoni. Drzwi wejściowe do 6 pomieszczeń, w których składowano odpady posiadały próg, co było niezgodne z przepisem § 5 ust.2 pkt 5 ww. rozporządzenia. Wentylacja grawitacyjna była w 11 pomieszczeniach, natomiast mechaniczna – w jednym. Pozostałe *brudowniki* w 4 komórkach organizacyjnych nie posiadały wentylacji. Oddział Chorób Wewnętrznych wyposażony był w przenośne urządzenie chłodnicze, które spełniało warunki określone w § 5 ust.4 pkt 1-3 rozporządzenia w sprawie postępowania z odpadami medycznymi, a jego usytuowanie spełniało warunek określony w § 5 ust.4 pkt 5 tego rozporządzenia. Oględziny wykazały m.in., że na pojemnikach przeznaczonych do gromadzenia odpadów infekcyjnych o ostrych końcach o kodzie 18 01 03* wpisywana była data i godzina otwarcia pojemnika, co ułatwiało nadzór nad przestrzeganiem dopuszczalnego czasu ich użytkowania (72 godz.).

W Oddziale Dziecięcym w niezamykanej szafce pod zlewem przechowywano odpady medyczne kod 18 01 03* w dwóch kartonowych pudełkach wyłożonych czerwonym workiem. W Oddziale Chorób Wewnętrznych i Kardiologii w *brudowniku* znajdowały się odpady na stelażach oraz myjnia basenów. W Pracowni Immunostatyki Centralnego Laboratorium we wskazanym pomieszczeniu do składowania odpadów medycznych na drewnianym regale ułożone były m.in. czyste czerwone pojemniki na odpady, mała kuchenka oraz w otwartym, jasnym worku brudna pościel. Pracownia nie posiadała innego pomieszczenia do składowania odpadów. W Zakładzie Patomorfologii znajdował się wypełniony, nieoznaczony czerwony worek (na stelażu), oraz nieoznaczony metalowy pojemnik z czerwonym workiem. W oszklonej szafce niezabezpieczonej przed dostępem osób nieuprawnionych przechowywano 8 pojemników z odpadami w formalinie kod 18 01 02* z datą 02.01.2014 r. Na podłodze w sali sekcyjnej leżały 3 nieopisane kodem czerwone worki z odzieżą ofiar wypadków. W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym *brudownik* nie był zamknięty, posiadał wejście z ogólnodostępnego korytarza przy schodach, zawierał worek czerwony z pościelą jednorazową o kodzie 18 01 04. W Oddziale Psychiatrycznym II w punkcie pielęgniarskim sal obserwacyjnych (znajdującym się w holu pomiędzy salami) obok biurka na posadce stał oznaczony, czerwony pojemnik z odpadami o kodzie 18 01 03*.

W dniu oględzin transport wewnętrzny odpadów medycznych z miejsca ich powstawania do miejsca magazynowania i odbioru odbywał się w obiekcie przy ul. Krakowskiej 91 środkiem transportu przeznaczonym wyłącznie do tego celu (wózek zamykany). Odbiór odpadów medycznych odbywał się w określonych godzinach i przy pomocy windy wyłączanej na czas transportu z ogólnodostępnego użytkowania. W wydzielonym pomieszczeniu w suterynie było pomieszczenie przeznaczone do dezynfekcji, mycia i przechowywania środków wewnętrznego transportu.

W obiekcie szpitalnym w Straszęcinie wewnętrzny transport odpadów odbywał się - ze względu na małą ilość wytwarzanych odpadów - przy pomocy wózka otwartego, w dwóch kubłach z przykryciem, opisanych kodem odpadów.

Magazyn odpadów w obiektach szpitalnych przy ul. Krakowskiej 91 w Dębicy oraz w Straszęcinie, znajdował się w odrębnym budynku z oznakowanymi boksami na odpady medyczne, posiadał ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich

umożliwiających mycie i dezynfekcję. W pomieszczeniach tych był dostęp do wody bieżącej z możliwością odprowadzenia jej do kanalizacji.

