



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ – 4101-001-03/2014

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
Kontroler	Marek Wójtowicz - główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 90263 z dnia 28 marca 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 1-2)

Jednostka kontrolowana	Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu, zwane dalej Szpitalem, ul. 3 Maja 70, 37-500 Jarosław
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Wysocki pełniący obowiązki Dyrektora Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu.

(dowód: akta kontroli str. 3-9)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹ działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Powyższa ocena, dotycząca objętych kontrolą lat 2011-2013, wynika z ocen częściowych poszczególnych podobszarów. Formułując taką ocenę NIK uwzględniła w szczególności prawidłową organizację postępowania z odpadami medycznymi, zgodny z obowiązującymi przepisami sposób postępowania z nimi na terenie Szpitala oraz rzetelne prowadzenie ich ewidencji. Pozytywnie należy ocenić również zabezpieczenie interesów Szpitala w umowach zawartych z podmiotami odbierającymi odpady medyczne oraz przestrzeganie przy wyborze tych podmiotów zasady bliskości, tj. przekazywania odpadów do najbliższych położonych miejsc, w których mogą być przetworzone oraz zakazu unieszkodliwiania odpadów medycznych poza obszarem województwa, na którym zostały wytworzone. Na powyższą ocenę miał również wpływ zgodny z przepisami ustawy z dnia 29 stycznia

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.

2004 r. *Prawo zamówień publicznych*² (dalej zwanej Pzp) wybór wykonawców usług w zakresie odbioru i unieszkodliwiania odpadów medycznych.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nieprzestrzegania limitów wytwarzanych odpadów medycznych określonych w decyzji zatwierdzającej program gospodarki odpadami niebezpiecznymi, przekazywania Marszałkowi Województwa Podkarpackiego nierzetelnych danych o rodzajach i ilości wytwarzanych odpadów medycznych oraz mieszania odpadów niebezpiecznych różnych rodzajów.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja postępowania z odpadami medycznymi.

Opis stanu
faktycznego

1-2. Decyzją z dnia 13 sierpnia 2004 r. Starosta Jarosławski zatwierdził dla Szpitala program gospodarki odpadami niebezpiecznymi. Termin obowiązywania decyzji określony został do dnia 31 grudnia 2013 r. W zakresie odpadów z podgrupy 18 01 – odpady z diagnozowania, leczenia i profilaktyki medycznej, decyzja obejmowała dopuszczone do wytworzenia odpady o kodach 18 01 02* w ilości 0,600 Mg rocznie, 18 01 03* - 19,000 Mg rocznie i 18 01 08* - 0,005 Mg rocznie. Decyzja wygasła z dniem 23 stycznia 2013 r. w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o *odpadach*³, zwanej dalej *ustawą o odpadach z 2012 r.* na podstawie art. 231 tejże ustawy.

Jak wyjaśniła Małgorzata Dankiewicz, Zastępca Dyrektora ds. Medycznych, po wygaśnięciu decyzji z dnia 13 sierpnia 2004 r. Szpital podjął działania w celu uzyskania nowej decyzji, lecz w związku z tym, że szpital nie posiada instalacji i nie jest wytwórcą odpadów w związku z jej eksploatacją, odstąpiono od złożenia wniosku.

(dowód: akta kontroli, str. 10-12, 261-262)

3. Stosownie do wymogów określonych w § 9 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30 lipca 2010 r. w *sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi*⁴ Szpital opracował i wprowadził procedurę postępowania z opadami medycznymi na stanowiskach pracy, gdzie wytwarzane są odpady medyczne. Procedura po uwagach Wojewódzkiej Inspekcji Sanitarnej w Rzeszowie (WIS) przekazanych w trakcie prowadzonych kontroli, została dostosowana do obowiązujących przepisów dotyczących postępowania z odpadami medycznymi. Wprowadzona procedura odpowiadała wymogom decyzji zatwierdzającej dla Szpitala program gospodarki odpadami niebezpiecznymi oraz była zgodna z wymaganiami prawa, dotyczącymi postępowania z odpadami medycznymi.

(dowód: akta kontroli, str. 13-45)

² Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.

³ Dz. U. z 2013 r., poz. 21 ze zm.

⁴ Dz. U. Nr 139, poz. 940.

4. Szpital nie realizował inwestycji związanych z unieszkodliwianiem odpadów medycznych i nie posiadał instalacji do unieszkodliwiania odpadów medycznych.

