



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Krakowie

LKR.410.004.04.2022

Pan  
Marek Wierzba  
Dyrektor Podhalańskiego Szpitala  
Specjalistycznego im. Jana Pawła II  
w Nowym Targu  
ul. Szpitalna 14  
34-400 Nowy Targ

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

*P/22/039 – Postępowanie z zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym odpadami wytworzonymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19*

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu, ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ ( <i>Szpital</i> )
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marek Wierzba, Dyrektor Szpitala od 1 lipca 2010 r. (akta kontroli str. 2)
Zakres przedmiotowy kontroli	Postępowanie z wytwarzanymi zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym wytwarzanymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2019 r. do czasu zakończenia kontroli, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed lub po tym okresie.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>1</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament/Delegatura w Krakowie
Kontroler	Baranek Jerzy, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKR/23/2022 z 3 lutego 2022 r. (akta kontroli str. 1)

## II. Ocena ogólna kontrolowanej działalności<sup>2</sup>

### OCENA OGÓLNA

W latach 2019-2022 (do 31 marca) Szpital wprawdzie zapewnił warunki przechowywania zakaźnych odpadów medycznych, w tym odpadów wytworzonych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 oraz ich odbiór przez uprawniony podmiot, jednakże w trakcie oględzin stwierdzono niezgodne z przepisami oznakowanie worków z zakaźnymi odpadami medycznymi oraz nieprawidłowości w ich transporcie wewnątrz szpitala. Ponadto ustalone w trakcie kontroli nieprawidłowości w zakresie klasyfikacji odpadów medycznych, skutkowały niezgodną ze stanem faktycznym ewidencją odpadów medycznych, a w konsekwencji – wykazaniem nierzetelnych danych w sprawozdaniach.

W strukturze organizacyjnej Szpitala wskazano komórki organizacyjne i stanowiska odpowiedzialne za zbieranie, przechowywanie, transport zakaźnych odpadów medycznych na terenie szpitala oraz nadzór nad prawidłową realizacją tych zadań. Szpital posiadał wewnętrzne uregulowania dotyczące segregacji, klasyfikacji odpadów medycznych i postępowania z zakaźnymi odpadami medycznymi oraz zapoznał z nimi personel medyczny szpitala oraz pracowników fizycznych, odpowiedzialnych za utrzymanie czystości i transport wewnętrzny na terenie szpitala. Wyboru odbiorcy zakaźnych odpadów medycznych dokonywano rokrocznie w trybie przetargu nieograniczonego. Zaznaczyć należy, że od 2019 r. ofertę składała tylko jedna firma, a cena odbioru wzrosła z 1,37 zł netto/kg w 2018 r. do 6,35 zł netto/kg w 2022 r. (o 363,5%).

W ocenie NIK, mimo zapewnienia warunków do przechowywania zakaźnych odpadów medycznych, ich odbioru oraz zapoznania pracowników szpitala z przepisami dotyczącymi segregacji, klasyfikacji odpadów medycznych

<sup>1</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: *ustawa o NIK*.

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną, jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej. W niniejszym wystąpieniu pokontrolnym zastosowano ocenę opisową.

i komunalnych oraz postępowania z nimi, kierownictwo Szpitala nie zapewniło jednak w pełni właściwego sprawowania nadzoru nad gospodarką odpadami medycznymi na terenie Szpitala, gdyż nie przestrzegano postanowień rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi<sup>3</sup>, tj.:

- nie oznaczono stosownym kodem pojemnika plastikowego, przeznaczonego do zbierania i przechowywania części ciał, worki z napełnionymi odpadami medycznymi nie posiadały daty i godziny zamknięcia, a ich transport z oddziału szpitalnego do pomieszczenia chłodni, w którym były przechowywane odbywał się w sposób nie zapewniający ich bezpiecznego przewozu, mogło również stanowić zagrożenie dla zdrowia pracowników szpitala i pacjentów,
- nie dokonywano zgodnej z prawem segregacji zakaźnych odpadów medycznych.

Zauważyć należy, że kontrole wewnętrzne przeprowadzone w latach 2019-2022 (do 31 marca) również stwierdzały nieprawidłowości w zakresie oznaczania pojemników oraz worków przeznaczonych na odpady medyczne.

Ponadto w Szpitalu w sposób nierzetelny prowadzono karty ewidencji odpadów, gdyż w kolumnach przeznaczonych do podania masy wytworzonych odpadów nie wskazywano ilości wytworzonych zakaźnych odpadów medycznych. Uniemożliwiało to ustalenie stanu faktycznego dotyczącego wytwarzanych w szpitalu zakaźnych odpadów medycznych. Masę wytworzonych odpadów w kartach ewidencji odpadów zaczęto wykazywać w trakcie kontroli NIK.