(dowód: akta kontroli str.812-880)

2.5. W Szpitalu prowadzono ewidencję odpadów medycznych - wytwarzanych i przekazywanych do unieszkodliwienia - w formie karty ewidencji odpadu i karty przekazania odpadu. Wymienione karty prowadzone były odpowiednio wg wzoru nr 1 i nr 5 stanowiących załączniki do rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 8 grudnia 2010 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów¹⁰ (zwanego *rozporządzeniem w sprawie wzorów dokumentów*). Ponadto w Szpitalu prowadzono elektroniczną ewidencję – miesięczne zestawienia ilości wytworzonych odpadów medycznych w poszczególnych jednostkach organizacyjnych ZOZ i przekazanych do unieszkodliwienia

2.6. Dyrektor Szpitala w wymaganym terminie przedłożył Marszałkowi Województwa Podkarpackiego zbiorcze zestawienie danych o wytwarzanych odpadach oraz o sposobie gospodarowania wytworzonymi odpadami za: 2011 r., 2012 r. i 2013 r.

(dowód: akta kontroli str.885-962, str.1373-1560)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1) nieprzestrzeganie w Szpitalu przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie *szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi*, w zakresie: zabezpieczenia dostępu osób nieupoważnionych do pomieszczeń, w których przechowywano odpady medyczne do czasu ich odbioru (9 pomieszczeń na 16 sprawdzonych), braku zabezpieczenia 11 pomieszczeń przed dostępem owadów i 1 przed dostępem gryzoni, braku w 4 pomieszczeniach wentylacji, niespełnienia wymogu braku progu w drzwiach wejściowych do 6 pomieszczeń, nieprawidłowego przechowywania odpadów medycznych w: Oddziale Dziecięcym, Centralnym Laboratorium, Zakładzie Patomorfologii, Oddziale Psychiatrycznym II.

W trakcie kontroli zostały usunięte nieprawidłowości stwierdzone: w Oddziale Dziecięcym, Oddziale Psychiatrycznym II oraz w Pracowni Anatomopatologicznej.

Pielęgniarka Epidemiologiczna – Pani Urszula Jezioro w złożonym wyjaśnieniu podała, że w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz w Oddziale Dziecięcym brudowniki zostały zamknięte na klucz, a w przypadku pozostałych brudowników drzwi wymagają wymiany zamków, co zostanie wykonane w kwietniu br. Poinformowała również, że zostało złożone zapotrzebowanie na zamontowanie siatek na okna w brudownikach, które jest w trakcie realizacji. Wyjaśniła, że stwierdzone nieprawidłowości dotyczące niezamkniętych brudowników i brak zabezpieczenia ich okien przed owadami wynikały z odmiennej interpretacji rozporządzenia w sprawie postępowania z odpadami, gdyż brudowniki nie zostały uznane za miejsce magazynowania odpadów, lecz jako miejsce tymczasowego przechowywania do czasu przewiezienia ich do pomieszczenia magazynowania odpadów.

(dowód: akta kontroli str. 112, 812-884)

Osobą odpowiedzialną był Pan Marian Adamczyk Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych i Pielęgniarstwa, który nadzoruje Dział Higieny Szpitalnej.

(dowód: akta kontroli str.1353-1370)

¹⁰ Dz. U. Nr 249, poz. 1673.

2) karty ewidencji odpadu oraz karty przekazania odpadu były prowadzone w sposób nierzetelny.