(dowód: akta kontroli, str. 46-48)

5-6. W celu eliminowania lub ograniczania ilości wytwarzanych odpadów medycznych i zapewnienia ich odpowiedniego unieszkodliwiania w Szpitalu przeprowadzano szkolenia pracowników biorących udział w procesie powstawania, segregowania, transportu i magazynowania odpadów. W 2011 r. przeprowadzono 1 szkolenie, w którym udział wzięło 31 pracowników (20 pracowników medycznych i 11 gospodarczych), w 2012 r. - 3 szkolenia, w których udział wzięło 79 pracowników (45 medycznych i 34 gospodarczych) i w 2013 r. - 2 szkolenia, w których udział wzięło 124 pracowników (80 medycznych i 44 gospodarczych). Szkolenia swoim zakresem obejmowały procedury postępowania z odpadami medycznymi, wymogi sanitarne przy segregacji i usuwaniu odpadów oraz prawidłowe stosowanie obowiązujących procedur w zakresie segregacji i usuwania odpadów. Organizowane były również spotkania szkoleniowe dla pielęgniarek oddziałowych i łącznikowych (w 2011 - 2, w 2012 r. - 5 i w 2013 r. - 5), na których poruszano m. in. problemy dotyczące przestrzegania przez personel w oddziałach podstawowych procedur sanitarno-epidemiologicznych, w tym również procedur postępowania z odpadami medycznymi. Szkolenia i spotkania szkoleniowe przeprowadzane były przez Pielęgniarkę Epidemiologiczną w ramach zakresu obowiązków. Szpital nie ponosił dodatkowych kosztów na te działania.

Efektom prowadzonych działań były pozytywne wyniki kontroli wewnętrznych oraz niewystępowanie nieprawidłowości w kontrolach zewnętrznych skutkujących wnioskami w zakresie postępowania z odpadami medycznymi.

(dowód: akta kontroli, str. 46-48, 49-58)

7. W latach 2011-2013 w Szpitalu przeprowadzono 4 kontrole w zakresie postępowania z odpadami medycznymi. Trzy kontrole przeprowadził Podkarpacki Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Rzeszowie (po jednej w każdym badanym roku). Kontrole swoim zakresem obejmowały warunki sanitarne i techniczne zaplecza Szpitala, w tym m. in. sposób postępowania z odpadami medycznymi.

Kontrola przeprowadzona w 2011 r. wykazała nieprawidłowości w oznakowaniu worków z odpadami medycznymi - brak podanej siedziby wytwórcy odpadów oraz nieuwzględnienie w procedurze postępowania z odpadami medycznymi zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie *szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi*. Zaleceń pokontrolnych w zakresie postępowania z odpadami medycznymi nie wydano.

Kontrola przeprowadzona w 2012 r. wykazała nieprawidłowe oznakowanie worków z odpadami medycznymi - na części worków brak podanej siedziby wytwórcy odpadów i kodu odpadów oraz niezgodność procedury postępowania z odpadami medycznymi z umową na odbiór i unieszkodliwianie tych odpadów. W umowie zapisano, że odbiór odpadów o kodzie 18 01 02* dokonywany będzie 3 razy w tygodniu, a w procedurze 2 razy w tygodniu. Zaleceń pokontrolnych nie wydano.

Kontrola przeprowadzona w 2013 r. nie wykazała nieprawidłowości w zakresie postępowania z odpadami medycznymi.

W okresie od 22 do 26 marca 2013 r. kontrolę obejmującą swoim zakresem ocenę wypełniania wymogów w zakresie postępowania z odpadami, w tym z odpadami niebezpiecznymi przeprowadził Podkarpacki Wojewódzki Inspektor Ochrony Środowiska w Rzeszowie. Kontrola nie wykazała nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli, str. 51-58)

8. W Szpitalu ustanowiono system kontroli zarządczej, określonej art. 68-69 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o *finansach publicznych*⁵. Określono zadania, cele i mierniki ich realizacji oraz ryzyka i mechanizmy kontroli. Procedury kontroli zarządczej nie wyszczególniały działań w zakresie postępowania z odpadami medycznymi. Nie określano zadań i celów w tym zakresie. W oświadczeniach o stanie kontroli zarządczej za lata 2012-2013 wskazywano, że w Szpitalu funkcjonuje adekwatny, skuteczny i efektywny system kontroli zarządczej.