W ocenie NIK, wszystkie wymienione wyżej nieprawidłowości wskazują na niedostateczną skuteczność funkcjonującej w Szpitalu kontroli zarządczej.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego**

#### **1.1.-1.2.**

W okresie objętym kontrolą, w Szpitalu, zgodnie z postanowieniami regulaminu organizacyjnego<sup>4</sup>, odpowiedzialnym za prowadzenie gospodarki odpadami niebezpiecznymi i komunalnymi był:

- Dział logistyki, do którego należało prowadzenie gospodarki odpadami niebezpiecznymi i komunalnymi,
- Sekcja utrzymania czystości i transportu wewnętrznego, do której należało utrzymanie czystości na terenie Szpitala oraz zapewnienie transportu wewnętrznego odpadów komunalnych i skażonych.

Nadzór nad Sekcją utrzymania czystości sprawował z-ca dyrektora Szpitala ds. Pielęgniarstwa, a nad Działem logistyki gł. księgową.

(akta kontroli str. 2-19)

Do obowiązków kierownika Działu logistyki należało m.in.:

- przestrzeganie przepisów w zakresie kierowanej komórki organizacyjnej, w tym przepisów o gospodarce materiałowej (magazyny), obowiązujących procedur i instrukcji wydanych w związku z systemami zarządzania jakością,
- nadzór nad rzetelnym, poprawnym i terminowym wykonywaniem zadań i obowiązków służbowych przez podległych pracowników,

<sup>3</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 1975, dalej: *rozporządzenie w sprawie postępowania z odpadami medycznymi*.

<sup>4</sup> Załącznik nr 2 do Regulaminu organizacyjnego – Organizacja i zadania komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pkt III. Dział logistyki i dział VI Sekcja utrzymania czystości i transportu wewnętrznego (ostatnia zmiana – aneks z dnia 21 stycznia 2019 r.).

- aktualizowanie i opracowanie procedur w zakresie realizacji zadań komórki organizacyjnej oraz wdrażanie i monitorowanie ustalonych zapisów.

Kierowniczka Działu wyjaśniła, że jako pracownik Działu logistyki:

- nie ma bezpośredniego fizycznego kontaktu z odpadami,
- zapoznała się z obowiązującą w szpitalu instrukcją segregacji i klasyfikacji odpadów medycznych i komunalnych, instrukcją postępowania z odpadami medycznymi, instrukcją postępowania w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia zakażenia wywołanego przez koronawirusa SARS-CoV-2,
- dwie pracownice działu zajmujące się prowadzeniem bazy danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami (BDO) zostały przeszkolone w 2019 r. w zakresie ewidencji i sprawozdawczości odpadów medycznych<sup>5</sup>.

(akta kontroli str. 19, 21-23, 300-303)

Do obowiązków kierownika Sekcji utrzymania czystości i transportu wewnętrznego należało m.in.:

- stworzenie warunków organizacyjno-technicznych do wykonywania zadań w Sekcji,
- zapewnienie prawidłowego i terminowego wykonania powierzonych obowiązków oraz bieżącą kontrolę wykonywanych zadań,
- monitorowanie, analiza i ocena jakości pracy podległego personelu, organizowanie szkoleń wewnątrz sekcji.

Kierowniczka Sekcji wyjaśniła, że:

- odbyła szkolenie pt. Odpady medyczne w świetle najnowszych aktów prawnych (przeprowadzone 26 listopada 2019 r. przez pielęgniarkę epidemiologiczną zatrudnioną w Komórce ds. zakażeń szpitalnych),
- zapoznała się z obowiązującą w Szpitalu procedurami, takimi jak: instrukcja segregacji i klasyfikacji odpadów medycznych i komunalnych, instrukcja postępowania z odpadami medycznymi, instrukcja postępowania w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia zakażenia wywołanego przez wirusa SARS-CoV-2.

(akta kontroli str. 24-27, 155-157)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu zbieraniem, transportem oraz przechowywaniem zakaźnych odpadów medycznych zajmowało się około 105 pracowników, tj. 90 salowych oraz 15 pracowników odpowiedzialnych za transport odpadów medycznych na terenie szpitala. Do ich obowiązków (wg zakresów czynności) należały:

- segregacja odpadów, ich opisanie i transport do miejsca składowania;
- przestrzeganie przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy oraz uczestnictwa w szkoleniach i instruktażu.

(akta kontroli str. 20-36)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że aktualizacja zadań kierowanych do personelu dokonywana jest w trybie zarządzeń, poleceń, instrukcji i procedur, które publikowane są również w sieci internetowej Szpitala w katalogu *Zarządzenia*. Pracownicy szpitala, zleceniobiorcy i usługobiorcy są zobowiązani się do zapoznania z nimi i stosowania<sup>6</sup>.

(akta kontroli str. 396-397)

<sup>5</sup> Szkolenie przeprowadzone przez Krajową Izbę Podatkową pt. Gospodarka odpadami w praktyce z uwzględnieniem najnowszych zmian od 1 stycznia 2020 r.

<sup>6</sup> Pracownicy pisemnie potwierdzali zapoznanie się z obowiązującymi w Szpitalu procedurami.