Analiza *kart ewidencji odpadu* oraz *kart przekazania odpadu*, wybranych losowo rodzajów odpadów, zaewidencjonowanych i przekazanych do unieszkodliwienia w II półroczu 2011 r., 2012 r. i 2013 r., wykazała niezgodności pomiędzy ilością zaewidencjonowanych odpadów oraz ilością określoną w fakturach wystawionych przez *EKO-TOP*. Stwierdzono, że ilość analizowanych odpadów wyszczególniona w kartach przekazania odpadu była również niezgodna z danymi wykazanymi w fakturze. Dotyczyło to rodzaju odpadów o kodach: 18 01 03* i 18 01 06* (w 2011 r.), 18 01 02*, 18 01 03* (w 2012 r.) oraz 18 01 03* w 2013 r.

W II półroczu 2011 r. w karcie ewidencji odpadu kod 18 01 03* wykazano 25.108 kg tj. o 329 kg mniej od ilości tego odpadu określonej w fakturach, wystawionych przez *EKO-TOP* za odbiór i unieszkodliwienie tego odpadu w ww. okresie.

(dowód: akta kontroli str.489-545, 886-949,1371-1394, 1561-1847)

Karty przekazania odpadu, zostały sporządzone dla 24.839 kg ww. rodzaju odpadu, co było ilością mniejszą o 596 kg od łącznej ilości odpadu (25.435 kg), określonej w załącznikach (*Dostawy*) do faktur, wystawionych przez *EKO-TOP* i zapłaconych przez *ZOZ*.

(dowód: akta kontroli str. 489-545,1399-1415)

W karcie ewidencji odpadu kod 18 01 02* za okres II półrocza 2011 r. oraz w kartach przekazania odpadu wykazano ilość ww. rodzaju odpadu, zgodną z ilością wynikającą z faktur *EKO-TOP* za ten okres.

(dowód: akta kontroli str.489-545, 888-899,1416-1422)

W II półroczu 2011 r. ujęto w karcie ewidencji odpadu kod 18 01 06* – w ilości 21 kg, a na podstawie faktur wystawionych w tym okresie przez *EKO-TOP*, *ZOZ* zapłacił za odbiór i unieszkodliwienie 15 kg tego odpadu (różnica 6 kg).

Ilość ww. rodzaju odpadu wynikająca z kart przekazania odpadu wynosiła 15 kg i była zgodna z ilością określoną w fakturach *EKO-TOP* za ten okres.

(dowód: akta kontroli str.489-545, 886-887,1423-1428)

Za II półrocze 2012 r. w karcie ewidencji odpadu kod 18 01 02* wykazano 423 kg tj. o 32 kg więcej od określonej ilości tego rodzaju odpadu w fakturach wystawionych przez *EKO-TOP* w tym okresie. Z kart przekazania odpadu wynikała ilość 423 kg, natomiast z dostaw - 427 kg tj. o 4 kg więcej.

(dowód: akta kontroli 614-683, 912-918, 1429-1436)

Ilość odpadów kod 18 01 06*, 18 01 09 i 18 01 82* ujęta w II półroczu 2012 r. w kartach ewidencji odpadu oraz w kartach przekazania odpadu była zgodna z ilością tych odpadów wykazanych w fakturach *EKO-TOP* w tym okresie.

(dowód: akta kontroli str. 614-683, 920-925, 1437-1448)

W karcie ewidencji odpadu kod 18 01 03* w II półroczu 2012 r. zarejestrowano 27.858 kg, podczas gdy firma *EKO - TOP* w wystawionych w ww. okresie fakturach za odbiór i unieszkodliwienie tego odpadu wykazała 27.897 kg, tj. o 39 kg więcej.

(dowód: akta kontroli str.1543-1560)

Analiza ilości wystawionych w II półroczu 2012 r. kart przekazania odpadu kod 18 01 03* oraz ilości tych odpadów określonych w fakturach wystawionych przez *EKO-TOP* w tym okresie dowiodła, że karty przekazania odpadu zostały wystawione

dla 27.647 kg tego odpadu, a EKO-TOP odebrał – 27.897 kg, tj. o 250 kg więcej niż wykazano w kartach przekazania odpadu.