(dowód: akta kontroli, str. 59-84)

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

1. W 2011 r. na terenie Szpitala wytworzono 0,469 Mg odpadów medycznych o kodzie 18 01 02*, 19,137 Mg o kodzie 18 01 03* i 0,005 Mg o kodzie 18 01 09. Wskaźnik wytworzenia odpadów medycznych na jedno łóżko wynosił 61,3 kg. W 2012 r. wytworzono 0,495 Mg odpadów medycznych o kodzie 18 01 02*, 23,637 Mg o kodzie 18 01 03* i 0,007 Mg o kodzie 18 01 09. Wskaźnik wytworzenia odpadów medycznych na jedno łóżko wynosił 71 kg. W 2013 r. odpadów medycznych o kodzie 18 01 02* wytworzono 0,596 Mg i 25,033 Mg o kodzie 18 01 03*. Wskaźnik wytworzenia odpadów medycznych na jedno łóżko wynosił 75,4 kg.

Szpital nie przyjmował do unieszkodliwiania odpadów medycznych od innych podmiotów leczniczych.

(dowód: akta kontroli, str. 85-86, 110-112)

⁵ Dz. U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.

2. Na terenie Szpitala nie były unieszkodliwiane odpady medyczne. Wytworzone w okresie objętym kontrolą odpady medyczne były przekazywane do unieszkodliwiania.

(dowód: akta kontroli, str. 46-48, 85-86, 110-112)

3. Szpital jako wytwórca zakaźnych odpadów medycznych (począwszy od dnia 23 stycznia 2013 r.) nie występował z wnioskami do posiadacza odpadów, który unieszkodliwiał zakaźne odpady medyczne Szpitala przez termiczne przekształcanie) o wydanie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie odpadów (art. 95 ust. 4 i 5 *ustawy o odpadach z 2012 r.*).

Z wyjaśnień złożonych przez Pana Andrzeja Wysockiego pełniącego obowiązki Dyrektora Szpitala wynika, że główną przyczyną był brak przepisów wykonawczych w powyższym zakresie, o których mowa w art. 95 ust. 13 *ustawy o odpadach z 2012 r.* Rozporządzenie Ministra Środowiska w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych⁶ weszło w życie dnia 22 lutego 2014 r. W specyfikacji istotnych warunków zamówienia (siwz), przy wyborze wykonawcy usług w zakresie odbioru i unieszkodliwiania odpadów medycznych w przetargu nieograniczonym przeprowadzonym w maju 2013 r. zawarto zapis, zobowiązujący Wykonawcę, pod rygorem odstąpienia od umowy z przyczyn leżących po jego stronie, do wystawienia dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie w spalarni wskazanej w ofercie, odpadów odebranych od Szpitala. Jednocześnie zaznaczono, że obowiązek taki będzie ciążył od momentu określenia przez ministra właściwego do spraw środowiska szczegółowych sposobów wydania dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie.

(dowód: akta kontroli, str. 46-48, 173-180)

4. Sposób postępowania z odpadami medycznymi na terenie Szpitala był zgodny z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi oraz wprowadzoną procedurą postępowania z odpadami medycznymi na stanowiskach pracy. W wyniku oględzin oddziałów Szpitala i magazynu odpadów niebezpiecznych, przeprowadzonych dnia 14 kwietnia 2014 r. stwierdzono, że w Szpitalu prowadzono segregację odpadów medycznych. W objętych oględzinami miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych zbierane były odpady o kodzie 18 01 03* i odpady komunalne. Odpady o kodzie 18 01 03* zbierano do worków jednorazowych o kolorze czerwonym, a odpady komunalne do worków niebieskich. Worki były umieszczone na stelażach. Miejsca, w których zbierano odpady były oznaczone znakiem odpady zakaźne. Odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach zbierano w plastikowych pojemnikach jednorazowego użytku w kolorze czerwonym. Pojemniki i worki były wypełnione do 2/3 ich objętości. Każdy worek i pojemnik z odpadami medycznymi posiadał widoczne oznakowanie identyfikujące, zawierające: kod odpadów w nich przechowywanych, siedzibę wytwórcy odpadu i datę zamknięcia. Pojemniki i worki wymieniano nie rzadziej niż co 72 godziny. Odpady medyczne zebrane z miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych magazynowano w magazynie odpadów niebezpiecznych, zlokalizowanym w oddzielnym budynku. Pomieszczenie do

⁶ Dz. U. z 2014 r., poz. 107.

magazynowania odpadów medycznych spełniały wymogi, o których mowa w § 5 ust. 2 rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi. Odpady medyczne o kodzie 18 01 02* przechowywane były w zamrażarce. Zbierano je do worków plastikowych i pojemników w kolorze czerwonym z widocznym oznaczeniem zawierającym: kod odpadów w nich przechowywanych, siedzibę wytwórcy odpadu i datę zamknięcia. Na terenie Szpitala odpady medyczne transportowano z miejsca powstawania do miejsca magazynowania w zamykanych wózkach przeznaczonych wyłącznie do tego celu. Przy magazynie odpadów wyznaczono miejsca przeznaczone do mycia i dezynfekcji wózków.