### 2.1.-2.3.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywała:

- 1) Instrukcja segregacji i klasyfikacji odpadów medycznych i komunalnych<sup>7</sup>, która obejmowała zasady segregacji i klasyfikacji odpadów medycznych i komunalnych. Zgodnie z przedmiotową instrukcją m.in.:
  - a) do worków czerwonych należało wkładać odpady medyczne o kodzie:
    - 18 01 02\* - Części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania (z wyłączeniem 18 01 03),
    - 18 01 03\* - Inne odpady, które zawierają żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny oraz inne formy zdolne do przeniesienia materiału genetycznego, o których wiadomo lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do sądenia, że wywołują choroby u ludzi i zwierząt (np. zainfekowane pieluchomajtki, podpaski, podkłady), z wyłączeniem 18 01 80 i 18 01 82),
  - b) worków żółtych odpady o kodzie 18 01 06\* - Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, zawierające substancje niebezpieczne,
- 2) Instrukcja postępowania z odpadami medycznym<sup>8</sup> obejmowała m.in odpady medyczne zakaźne o kodach 18 01 02\*, 18 01 03\*, 18 01 80\* - Zużyte peloidy po zabiegach wykonywanych w ramach działalności leczniczej o właściwościach zakaźnych i 18 01 82\* - Pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych. Salowe i pracowników gospodarczych zapoznano z nią 10 grudnia 2018 r.
- 3) Instrukcja postępowania w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia zakażenia wywołanego przez koronawirusa SARS-CoV-2<sup>9</sup>.

Ponadto salowe oraz pracownicy gospodarczy szpitala odbyli następujące szkolenia:

- 27 marca 2019 r. – technologia, stosowanie preparatów zapobieganie, zapobieganie zakażeniom szpitalnym, w tym higieniczne mycie i dezynfekcja rąk, stosowanie środków ochrony osobistej oraz postępowanie z odpadami medycznymi,
- od 25 października 2019 r. do 6 listopada 2019 r. – m.in. stosowanie odzieży ochronnej oraz postępowanie z odpadami medycznymi, segregacja i klasyfikacja odpadów medycznych i komunalnych,
- 26 listopada 2019 r. – odpady medyczne w świetle najnowszych aktów prawnych,
- od 27 lutego 2020 r. do 2 kwietnia 2020 r. – m.in. instrukcja postępowania w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia zakażenia wywołanego przez koronawirusa SARS-CoV-2, zasady utrzymania czystości w obszarach medycznych, w tym higieniczne mycie i dezynfekcja rąk, stosowanie środków ochrony osobistej oraz postępowanie z odpadami medycznymi.

(akta kontroli str. 37-39, 45-146)

<sup>7</sup> Wprowadzona zarządzeniem GL-021-1-125/17 dyrektora Szpitala z dnia 8 grudnia 2017 r. – obowiązuje od 8 grudnia 2017 r. i była zgodna z rozporządzeniem w sprawie postępowania z odpadami medycznymi.

<sup>8</sup> Wprowadzona zarządzeniem GL-021-1-121/18 dyrektora Szpitala z dnia 29 listopada 2018 r. – obowiązuje od 1 grudnia 2018 r.

<sup>9</sup> Wprowadzona zarządzeniem GL-021-1-18/20 Dyrektora Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II z dnia 21 lutego 2020 r. i zmieniona zarządzeniem: GL-021-1-23/20 z dnia 6 marca 2020 r., GL-021-1-25/20 z dnia 10 marca 2020 r., GL-021-1-35/20 z dnia 20 marca 2020 r., GL-021-1-44/20 z dnia 31 marca 2020 r. i GL-021-1-56/20 z dnia , 7 maja 2020 r.

Z-ca dyrektora Szpitala ds. Pielęgniarstwa wyjaśniła, że w przypadku każdego pacjenta szpitala, edukacja w zakresie funkcjonowania oddziału jest przeprowadzana przez pielęgniarkę przy jego przyjęciu.

(akta kontroli str. 295-296)

W Szpitalu zadania w zakresie kontroli przestrzegania procedur sanitarno-epidemiologicznych realizowała Komórka ds. zakaźnych szpitala, która w okresie objętym kontrolą, kontrolowała m.in. przestrzeganie instrukcji dotyczącej segregacji, klasyfikacji odpadów medycznych i komunalnych oraz postępowania z odpadami medycznymi. I tak np.:

1) kontrole przeprowadzone w 2021 r. wykazały m.in., że:

- w: Zakładzie Fizjoterapii Ośrodka Rehabilitacji Diennej, Zakładzie Diagnostyki Obrazkowej, Poradni Chirurgii Ogólnej, Zespole Wyjazdowym we Wróblówce, Ochothnicy Dolnej, Poradni Chirurgicznej, Neurologicznej i Ortopedycznej w Jabłonce - nieprawidłowo opisano pojemniki twardestienne lub brak było opisów,
- w Pracowni Fizjoterapii nieprawidłowo segregowano odpady medyczne,
- na Bloku Operacyjnym brak było daty i godziny założenia worka czerwonego na odpady medyczne, a w Zakładzie Fizjoterapii – Ośrodek Rehabilitacji Diennej stwierdzono przekroczenie terminu ważności czerwonego worka z odpadami,