(dowód: akta kontroli str.614-683, 1449-1469)

Zarejestrowana w II półroczu 2013 r. w kartach ewidencji odpadu kod 18 01 03* ilość 29.987 kg tego rodzaju odpadu, była niższa o 269 kg od ilości wynikającej z faktur EKO-TOP (30.256 kg) wystawionych za usługę związaną m.in. ze zbieraniem i unieszkodliwianiem tych odpadów.

(dowód: akta kontroli str. 416, 1470-1491)

W II półroczu 2013 r. nie zostały sporządzone przez ZOZ karty przekazania odpadu, dla wytworzonego przez Szpital rodzaju odpadu medycznego o kodzie 18 01 03*, w ilości 656 kg. Karty przekazania odpadu zostały sporządzone dla 29.600 kg wskazanego odpadu, podczas gdy EKO-TOP w wystawionych w tym okresie fakturach wykazał – 30.256 kg.

(dowód: akta kontroli str. 735-784, 1492-1517)

Sprawdzone karty ewidencji odpadu oraz karty przekazania odpadu za II półrocze 2011 r., 2012 r. i 2013 r. zawierały na 62 str. kart ewidencji odpadu 31 poprawek i skreśleń niezaparafowanych, a na 81 stronach kart przekazania odpadu znajdowało się 14 naniesionych poprawek bez parafowania.

(dowód: akta kontroli str. 1373-1560)

Gospodarką odpadami medycznymi wytworzonymi przez ZOZ zajmowała się jedna osoba - Zastępca Kierownika Działu Higieny Szpitalnej, która m.in. prowadziła ewidencję odpadów oraz sporządzała karty przekazania odpadu.

W złożonych wyjaśnieniach w sprawie niekompletnej ewidencji dotyczącej kart ewidencji odpadu oraz kart przekazania odpadu Pani Marzena Dziągiewicz podała m.in., że przyczyną stwierdzonych niezgodności w ww. ewidencji mogły być błędy przy wpisywaniu danych do tych kart oraz że: *ewentualne różnice mogą wynikać z niekompletnej dokumentacji.*

(dowód: akta kontroli str. 1518-1540)

3) nierzetelnie sporządzono - przedłożone Marszałkowi Województwa Podkarpackiego - zbiorcze zestawienia danych o wytwarzanych odpadach oraz o sposobie gospodarowania wytworzonymi odpadami za: 2011 r., 2012 r. i 2013 r. W zbiorczym zestawieniu za 2011 r. wykazano mniejszą ilość o 96 kg odpadów kod 18 01 03* od ilości faktycznie wytworzonej a dla kodu 18 01 06* - w ilości o 2 kg większej od ilości faktycznie wytworzonej.

W zbiorczym zestawieniu za 2012 r. wykazano większą ilość odpadów od faktycznie wytworzonych i przekazanych do unieszkodliwienia: dla kodu 18 01 02* o 23 kg i dla kodu 18 01 03* - o 78 kg.

Dane zawarte w zbiorczym zestawieniu za 2013 r. były niezgodne z ilością przekazanych do unieszkodliwienia odpadów: kod 18 01 02* - w ilości większej o 1 kg, a o kodzie 18 01 82* - w ilości mniejszej o 6 kg.

(dowód: akta kontroli str. 951-962, 1346-1347)

Zastępca Kierownika Działu Higieny Szpitalnej prowadząca ewidencję odpadów medycznych wyjaśniła, że różnice ilości odpadów wykazanych w ww. sprawozdaniach, w stosunku do faktycznie wytworzonych ilości, wynikały z błędu, który mogła popełnić przy końcowym wyliczaniu ogólnych ilości przekazanych odpadów.

(dowód: akta kontroli str.1519-1521)

Osobami odpowiedzialnymi za ww. nieprawidłowości była Pani Marzena Dziegiewicz - Zastępca Kierownika Działu Higieny Szpitalnej oraz Pan Marian Adamczyk Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych i Pielęgniarstwa.