(dowód: akta kontroli, str. 105-109)

5. W Szpitalu w latach 2011-2013 prowadzona była ewidencja odpadów medycznych wytworzonych i przekazanych do unieszkodliwiania. Prowadzono karty ewidencji odpadów, dla każdego rodzaju odpadu odrębnie i karty przekazania odpadu, stosownie do wymogów określonych w art. 36 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. o odpadach⁷, zwanej dalej *ustawą o odpadach z 2001 r.* i art. 66 ust. 1 oraz art. 67 ust. 1 i art. 70 ust. 1 *ustawy o odpadach z 2012 r.* Kontrola prawidłowości prowadzenia ewidencji, którą objęto wszystkie karty odpadów medycznych i karty przekazania odpadów w latach 2011-2013 wykazała, że ewidencję prowadzono na kartach, które zawierały wszystkie elementy zamieszczone we wzorach określonych w załączniku nr 1 dla karty ewidencji odpadów i załącznik nr 5 dla karty przekazania odpadu zawartych w rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 8 grudnia 2010 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów⁸. Karty były sporządzone rzetelnie. Na kartach przekazania odpadów znajdowały się potwierdzenia ich przejęcia przez odbiorcę odpadów.

(dowód: akta kontroli, str. 110-112)

6. Szpital złożył Marszałkowi Województwa Podkarpackiego, w wymaganym terminie, zbiorcze zestawienia danych o wytwarzanych odpadach oraz o sposobie gospodarowania wytwarzanymi odpadami, o których mowa w art. 37 *ustawy o odpadach z 2001 r.* i art. 237 *ustawy o odpadach z 2012 r.* Dane zawarte w tych zestawieniach, w zakresie odpadów medycznych, nie były zgodne z danymi zawartymi w prowadzonej przez Szpital ewidencji odpadów. Wystąpiły rozbieżności w ilości wytworzonych odpadów w latach 2011-2012 oraz w rodzaju wytworzonych odpadów w 2013 r.

(dowód: akta kontroli, str. 110-124)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Szpital nie przestrzegał warunków określonych w decyzji z dnia 13 sierpnia 2004 r. Starosty Jarosławskiego zatwierdzającej dla Szpitala program gospodarki odpadami niebezpiecznymi, w zakresie ilości wytwarzanych odpadów medycznych

⁷ Dz. U. z 2010 r. Nr 185, poz. 1243 ze zm.

⁸ Dz. U. Nr 249, poz. 1673.

o kodzie 18 01 03*. W decyzji tej Szpitalowi zezwolono na wytwarzanie odpadów o kodzie 18 01 03* do 19,000 Mg rocznie. W 2011 r. wytworzono o 0,137 Mg więcej tych odpadów i w 2012 r. więcej o 4,637 Mg. Decyzja utraciła ważność z dniem 23 stycznia 2013 r. w związku z wejściem w życie *ustawy o odpadach z 2012 r.*

(dowód: akta kontroli, str. 10-12, 110-112)

W wyjaśnieniu Pan Tadeusz Sienkiewicz, Kierownik Działu Techniczno-Gospodarczego Szpitala odpowiedzialny, zgodnie z zakresem obowiązków, za gospodarkę odpadami podał m. in., że: powodem przekroczenia ilości wytwarzanych odpadów medycznych określonych w decyzji zatwierdzającej program gospodarki odpadami niebezpiecznymi było uruchomienie nowego Oddziału Reumatologii, Pracowni Elektrofizjologii Stymulacji Serca i Wszczepiania Rozruszników, rozszerzenie specjalizacji Oddziału Urazowo-Ortopedycznego w zakresie wszczepiania stawów oraz wprowadzenie do sal zabiegowych i operacyjnych bielizny operacyjnej jednorazowego użytku. Powstanie nowego oddziału i pracowni oraz rozszerzenie specjalizacji w zakresie ortopedii spowodowało zwiększenie ilości przyjmowanych pacjentów, większe obłożenie łóżek i zwiększenie ilości wytwarzanych odpadów medycznych. Szpital nie wystąpił o zmianę decyzji zatwierdzającej program gospodarki odpadami w zakresie ilości odpadów medycznych ponieważ przekroczenie w 2011 r. o 137 kg wytwarzanych odpadów nie zostało zauważone, a w 2012 r. przewidywano zmniejszenie ilości odpadów w związku z planowanym ograniczeniem działalności medycznej Szpitala. W trzecim kwartale 2012 r. kiedy zorientowano się, że ilość odpadów o kodzie 18 01 03* wzrosła, posiadano już wiedzę o pracach nad nową ustawą o odpadach znoszącą obowiązek uzyskania decyzji na wytwarzanie odpadów medycznych od stycznia 2013 r. Mając na uwadze czas przygotowania nowego programu gospodarki odpadami oraz czas na uzyskanie nowej decyzji odstąpiono od przygotowania wniosku w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli, str. 87-104)