2) kontrole przeprowadzone w I kwartale 2022 r. wykazały m.in., że:

- w Zespole wyjazdowym w Ochothnicy Dolnej brak było daty i godziny założenia worka na odpady (worek był wypełniony odpadami medycznymi), w Zespole wyjazdowym w Rabie Wyżnej nieprawidłowo dokonywano segregacji odpadów medycznych,
- na Bloku Operacyjnym brak było daty i godziny założenia worka czerwonego na odpady medyczne.

W zaleceniach pokontrolnych wnioskowano m.in. o przeszkolenie pracowników jednostek organizacyjnych w których stwierdzono nieprawidłowości dotyczące instrukcji klasyfikacji i segregacji odpadów medycznych i postępowania z nimi. Zalecenia pokontrolne z kontroli przeprowadzonych w 2021 r. wykonano, natomiast termin realizacji zaleceń z kontroli przeprowadzonych w I kw. 2022 r. upływa w maju br.

(akta kontroli str. 339-395)

### **3.1.-3.4.**

W okresie objętym kontrolą Szpital nie posiadał decyzji na wytwarzanie odpadów lub wytwarzanie i przetwarzanie odpadów. Starosta Nowotarski na wniosek dyrektora Szpitala stwierdził<sup>10</sup> wygaśnięcie pozwolenia na wytwarzanie odpadów powstających w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych promocji zdrowia<sup>11</sup>. W uzasadnieniu decyzji podano m.in., że:

- na podstawie interpretacji Ministra Środowiska oraz przeprowadzonych przez Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w Krakowie – Delegatura w Nowym Sączu oględzin stwierdzono, że wytwarzane odpady nie powstają w związku z funkcjonowaniem instalacji, a tylko takie odpady wymagają uregulowania stanu formalno-prawnego,
- w myśl art. 180 pkt 3 ustawy Prawo ochrony środowiska eksploatacja instalacji powodująca wytwarzanie odpadów jest dozwolona po uzyskaniu pozwolenia,

<sup>10</sup> Decyzją OŚ.6220.1.4.2015.SM z dnia 25 sierpnia 2015 r.

<sup>11</sup> Decyzja OŚ.II.TF.766/32/2010 z dnia 8 lipca 2010 r.

natomiast art. 3 pkt 6 precyzuje co w myśl ustawy należy rozumieć pod pojęciem instalacji. W przypadku szpitala nie można mówić o zespole stacjonarnych urządzeń powiązanych ze sobą technologicznie, a jego działalność polega na świadczeniu usług przy wykorzystaniu określonych urządzeń, nie zaś na prowadzeniu procesu produkcyjnego, czy przetwórczego.

Szpital posiadał aktualny wpis do rejestru BDO<sup>12</sup>.

(akta kontroli str. 181-192)

#### 4.1.

Szpital w latach 2019-2022 (do 31 marca) wytworzył ogółem 1 304,904 Mg, w tym 687,329 Mg odpadów medycznych (52,7%), z tego odpowiednio:

- w 2019 r. – 397,843 Mg i 181,75 Mg (45,7%), w tym o kodzie: 18 01 02\* - 0,411 Mg, 18 01 03\* – 181,23 Mg, 18 01 82\* - 0,0 Mg,
- w 2020 r. – 321,757 Mg i 199,440 Mg (62,0%), w tym o kodzie: 18 01 02\* - 0,273 Mg, 18 01 03\* – 199,157 Mg, 18 01 82\* - 0,0 Mg,
- w 2021 r. – 427,165 Mg i 240,14 Mg (56,2%), w tym o kodzie: 18 01 02\* - 0,199 Mg, 18 01 03\* – 240,273 Mg, 18 01 82\* - 0,0 Mg,
- w I kw. 2022 r. – 158,139 Mg i 65,999 Mg (41,7%), w tym o kodzie: 18 01 02\* - 0,075 Mg, 18 01 03\* – 65,923 Mg, 18 01 82\* - 0,0 Mg.

(akta kontroli str. 398-399)

#### 4.2.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywała instrukcja segregacji i klasyfikacji odpadów medycznych i komunalnych - wprowadzona zarządzeniem nr GŁ-021-1-125/17 dyrektora Szpitala z dnia 8 grudnia 2017 r. Instrukcja zawierała m.in. kod odpadu, rodzaj odpadu przypisany do danego kodu oraz sposób segregowania. Zgodnie z instrukcją do odpadów zakaźnych zbieranych do worków czerwonych zakwalifikowano odpady o kod.:

- 18 01 02\*, tj. części ciała i organy, pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania,
- 18 01 03\*, tj. odpady które zawierają żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny oraz inne formy zdolne do przeniesienia materiału genetycznego mogącego wywołać choroby u ludzi i zwierząt oraz odpady o ostrych końcach i krawędziach.