(dowód: akta kontroli str. 411-413,1353-1370)

Ocena cząstkowa

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

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

Opis stanu faktycznego

3.1 W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywały 3 umowy, których przedmiotem jest *transport i utylizacja odpadów medycznych i niebezpiecznych wytwarzanych przez ZOZ*. W przypadku dwóch umów: Nr 132/2010 z dnia 4 listopada 2010 r., oraz Nr 145/2012 z dnia 5 listopada 2012 r. wykonawcą była EKO-TOP.

Obydwie umowy zawarte zostały *na okres 24 miesięcy, lub do czasu wykorzystania zakresu rzeczowego umowy*. W przedmiotowych umowach wykonawca został zobowiązany do odbioru przedmiotu umowy transportem przystosowanym do przewozu odpadów niebezpiecznych – na własny koszt i ryzyko, oraz do przekazania odebranych odpadów do unieszkodliwienia zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o odpadach. W umowach Nr 132/2010 oraz 145/2012 wskazano miejsce unieszkodliwiania odpadów niebezpiecznych z uwzględnieniem zasady bliskości określonej w art. 9 ustawy o odpadach. Do umowy Nr 145/2012 w dniu 12 lutego 2014 r. sporządzony został aneks, w którym strony postanowiły, iż *Wykonawca w terminie 14 dni od końca miesiąca kalendarzowego będzie przekazywał Zamawiającemu dokument potwierdzający unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych*.

Trzecia umowa Nr 7/2012 SU zawarta została z MKTS w dniu 12 kwietnia 2012 r. z terminem realizacji do dnia 4 listopada 2012 r.. Przedmiotem umowy była usługa wywozu, utylizacji odpadów medycznych o kodzie 18 01 03* z miejsca prowadzenia działalności „Sokołów” S.A. ul. Słoneczna w Dębicy.

W umowie wykonawca został zobowiązany do odbioru przedmiotu umowy transportem przystosowanym do przewozu odpadów niebezpiecznych – na własny koszt i ryzyko, oraz do przekazania odebranych odpadów do unieszkodliwienia zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o odpadach. W umowie tej nie zostało wskazane miejsce unieszkodliwienia odpadów niebezpiecznych zgodnie z zasadami wynikającymi z art. 9 ustawy.

(dowód: akta kontroli str. 964-979)

3.2. Dwie umowy, tj. Nr 132/2010 z dnia 4 listopada 2010 r. na kwotę 153.761 ,25 zł oraz Nr 145/2010 z dnia 5 listopada 2012 r. na kwotę 360.743,22 zł, zawarte zostały z wykonawcami wyłonionymi w trybie przetargu nieograniczonego. Umowa Nr 7/2012 SU zawarta została z wykonawcą wyłonionym w trybie art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych¹¹, a przy wyborze wykonawcy przestrzegano przepisów tej ustawy.

(dowód: akta kontroli str. 980-996,998-1262)

¹¹ Dz. U z 2013 r., poz.907 ze zm.

3.3. Odpady medyczne przekazywane do unieszkodliwiania *EKO-TOP* na podstawie umów Nr 132/2010 i Nr 145/2012 unieszkodliwiane były w Rzeszowie (ul. Hetmańska 120) w odległości 55 km od Szpitala.

Odpady przekazane *MKTS*, na podstawie umowy Nr 7/2012 SU unieszkodliwiane były na terenie województwa podkarpackiego w Raf-Ekologia Sp. z o.o. (38-640 Jedlicze, ul. Trzecieckiego 14) w odległości 66 km od Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 997)

3.4. Wykonawca *EKO-TOP*, oraz *MKTS* realizujący na podstawie zawartych umów usługę polegającą na transporcie i utylizacji odpadów niebezpiecznych posiadali ważne zezwolenie w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str.1263-1335)

3.5. Całkowity koszt odbioru i unieszkodliwiania odpadów wytworzonych przez ZOZ w poszczególnych latach badanego okresu wynosił: w 2011 r. – 67.498,52 zł, w 2012 r. – 77.144,70 zł, w 2013 r. – 134.719,42 zł. Udział poniesionych kosztów odbioru i unieszkodliwiania odpadów medycznych, poniesionych przez ZOZ w danym roku w kosztach ogółem, wynosił odpowiednio: 0,0840 % 0,1004 % i 0,1764 %.