2. W zbiorczych zestawieniach danych o wytworzonych odpadach, przekazanych Marszałkowi Województwa Podkarpackiego, zgodnie z art. 37 *ustawy o odpadach z 2001 r.* i art. 237 *ustawy o odpadach z 2012 r.* wykazano nierzetelne dane. Dane w zakresie ilości i rodzaju wytworzonych odpadów medycznych były niezgodne z ilościami tych odpadów ujętymi w prowadzonej przez Szpital ewidencji. W zestawieniu za 2011 r. zawyżono ilość wytworzonych odpadów o kodzie 18 01 02* o 0,015 Mg. W zestawieniu za 2012 r. zaniżono ilość wytworzonych odpadów o kodzie 18 01 03* o 0,235 Mg. W zestawieniu za 2013 r. wykazano odpady o kodzie 18 01 09 w ilości 0,007 Mg, które nie zostały wytworzone w Szpitalu.

(dowód: akta kontroli, str. 85-86, 110-124)

W wyjaśnieniu dotyczącym przyczyn wykazania w zbiorczych zestawieniach danych o wytworzonych odpadach, przekazanych Marszałkowi Województwa Podkarpackiego danych niezgodnych z prowadzoną ewidencją odpadów Pan Tadeusz Sienkiewicz Kierownik Działu Techniczno-Gospodarczego Szpitala podał m. in., że: wykazanie w zbiorczym zestawieniu danych za 2011 r. nieprawidłowych ilości odpadów o kodzie 18 01 02* wynikało z błędnego sumowania ilości

z miesięcznych kart odpadów. Różnica ilości odpadów o kodzie 18 01 03* jaka wystąpiła w zbiorczym zestawieniu za 2012 r. wynika z błędnego sumowania kart odpadów (błąd matematyczny). Niezgodności w zestawieniu za 2013 r. spowodowane zostały pomyłką komputerową podczas wprowadzania danych do tabeli. Bazując na wzorze tabeli z roku poprzedniego nie usunięto wiersza dotyczącego odpadów 18 01 09 w ilości 0,007 Mg, które nie zostały wytworzone w 2013 r.

(dowód: akta kontroli, str. 93-94)

3. W kontroli ustalono, że w skład Szpitala wchodził Oddział Obserwacyjno-Zakaźny (zwany dalej Oddziałem Zakaźnym). Oddział Zakaźny posiadał 25 łóżek. Obłożenie w 2011 r. (liczone w dniach) wynosiło 208, w 2012 r. – 207 i w 2013 r. – 220, a liczone w procentach w 2011 r. 57%, w 2012 r. - 56,6% i w 2013 r. – 60,5%. Pomimo tego, w Szpitalu nie wykazywano, wytworzenia odpadów o kodzie 18 01 82* *Pozostałości z żywienia pacjentów z oddziałów zakaźnych*.

Odpady te były mieszane z zakaźnymi odpadami medycznymi o kodzie 18 01 03*, co było niezgodne z art. 21 ust. 1 *ustawy o odpadach z 2012 r.* Według tego przepisu zakazane jest mieszanie odpadów niebezpiecznych różnych rodzajów, mieszanie odpadów niebezpiecznych z odpadami innymi niż niebezpieczne, a także mieszanie odpadów niebezpiecznych z substancjami, materiałami lub przedmiotami, w tym rozcieńczania substancji niebezpiecznych. Poprzednio, zakaz mieszania odpadów niebezpiecznych różnych rodzajów zawarty był w art. 11 ust. 1 *ustawy o odpadach z 2001 r.*

Zgodnie z umowami zawartymi przez Szpital z odbiorcami odpadów niebezpiecznych koszt odbioru i unieszkodliwiania odpadów o kodach 18 01 03* i 18 01 82* był taki sam.

(dowód: akta kontroli, str. 85-86, 125-139, 247-250)

W wyjaśnieniu Pani Małgorzata Dankiewicz, Ordynator Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego wskazała na to, że Szpital nie posiada własnej kuchni, dostarczane na Oddział Zakaźny posiłki przez firmę zewnętrzną są dokładnie racjonowane i prawie w całości zjadane przez pacjentów, pozostałości z żywienia pacjentów tego Oddziału występują sporadycznie i w niewielkiej ilości, a jeżeli zdarzy się, że zostaje odpad żywieniowy, wówczas zbierany jest on do jednorazowych wiader z przykrywką, następnie pakowany w czerwony worek i usuwany do utylizacji jako odpad medyczny niebezpieczny z oznaczeniem kodu 18 01 03*.