Instrukcja nie przewidywała odpadów o kodzie 18 01 80\* i 18 01 82\*.

(akta kontroli str. 48-50)

#### 4.3.

W okresie objętym kontrolą w szpitalu wytworzono ogółem 687,329 Mg odpadów medycznych, w tym 107,250 Mg (16% odpadów medycznych) w związku z leczeniem SARS-CoV-2 i odpowiednio w:

- 2020 r. – 199,440 Mg, w tym związku z leczeniem SARS-CoV-2 – 19,410 Mg (10%),
- 2021 r. – 240,14 Mg, w tym związku z leczeniem SARS-CoV-2 – 77,64 Mg (32%),
- I kw. 2022 r. – 65,999 Mg, w tym związku z leczeniem SARS-CoV-2 – 10,2 Mg (15%).

(akta kontroli str. 398-399)

#### 4.4.

<sup>12</sup> SR-VII.7245.22.8802.2018 Koz. z 15 stycznia 2019 r.

W okresie objętym kontrolą wszystkie wytworzone zakaźne odpady medyczne o kodach 18 01 02\*, 18 01 03\*, w tym powstałe w wyniku leczenia pacjentów zakażonych koronawirusem SARS-CoV-1 Szpital przekazał firmie E. sp. z o.o., z którą miał zawartą umowę na ich odbiór.<sup>13</sup> Szpital nie posiadał instalacji do przetwarzania odpadów medycznych, w tym zakaźnych.

(akta kontroli str. 399)

#### 4.5.

Szpital do 31 grudnia 2020 r. prowadził ewidencję odpadów medycznych w formie papierowej, a od 1 stycznia 2020 r. prowadził w formie elektronicznej. Podstawą do wprowadzania danych dotyczących wytworzonych odpadów medycznych, w tym zakaźnych były karty przekazania odpadów. Szpital nie posiadał wagi do ważenia odpadów medycznych. Wytworzone odpady medyczne w poszczególnych komórkach i jednostkach organizacyjnych Szpitala były dostarczane do chłodni zlokalizowanej na terenie Szpitala (opis. w pkt. 5.1. niniejszego wystąpienia). Ważenia przedmiotowych odpadów dokonywał ich odbiorca, w chwili załadunku na samochód. Dane do karty ewidencji odpadów wprowadzano w dniu sporządzenia karty przekazania odpadów.

(akta kontroli str. 298-299. 323-336)

#### 5.1.

Szpital poza oddziałem covidowym nie posiadał innego oddziału zakaźnego. Wytworzone w Szpitalu zakaźne odpady medyczne o kodach 18 01 02\* i 18 01 03\*, zbierane były w miejscu ich powstawania do worków jednorazowego użycia z folii polietylenowej, koloru czerwonego, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych oraz pojemników plastikowych, a następnie przewożone do pomieszczenia chłodni, gdzie były przechowywane do czasu ich odbioru przez odbiorcę, z który Szpital miał zawartą umowę. Sposób oznakowania worków oraz ich transport do miejsca składowania opisano w części dotyczącej nieprawidłowości.

Pomieszczenie chłodni, w którym magazynowane były powyższe odpady spełniało wymagania określone w § 7 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie postępowania z odpadami medycznymi, tj. m.in. posiadało niezależne wejście; było zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych; ściany i podłogi były wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję, było zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt, drzwi wejściowe były bez progów, a ich szerokość i wysokość gwarantowała swobodny dostęp, wyposażone było w termometr do pomiaru temperatury wewnątrz pomieszczenia.

(akta kontroli str. 147-154)

#### 5.2.

Personel szpitala, tj. lekarze, pielęgniarki, osoby odpowiedzialne za utrzymanie czystości (salowe), pracownicy wykonujący transport zakaźnych odpadów o sposobie postępowania z odpadami medycznymi informowani byli na szkoleniach wewnętrznych, na których omawiane były wprowadzane przez kierownictwo szpitala instrukcje dotyczące segregacji i klasyfikacji odpadów medycznych i komunalnych, instrukcje postępowania z odpadami medycznymi oraz instrukcja postępowania w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia zakażenia wywołanego przez koronawirusa SARS-CoV-1. Ponadto wszystkie instrukcje, dotyczące segregacji i klasyfikacji odpadów medycznych i komunalnych, oraz postępowania z odpadami

---

<sup>13</sup> Odpady o kodach:

- 06 04 04\*, 09 01 04\*, 09 01 07 odbierało P. G. O,  
- 16 02 11\*, 16 02 13\* odbierała firma B. S.A.



medycznymi, które obowiązywały i obowiązują w Szpitalu były udostępnione pracownikom szpitala w wewnętrznej sieci informatycznej.