Koszt odbioru i unieszkodliwiania odpadów medycznych w danym roku, w odniesieniu do 1 Mg tych odpadów, w 2011 r. wynosił - 1.220,40 zł , w 2012 r. – 1.368,20 zł (wzrost w stosunku do 2011 r. o 12 %), a w 2013 r. – 2.149,20 zł (wzrost w stosunku do 2012 r. o 57 % i w stosunku do 2011 r. o 76 %).

(dowód: akta kontroli str. 963)

Zwiększone koszty odbioru i unieszkodliwiania odpadów medycznych wynikały ze wzrostu ich ilości (w 2013 r. o 11,2 % w stosunku do 2012 r. i o 10,7 % w stosunku do 2011 r.) oraz wzrostu ceny jednostkowej netto 1 Mg odpadów każdego rodzaju z 1130 zł w umowie z *EKO-TOP* nr 132/10 do 1990 zł - w umowie nr 145/2012, tj. o 76 %.

(dowód: akta kontroli str.414-416, str. 964-974)

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.

4. Realizacja wniosków pokontrolnych z wcześniejszej kontroli NIK

Opis stanu
faktycznego

W wystąpieniu pokontrolnym Najwyższej Izby Kontroli Delegatury w Rzeszowie z dnia 11 grudnia 2006 r. znak LRZ-41029-2-06 sformułowane zostały wnioski dotyczące:

- 1) niedopuszczania do przekraczania określonych w pozwoleniu ilości wytwarzanych odpadów,
- 2) prowadzenie ewidencji wytwarzanych i odbieranych do unieszkodliwiania odpadów medycznych według wzorów podanych w rozporządzeniu Ministra

Środowiska z dnia 14 lutego 2006 r. w sprawie dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów¹²,

- 3) sporządzania w sposób rzetelny zbiorczych danych o wytwarzanych odpadach oraz o sposobie gospodarowania wytworzonymi odpadami.

(dowód: akta kontroli str. 300 -302)

W świetle ustaleń kontroli przedstawionych w pkt 1 – 3 niniejszego *Wystąpienia pokontrolnego* uzasadnione jest twierdzenie, że zrealizowane zostały wnioski dotyczące niedopuszczania do przekraczania określonych w pozwoleniu ilości wytwarzanych odpadów, oraz prowadzenia ewidencji wytwarzanych i odbieranych do unieszkodliwienia odpadów medycznych według wzorów podanych w powyższym rozporządzeniu Ministra Środowiska.

W informacji o sposobie wykorzystania uwag i wniosków sformułowanych w wystąpieniu pokontrolnym z 2006 r. Dyrektor Szpitala podał, że w celu realizacji wniosków pokontrolnych NIK w Szpitalu opracowywany i wdrożony będzie program komputerowy, który w sposób kompleksowy przetwarzałby dane pochodzące z całej gospodarki odpadami na terenie placówki. W dniu 26 lutego 2007 r. pomiędzy Dyrektorem Szpitala a Kierownikiem Sekcji Informatyki ZOZ zawarta została umowa o dzieło, której przedmiotem było: wykonanie oprogramowania komputerowego do celów ewidencji odpadów wytwarzanych w ZOZ zgodnie z przyznanymi limitami, oraz wdrożenia przedmiotowego oprogramowania w Dziale Higieny Szpitalnej. W dniu 2 kwietnia 2007 r. wykonawca przedstawił rachunek za realizację umowy na kwotę 6000 zł brutto. Wykonanie umowy w dniu 3 kwietnia 2007 r. potwierdził Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych i Pielęgniarstwa Szpitala.