(dowód: akta kontroli, str. 248-249, 251, 259-260)

W wyjaśnieniach Pani Jolanta Chlastawa, Pielęgniarka Odcinkowa w Oddziale Zakaźnym, podała m. in., że pozostałości z żywienia pacjentów Oddziału Zakaźnego występują w niewielkiej ilości, bądź w pewnych okresach wręcz nie występują, w związku z czym istnieją trudności w ich segregacji. Wszystkie wytworzone odpady wraz z ewentualnymi resztkami żywności zbierane są do worków czerwonych, gdzie gromadzone są odpady zakaźne o kodzie 18 01 03*.

(dowód: akta kontroli, str. 251-258)

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

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

Opis stanu
faktycznego

1. W latach 2011-2013 obowiązywały trzy umowy zawarte przez Szpital z odbiorcami odpadów medycznych:

- umowa z dnia 15 grudnia 2010 r. zawarta z Firmą Handlowo-Usługową „EKO-TOP” Sp. z o.o. w Rzeszowie ul. Hetmańska 120 na odbiór i unieszkodliwianie szpitalnych odpadów niebezpiecznych i innych jak niebezpieczne, które powstają w wyniku działalności Szpitala, zawarta na okres od 15 grudnia 2010 r. do 31 marca 2012 r. W zakresie odpadów medycznych do odbioru i unieszkodliwiania ustalono odpady o kodach 18 01 01 w ilości 0,020 Mg, 18 01 02* - 0,500 Mg, 18 01 03* - 25 Mg, 18 01 04 – 5 Mg, 18 01 07 – 0,010 Mg, 18 01 09 – 0,010 Mg i 18 01 82* - 1 Mg.
- umowa z dnia 2 kwietnia 2012 r. zawarta z Firmą SERWIMED w Dębicy, al. Jana Pawła II 19B (przedsiębiorca prowadzący działalność gospodarczą, który w trakcie realizacji umowy przekształcił działalność w Spółkę z o.o. SERWIMED) na odbiór, transport i unieszkodliwianie odpadów medycznych, odpadów zawierających substancje niebezpieczne i innych odpadów jak niebezpieczne, które powstają w wyniku działalności Szpitala jako Zleceniobiorcy. Umowa została zawarta na okres od 2 kwietnia 2012 r. do 2 kwietnia 2013 r. W zakresie odpadów medycznych do odbioru i unieszkodliwiania ustalono odpady o kodach 18 01 01 w ilości 0,020 Mg, 18 01 02* - 0,600 Mg, 18 01 03* - 25 Mg, 18 01 04 – 5 Mg, 18 01 07 – 0,010 Mg, 18 01 09 – 0,010 Mg i 18 01 82* - 1 Mg. W okresie od 3 kwietnia do 30 maja 2013 r. usługi w zakresie odbioru i unieszkodliwiania odpadów medycznych świadczyła SERWIMED Spółka z o.o. na podstawie ustnej umowy, na zasadach ustalonych w ww. umowie.
- umowa z dnia 31 maja 2013 r. zawarta SERWIMED Spółka z o.o. w Dębicy, al. Jana Pawła II 19B (od 17 stycznia 2014 r. SERVITECH Sp. z o.o. z siedzibą w Dębicy, al. Jana Pawła II 19B⁹) na odbiór, transport i unieszkodliwianie odpadów medycznych, odpadów zawierających substancje niebezpieczne i innych odpadów jak niebezpieczne, które powstają w wyniku działalności Szpitala jako Zleceniobiorcy. Umowa została zawarta na okres od 31 maja 2013 r. do 31 maja 2014 r. W zakresie odpadów medycznych do odbioru i unieszkodliwiania ustalono odpady o kodach 18 01 01 w ilości 0,010 Mg, 18 01 02* - 0,600 Mg, 18 01 03* - 26 Mg, 18 01 04 – 3 Mg, 18 01 07 – 0,010 Mg, 18 01 09 – 0,010 Mg i 18 01 82* - 1 Mg.