(akta kontroli str. 46-146, 300-301)

## 6.1.-6.2.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu corocznie ogłaszano przetarg nieograniczony na odbiór, transport i utylizację odpadów medycznych o kodach: 18 01 01, 18 01 02\*, 18 01 03\*, 18 01 04, 18 01 06\*, 18 01 07, 18 01 08\*, 18 01 09, 18 01 82\* wraz z użyczeniem 12 kontenerów<sup>14</sup> na ich magazynowanie (o pojemności 0,77 m<sup>3</sup>).

Zgodnie ze Specyfikacją istotnych warunków zamówienia o udzielenie zamówienia publicznego w przetargu mogli brać udział wykonawcy, którzy spełniali wymogi zawarte w obowiązującej ustawie o odpadach, tj. m.in: wykazali, że posiadają aktualną decyzję/zezwolenie (właściwego terytorialne organu) na prowadzenie działalności w zakresie odbioru, transportu oraz unieszkodliwiania odpadów medycznych o kodach odpowiadających przedmiotowi zamówienia, posiadali zdolności techniczne i zawodowe.

(akta kontroli str. 193-293)

Zgodnie z warunkami dopuszczenia do postępowania zawartymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (*siwz*), w postępowaniu mogli brać udział wykonawcy, którzy spełniali warunki dotyczące kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, posiadali zdolność techniczną lub zawodową w powyższym zakresie. We wszystkich postępowaniach przetargowych (przeprowadzonych w trybie przetargu nieograniczonego) zwyciężyła E. sp. z o.o., która w latach 2019-2021 była jedyną firmą która złożyła ofertę. Szpital zawarł z ww. Spółką stosowne umowy na odbiór, transport i utylizację odpadów medycznych, tj.:

- umowa DL-272-119/18 z dnia 26 października 2018 r.<sup>15</sup>, zawarta na okres od 26 października 2018 r. do 31 grudnia 2019 r. i obejmowała odbiór 202 015 kg odpadów o kodach: 18 01 02\* – 2 000 kg, 18 01 03\* – 200 000 kg, 18 01 09 – 15 kg. Odpłatność za 1 kg odebranych odpadów w okresie obowiązywania umowy (bez względu na rodzaj/kod odpadu) – 1,37 zł netto (przewidywana wartość umowy netto – 276 760,55 zł + podatek VAT 22 140,84 zł),
- umowa DZP-272-104/19 z dnia 15 listopada 2019 r., zawarta na okres od 15 listopada 2019 r. do 15 listopada 2020 r. i obejmowała odbiór 203 000 kg odpadów o kodach: 18 01 01, 18 01 02\*, 18 01 03\*, 18 01 04, 18 01 06\*, 18 01 07, 18 01 08\*, 18 01 09, 18 01 82\*. Odpłatność za 1 kg odebranych odpadów w okresie obowiązywania umowy (bez względu na rodzaj/kod odpadu) – 4,12 zł netto (przewidywana wartość umowy netto – 836 360 zł + podatek VAT – 66 908,80 zł),
- umowa DZP-272-160/20 z dnia 16 listopada 2020 r., zawarta na okres od 16 listopada 2020 r. do 16 listopada 2021 r. i obejmowała odbiór 220 000 kg odpadów o kodach: 18 01 01, 18 01 02\*, 18 01 03\*, 18 01 04, 18 01 06\*, 18 01 07, 18 01 08\*, 18 01 09, 18 01 82\*. Odpłatność za 1 kg odebranych odpadów w okresie obowiązywania umowy (bez względu na rodzaj/kod odpadu) bez względu na rodzaj/kod odpadu – 6,35 zł netto (przewidywana wartość umowy netto – 1 397 000 zł + podatek VAT – 111 760 zł),
- umowa DL-272-141/21 z dnia 17 listopada 2021 r., zawarta na okres od 17 listopada 2021 r. do 17 listopada 2022 r. i obejmowała odbiór 250 000 kg odpadów o kodach: 18 01 01, 18 01 02\*, 18 01 03\*, 18 01 04, 18 01 06\*, 18 01 07, 18 01 08\*, 18 01 09, 18 01 82\*. Odpłatność za 1 kg odebranych odpadów w okresie

<sup>14</sup> KOD CPV- 90500000-2, 90524400-0, 90513300-9.

<sup>15</sup> Zmieniona aneksem nr 1/2018 z dnia 27 listopada 2018 r. i nr 2/2019 z dnia 16 października 2019 r.

obowiązania umowy (bez względu rodzaj/kod odpadu) – 6,35 zł netto (przewidywana wartość umowy netto – 1 587 500 zł + podatek VAT – 127 000 zł).

W okresie objętym kontrolą ilość zakontraktowanych odpadów medycznych wyniosła 202 015 kg w 2019 r., 203 000 kg w 2020 r., 220 000 kg w 2021 r. i 250 000 kg w 2022 r., a odpłatność za 1 kg netto wynosiła odpowiednio 1,37 zł w 2019 r., 4,12 zł w 2020 r. i 6,35 zł w latach 2021-2022 – wzrost o 363,5%.

