Oświadczenie złożone
przez senator Ewę Monikę Kaliszuk
na 16. posiedzeniu Senatu
w dniu 11 lipca 2024 r.

Oświadczenie skierowane do minister zdrowia Izabeli Leszczyny oraz do minister klimatu i środowiska Pauliny Hennig-Kloski

21 maja 2024 r. zwróciła się do mnie z wnioskiem o pomoc dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Podczas rozmowy, a następnie w przesłanym piśmie dyrektor szpitala poruszyła kwestię obowiązujących w Polsce wymagań dotyczących sposobu unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych i zakaźnych odpadów weterynaryjnych, które zdaniem dyrektorów szpitali należą do najbardziej restrykcyjnych w Europie i na świecie, a to z uwagi na ograniczenie możliwości zagospodarowania tego strumienia odpadów wyłącznie poprzez zobowiązanie podmiotów wytwarzających te odpady do ich termicznego przekształcania w spalarniach odpadów niebezpiecznych.

Według informacji przekazanych przez panią dyrektor żadna z europejskich dyrektyw nie wprowadza nakazu unieszkodliwiania odpadów niebezpiecznych, w tym zakaźnych odpadów medycznych i weterynaryjnych, wyłącznie w technologii termicznego przekształcania w spalarniach odpadów. Inne procesy unieszkodliwiania odpadów, w tym proces D9, np. działanie mikrofalami lub autoklawowanie, są uważane za równorzędne, jeśli spełniają wymagania najlepszych dostępnych technik oraz gwarantują ochronę środowiska i życia ludzkiego. Zgodnie z zawartą w dyrektywie europejskiej 2008/98/WE definicją unieszkodliwiania oznacza ono jakikolwiek proces niebędący odzyskiem, nawet jeżeli wtórnym skutkiem takiego procesu jest odzysk substancji lub energii. Załącznik nr I zawiera niewyczerpujący wykaz procesów unieszkodliwiania. W tym wykazie znajduje się zarówno proces D9, czyli obróbka fizyczno-chemiczna, jak i proces D10, tj. przekształcanie termiczne na lądzie. Podstawą jest więc ocena efektów końcowych procesu, a w omawianym przypadku – pozbawienie odpadów właściwości zakaźnych i właściwa kontrola jego przebiegu. Wytyczne międzynarodowe, w tym wynikające z ratyfikowanych przez Polskę konwencji sztokholmskiej i bazylejskiej, nie wprowadzają ograniczenia w wykorzystaniu technologii autoklawowania i działania mikrofalami w odniesieniu do zakaźnych odpadów medycznych. Technologie te są uznawane za sprawdzone i rekomendowane do zastosowania w odniesieniu do odpadów medycznych zakaźnych.

Jak wskazuje dyrektor szpitala, dotychczasowa regulacja wynikająca z prawa zamówień publicznych, która nakazuje kierowanie się kryterium jak najbliższej lokalizacji przy wywozie odpadów, powoduje brak konkurencyjności oraz celowości wydawania środków publicznych. Oferty lokalne są dużo droższe od pozostałych, oferentów zlokalizowanych dalej, a samo ograniczenie transportu jest przy tym mało efektywne ekologicznie.

Dopuszczenie innych niż termiczne przekształcanie metod przetwarzania zakaźnych odpadów medycznych i weterynaryjnych wymagałoby z pewnością zaproponowania odpowiednich ram formalnoorganizacyjnych i ich bezpiecznego funkcjonowania, w tym racjonalnej skali i kryteriów lokalizacji tych obiektów oraz zasad ich kontroli i okresowej walidacji, ale być może warte jest rozważenia. Należy przy tym podkreślić, że powinno być rozważane dopuszczenie na rynek wyłącznie nowoczesnych instalacji przeznaczonych do unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych.

Na skutek płynących do Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów sygnałów o dużych wzrostach cen w przetargach organizowanych przez szpitale na usługę odbioru i unieszkodliwiania odpadów UOKiK przeprowadził badanie rynku odpadów medycznych. Na podstawie wyników badania rynku usług związanych z gospodarowaniem odpadami medycznymi w latach 2018–2023 UOKiK proponuje zniesienie regionalizacji i dopuszczenie alternatywnych metod utylizacji, co spowodowałoby również większą liczbę startujących w przetargach podmiotów zajmujących się unieszkodliwianiem odpadów. To zaś mogłoby przełożyć się na spadek kosztów ponoszonych przez szpitale i inne podmioty. Podobne rozwiązania zostały zastosowane pod koniec 2019 r. w przypadku odpadów komunalnych, co obniżyło koszty gospodarowania nimi np. w województwie mazowieckim.

Według dyrektorów szpitali zasada bliskości nadal mogłaby obowiązywać, ale zdefiniowana inaczej niż za pomocą sztucznego podziału granicami województw, i mogłaby być uwzględniana w przetargach, np. odległość szpitala od instalacji byłaby jednym z kryteriów. Istotne byłoby tu zwiększenie aktywności samorządów biorących udział w systemie finansowania szpitali. Część z nich posiada już bowiem

infrastrukturę do zagospodarowania odpadów komunalnych, która mogłaby być rozwijana w celu przyjmowania również odpadów medycznych. Tego typu inicjatywy są już podejmowane w niektórych regionach Polski. Dyrektor szpitala w Olsztynie wskazuje również, że według Głównego Inspektoratu Ochrony Środowiska 463 istniejące obecnie, według stanu na styczeń 2024 r., lokalizacje składowisk niebezpiecznych odpadów w Polsce są niewystarczające, by właściwie i bezpiecznie składować odpady niebezpieczne. Zatem idea podniesiona przez dyrektor szpitala, znajdująca zapewne sprzymierzeńców wśród kierowników innych szpitali oraz podmiotów wytwarzających zakaźne odpady medyczne i odpady weterynaryjne, tym bardziej wydaje się godna uwagi.

Będę wdzięczna za informację, czy te kwestie stają się już przedmiotem dyskusji i prac w ministerstwie.

Ewa Monika Kaliszuk