W umowach zabezpieczono interes Szpitala. Wprowadzono zapisy zabezpieczające m.in. zastrzeżono sobie prawo do przekazania mniejszej ilości odpadów niż ustalone w umowach z uwagi na brak możliwości oszacowania

⁹ W związku z połączeniem ww. spółek w trybie art. 494 ustawy z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych (Dz. U. z 2013 r., poz. 1030 ze zm.).

dokładnej ich ilości w okresie obowiązywania umów. W takim przypadku Zleceniobiorcy mogli żądać wyłącznie wynagrodzenia za odpady odebrane bez naliczania jakichkolwiek kar. Ustalono kary umowne w przypadku zwłoki w odbiorze odpadów w wysokości 0,1% za każdy dzień zwłoki, liczone od wartości przedmiotu umowy. Ponadto, w umowie zawartej w dniu 31 maja 2013 r. wprowadzono dodatkowy zapis, że jeżeli szkoda rzeczywista będzie wyższa niż kara umowna Zleceniodawca będzie uprawniony do dochodzenia odszkodowania przekraczającego karę umowną.

W umowach zawarto postanowienia mające na celu prawidłowe unieszkodliwianie odpadów medycznych przez odbiorców.

Zasada bliskości, określona w art. 9 ustawy o odpadach z 2001 r. i w art. 20 ustawy o odpadach z 2012 r., tj. obowiązek przekazania odpadów do najbliższych położonych miejsc, w których mogą być przetworzone, była uwzględniana przy wyborze wykonawców usług. W okresie od 1 stycznia 2011 r. do 31 marca 2012 r. odpady unieszkodliwiane były w najbliższej położonej od Szpitala instalacji Firmy EKO-TOP. Natomiast w przeprowadzonych przez Szpital postępowaniach przetargowych na świadczenie usług w tym zakresie, w kolejnych latach, jedynym wykonawcą z województwa podkarpackiego, który złożył oferty była Firma SERWIMED (2012 r.) i Spółka z o.o. SERWIMED (2013 r.).

Ustalono w umowach rodzaje i ilości odbieranych odpadów medycznych były wielkościami orientacyjnymi i zabezpieczały Szpital w zakresie terminowego przekazania wytworzonych odpadów w celu ich unieszkodliwienia. W umowach ustalono niezbędną rezerwę co do ilości i rodzaju odbieranych odpadów na wypadek zmian w ilości i rodzaju ich wytwarzania spowodowanych na przykład zwiększeniem kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

(dowód: akta kontroli, str. 125-139, 140-148, 263)

2. Do wyboru wykonawcy usług odbioru i unieszkodliwiania szpitalnych odpadów niebezpiecznych, w tym odpadów medycznych realizowanych w okresie od 15 grudnia 2010 r. do 31 marca 2012 r. nie stosowano Pzp. Wartość zamówienia nie przekraczała wyrażonej w złotych równowartości kwoty 14.000 euro (art. 4 pkt 8 Pzp).

Wyboru wykonawcy, wykonującego ww. usługi w okresach od 2 kwietnia 2012 r. do 2 kwietnia 2013 r. i od 31 maja 2013 r. do 31 maja 2014 r. dokonano w trybie przetargu nieograniczonego. Postępowania zostały przeprowadzone zgodnie z przepisami Pzp.

W okresie od 3 kwietnia do 30 maja 2013 r. usługi zlecane były na podstawie art. 4 pkt 8 w związku z art. 6a Pzp, na podstawie ustnej umowy. Według treści wyjaśnień Pana Andrzeja Wysockiego pełniącego obowiązki Dyrektora Szpitala powyższy tryb zlecenia usługi oraz brak ciągłości umów pisemnych związany był ze zmianą przepisów dotyczących wytwarzania i gospodarowania odpadami (wejściem w życie ustawy o odpadach z 2012 r.), co wymagało opracowania poprawnej specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz przedłużeniem się postępowania przetargowego.

W ocenie NIK, główną przyczyną niezapewnienia ciągłości umów pisemnych na odbiór i unieszkodliwianie odpadów medycznych było zbyt późne rozpoczęcie

procedury przetargowej. Procedura ta została wszczęta w dniu 2 maja 2013 r., czyli już po upływie terminu, na jaki została zawarta umowa z dnia 2 kwietnia 2012 r.

(dowód: akta kontroli, str. 149-188)

3. Odpady medyczne Szpitala unieszkodliwiane były poprzez termiczne przekształcenie (art. 42 *ustawy o odpadach z 2001 r.* i art. 95 *ust. 2 ustawy o odpadach z 2012 r.*). W okresie od 1 stycznia 2011 r. do 31 marca 2012 r. przez Firmę EKO-TOP Sp. z o.o. w instalacji zlokalizowanej 52 km od Szpitala w Rzeszowie przy ul. Hetmańskiej 120. W okresie od 1 kwietnia 2012 r. do 31 grudnia 2013 r. odpady unieszkodliwiano w Spalarni Odpadów Medycznych i Weterynaryjnych SERVITECH ul. Szpitalna 1 w Tarnobrzegu, (województwo podkarpackie), zlokalizowanej 110 km od Szpitala. Najbliżej położoną instalacją do unieszkodliwiania odpadów medycznych była instalacja Firmy EKO-TOP.