(akta kontroli str. 183, 193-293)

Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że ceny za usługę odbioru zakaźnych odpadów medycznych przyjętych w siwz w danym roku ustalano na podstawie realizowanych wcześniej zamówień, informacji uzyskanych od innych zamawiających co do ich kontraktów w danym roku oraz uwzględniano nowe ilości zamówienia oraz obowiązujące cen rynkowe.

(akta kontroli str. 181-183)

Zgodnie z ww. umowami, m.in.:

- odbiorca odpadów przejmował odpowiedzialność za dalsze postępowanie z nimi zgodnie z ustawą o odpadach,
- odbiór odpadów miał odbywać się ze Szpitala trzy razy w tygodniu: poniedziałek, środa piątek do godz. 13.00 lub inne dni do uzgodnienia, a z Zespołu Laboratoriów Badawczych co dwa tygodnie (piątek) do godz. 13.00 lub inne dni do uzgodnienia,
- wykonawca umowy zobowiązany był do wykazywania masy odebranych odpadów w momencie ich odbioru, za pomocą wagi znajdującej się na samochodzie, po zważeniu w siedzibie wykonawcy,
- wykonawca zobowiązany był z każdorazowym odbiorem odpadów do wstawienia czystych i zdezynfekowanych pojemników.

(akta kontroli str. 212-293)

Odbiorca odpadów, E. sp. z o.o.:

- wpisana była do rejestru podmiotów wprowadzających produkty, produkty w opakowaniach i gospodarujących odpadami prowadzonego przez Marszałka Województwa Małopolskiego – zawiadomienie o wpisie, znak sprawy: SR.II.7245.1.33.2018.KP z dnia 28 marca 2018 r.,
- posiadała pozwolenie zintegrowane na: wprowadzanie zanieczyszczeń do powietrza, wytwarzanie odpadów niebezpiecznych, przetwarzanie odpadów niebezpiecznych i innych niż niebezpieczne, w tym odpadów medycznych i weterynaryjnych oraz zbieranie odpadów niebezpiecznych.

(akta kontroli str. 304-322)

W latach 2019-2022 (do 31 marca) Szpital poniósł wydatki z tytułu transportu, unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych: w 2019 r. – 370,3 tys. zł, w 2020 r. – 959,9 tys. zł ( w tym 93,1 tys. w związku z koronawirusem), w 2021 r. – 1 649,4 tys. zł (533,3 tys. zł) oraz 452,6 tys. zł (58,8 tys. zł) w I kw. 2022 r.

(akta kontroli str. 400)

Dyrektor wyjaśnił, że w związku z rosnącymi cenami unieszkodliwiania odpadów zakaźnych podjęte zostały działania mające na celu uruchomienie w przyszłości przyspitalnej spalarni odpadów medycznych, tj.:

- zapoznano się z działaniem spalarni odpadów, funkcjonującej przy Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej w Gliwicach – wizja lokalna,
- zlecono opracowanie raportu o oddziaływaniu na środowisko wraz z przygotowaniem wniosku o wydanie decyzji środowiskowych uwarunkowaniach

dla planowanego przedsięwzięcia polegającego na modernizacji ciągu technologicznego wytwarzania ciepłej wody użytkowej poprzez termiczną redukcję odpadów wytwarzanych na terenie szpitala.

(akta kontroli str. 396-397)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W trakcie oględzin przeprowadzonych w toku kontroli stwierdzono, że:
  - a) pojemnik plastikowy, przeznaczony do zbierania i przechowywania części ciała (kod 18 01 02\*) nie był oznaczony stosownym kodem odpadów medycznych, które w nim były przechowywane, co było niezgodne z postanowieniami § 6 ust. 1 pkt 1 i § 8 ust. 1 rozporządzenia w sprawie postępowania z odpadami medycznymi. Pojemnik z odpadami medycznymi powinien posiadać widoczne oznakowanie identyfikacyjne, które zawiera m.in. kod odpadów medycznych w nim przechowywanych, a wstępne magazynowanie odpadów o kodzie 18 01 02\* odbywa się tylko w temperaturze do 10°C, nie dłużej niż 72 h;
  - b) worki z napełnionymi odpadami medycznymi nie posiadały daty i godziny ich zamknięcia oraz zamknięcia jednorazowego (były zawiązywane na supeł), co było niezgodne z postanowieniami § 3 ust. 1 oraz § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie postępowania z odpadami medycznymi. Zgodnie z § 3 ust. 1 powyższego rozporządzenia worek powinien mieć możliwość jednokrotnego zamknięcia, a zgodnie z § 6 ust.1 1, pojemnik lub worek z odpadami medycznymi powinien posiadać widoczne oznakowanie identyfikacyjne, które zawiera m.in. kod odpadów medycznych w nim przechowywanych, datę i godzinę zamknięcia;
  - c) worki z zakaźnymi odpadami medycznymi transportowane były z oddziału szpitalnego na wózku, który nie zapewniał bezpiecznego ich przewozu. Było to niezgodne z postanowieniami § 9 ust. 3 rozporządzenia w sprawie postępowania z odpadami medycznymi, zgodnie z którym, transport wewnętrzny odpadów medycznych z miejsca ich powstawania do miejsca wstępnego magazynowania odbywa się środkami transportu przeznaczonymi do tego celu, tj. wózkami zamykanymi i wykonuje się go w sposób uniemożliwiający uszkodzenie pojemnika lub worka.