Oprogramowanie zostało wdrożone w Dziale Higieny Szpitalnej, wdrożenie polegało na instalacji oprogramowania, wstępnej konfiguracji oraz przeszkoleniu pracownika odpowiedzialnego za ewidencję odpadów.

Zastępca Kierownika Działu Higieny Szpitalnej podała, że ewidencja wytworzonych w Szpitalu odpadów jest prowadzona w programie Excel, a program komputerowy opracowany i wdrożony w tym celu nie jest przez nią wykorzystywany.

(dowód: akta kontroli str. 300-302, 405-410)

**Ustalone
nieprawidłowości**

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

- 1) niezrealizowanie wniosku nr 3, co potwierdzają ustalenia dotyczące nierzetelnego sporządzenia i przedłożenia Marszałkowi Województwa Podkarpackiego - zbiorczych zestawień danych o wytwarzanych odpadach oraz o sposobie gospodarowania wytworzonymi odpadami za: 2011 r., 2012 r. i 2013 r.,
- 2) niezrealizowanie decyzji Dyrektora ZOZ w sprawie wdrożenia programu komputerowego do prowadzenia ewidencji odpadów, który został opracowany specjalnie w tym celu za kwotę 6000 zł.

Odnośnie braku realizacji wniosku nr 3 przyczyny nieprawidłowości opisano w pkt. 2 niniejszego *Wystąpienia pokontrolnego*.

W sprawie niewykorzystywania programu komputerowego Zastępca Kierownika Działu Higieny Szpitalnej wyjaśniła, że praca w programie Excel była dla niej

¹² DZ.U. nr 30,poz.213

łatwiejsza, przy czym po konsultacji z autorem programu uznała, że nie ma żadnych przeszkód by powrócić do pracy w programie, po uzupełnieniu jego funkcjonalności.

(dowód: akta kontroli str. 410)

Osobami odpowiedzialnymi za powyższe nieprawidłowości są Pani Marzena Dziegiewicz – Zastępca Kierownika Działu Higieny Szpitalnej, oraz Pan Marian Adamczyk Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych i Pielęgniarstwa, któremu bezpośrednio podlega Dział Higieny Szpitalnej.

(dowód: akta kontroli str. 411-413, 1353-1370)

Ocena częściowa

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

IV. Uwagi i wnioski

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli wystąpienie nieprawidłowości dotyczących w szczególności niewystarczającego nadzoru nad pracownikami realizującymi zadania z zakresu postępowania z odpadami medycznymi świadczy o nieskutecznej kontroli zarządczej i wskazuje na konieczność jej wzmocnienia w tym zakresie. Ponadto, zakres czynności Zastępcy Kierownika Działu Higieny Szpitalnej, z uwagi na zmiany, jakie zaszły od czasu jego aneksowania, zdaniem Najwyższej Izby Kontroli, wymaga aktualizacji.

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 Kontroli¹³, wnosi o:

1. Sprawowanie efektywnego nadzoru nad zadaniami związanymi z postępowaniem z odpadami medycznymi, w celu wyeliminowania nieprawidłowości stwierdzonych w toku kontroli.
2. Zapewnienie rzetelnego prowadzenia *karty ewidencji odpadów* i *karty przekazania odpadów*.
3. Rzetelne sporządzanie dla Marszałka Województwa Podkarpackiego rocznego, zbiorczego zestawienia odpadów wytworzonych przez ZOZ.
4. Zapewnienie spełniania technicznych wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z 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

¹³ Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zm.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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.

Rzeszów, dnia maja 2014 r.

Kontrolerzy
Małgorzata Hasman
Główny specjalista k.p.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie
Wicedyrektor
Robert Łukasz

.....
podpis

Monika Tyszką
Główny specjalista k.p.

.....
podpis

.....
podpis