(dowód: akta kontroli, str. 189)

4. Firmy świadczące dla Szpitala usługi w zakresie transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych posiadały ważne zezwolenia na transport, zbieranie i unieszkodliwianie tych odpadów, wydane przez właściwe organy.

(dowód: akta kontroli, str. 190-239)

5. W 2011 r. koszty Szpitala związane z transportem i unieszkodliwianiem odpadów medycznych wynosiły 24.004,25 zł, co stanowiło 0,04% kosztów funkcjonowania Szpitala. Koszt transportu i unieszkodliwiania 1 Mg odpadów medycznych wyniósł 1.224,02 zł.

W 2012 r. koszty te wynosiły 60.382,51 zł (251% kosztów z 2011 r.), co stanowiło 0,10% kosztów funkcjonowania Szpitala. Koszt transportu i unieszkodliwiania 1 Mg odpadów medycznych wyniósł 2.501,45 zł (204% kosztów z 2011 r.). Przyczyną zwiększenia kosztów wywozu odpadów medycznych w 2012 r. był wzrost ceny za transport i unieszkodliwienie odpadów o kodach 18 01 02* i 18 01 03* z 1,15 zł/kg do 2,2 zł/kg, od kwietnia 2012 r. do 2,35 zł/kg dla odpadów 18 01 03* i do 2,5 zł/kg dla odpadów 18 01 02*.

W 2013 r. koszty Szpitala związane z transportem i unieszkodliwianiem odpadów medycznych wynosiły 67.536,50 zł (112% kosztów z 2012 r.), co stanowiło 0,11% kosztów funkcjonowania Szpitala. Koszt transportu i unieszkodliwiania 1 Mg odpadów medycznych wyniósł 2.635,16 zł (105% kosztów z 2012 r.). Przyczyną wzrostu kosztów było zwiększenie ilości wytwarzanych odpadów i wyższa cena transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych o kodzie 18 01 03* z 2,35 zł/kg do 2,50 zł/kg.

(dowód: akta kontroli, str. 240-246)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W kontroli ustalono, że w okresie od 3 kwietnia do 30 maja 2013 r. usługi w zakresie odbioru i unieszkodliwiania odpadów medycznych świadczyła SERVIMED Spółka z o.o. na podstawie ustnej umowy. Zlecenia usług dokonano na podstawie art. 4 pkt 8 w związku z art. 6a Pzp. Pomimo tego, że działania te nie naruszały Pzp i nie wyrządziły szkody dla Szpitala, to w ocenie NIK mając na uwadze charakter usług i rygory co do postępowania z odpadami medycznymi, wynikające z obowiązujących przepisów, właściwym jest zapewnienie ciągłości umów określających na piśmie prawa i obowiązki stron.

(dowód: akta kontroli, str. 131-134, 135-138, 142-146, 263)

Ocena częściowa

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

IV. Uwagi i wnioski

W ocenie NIK wystąpienie nieprawidłowości w zakresie nieprzestrzegania limitów wytwarzanych odpadów medycznych określonych w decyzji zatwierdzającej program gospodarki odpadami niebezpiecznymi, przekazywania Marszałkowi Województwa Podkarpackiego nierzetelnych danych o rodzajach i ilości wytwarzanych odpadów medycznych oraz mieszaniu odpadów o kodzie 18 01 82* z odpadami o kodzie 18 01 03*, świadczy o słabości kontroli zarządczej i wskazuje na konieczność poprawy skuteczności nadzoru w tym zakresie.

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 Kontroli¹⁰, wnosi o:

1. skorygowanie zbiorczych zestawień danych o wytworzonych odpadach przekazywanych za lata 2011-2013 Marszałkowi Województwa Podkarpackiego oraz przekazywanie temu organowi rzetelnych danych o rodzajach i ilości wytwarzanych odpadów;
2. zapewnienie prawidłowej segregacji odpadów medycznych o kodzie 18 01 82* *Pozostałości z żywienia pacjentów z oddziałów zakaźnych.*

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 Rzeszowie.

¹⁰ Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zm.

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.

Rzeszów, dnia maja 2014 r.

Kontroler
Marek Wójtowicz
główny specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie

Dyrektor
Wiesław Motyka

.....
podpis