(akta kontroli str. 147-154)

Kierownik Sekcji czystości i transportu wewnętrznego wyjaśniła, że:

- pojemniki z chłodni zabierane są przez firmę i zamieniane na czyste i zdezynfekowane, stąd kody umieszczane są nad pojemnikiem. Pojemnik przeznaczony do przechowywania części ciała był opisany *SZCZĄTKI LUDZKIE*, a na ścianie nad pojemnikiem umieszczony był stosowny kod;
- odnośnie nalepek/etykiet przypadek był odosobniony, bowiem codziennie (wybiórczo) są przeprowadzane kontrole w oddziałach/komórkach, a pracownicy komórki w której stwierdzono nieprawidłowości byli przeszkoleni w dniach 24-27 kwietnia 2021 r. Po zaistniałej sytuacji przystąpiono natychmiast do sprawdzenia prawidłowości nalepek naklejanych na worki z odpadami medycznymi oraz rozpoczęto szkolenie przypominające (przeprowadzono w dniach 18-22 lutego 2022 r. oraz 24-25 marca 2022 r.);
- wózek, którym pracownik transportował odpady zakaźne z Oddziału covidowego przeznaczony był do innych celów i użył go niezgodnie z przeznaczeniem, za co został ukarany karą nagany. Przedmiotowy wózek, był jedynym wózkiem bez pokrywy i po umyciu oraz zdezynfekowaniu został przekazany do innej komórki, celem uniknięcia podobnego zdarzenia;

- pracownicy odpowiedzialni za zaistniałą sytuację zostali poinformowani o popełnionych błędach i zostali 18-22 lutego 2022 r. przeszkoleni w wyżej wymienionych zakresach<sup>16</sup>.

(akta kontroli str. 157-180)

2. Szpital w kartach ewidencji odpadów wykazywał tylko masę przekazanych zakaźnych odpadów medycznych, nie wykazywał natomiast masy wytworzonych odpadów, co było niezgodne z art. 66 ust. 1 i art. 67 ust. 3 i 3b ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach<sup>17</sup>.

Na skutek kontroli NIK zaczęto wykazywać w kartach ewidencji odpadów masę wytworzonych odpadów.

(akta kontroli str. 323-336, 413-419)

Kierownik Wydziału logistyki wyjaśniła, że:

- Szpital nie posiadał wagi, stad odpady zwożone z oddziałów nie były ważone, a pracownicy odpowiedzialni za prowadzenie BDO nie mogli wpisać do karty ewidencji odpadów masy wytworzonych odpadów;
- ważenie odpadów dokonywane było przez pracownika firmy odbierającej odpady do unieszkodliwiania, tj. zgodnie z obowiązującą umową - firma ze względu na wczesne godziny odbioru oraz dodatkowe dni odbioru została upoważniona do ich ważenia i wygenerowania karty przekazania odpadów w systemie BDO, umożliwiającą przewóz odpadów do zakładu utylizującego;
- po wygenerowaniu karty przekazania odpadów, system nie daje możliwości powrotu i uzupełnienia rubryki dotyczącej masy wytworzonych odpadów.

(akta kontroli str. 337-338)

3. Karty przekazania odpadów sporządzał odbiorca odpadów, co było niezgodne z art. 69 ust. 1 ustawy o odpadach.

(akta kontroli str. 299, 337-338)

Dyrektor Szpitala i kierownik Wydziału logistyki wyjaśnili, że wprawdzie art. 69 ust. 1 ustawy o odpadach stanowi, że kartę przekazania odpadów sporządza posiadacz odpadów, który przekazuje odpady do następnego posiadacza odpadów albo do prowadzonych przez siebie miejsc zbierania odpadów lub miejsc przetwarzania odpadów, przed rozpoczęciem ich transportu, jednak prawo nigdzie zabrania do upoważnienia podmiotu odbierającego odpady medyczne do sporządzenia przedmiotowej karty przekazania odpadów. Również firmy zewnętrzne prowadzące szkolenia w zakresie ewidencji BDO dopuszczają możliwość upoważnienia podmiotu odbierającego odpady medyczne do unieszkodliwiania do wypełnienia w imieniu Szpitala karty przekazania odpadów.

(akta kontroli str. 420)

W ocenie NIK, Szpital upoważniając odbiorcę odpadów medycznych do wypełniania kart przekazania odpadów i ich zatwierdzania oraz ważenia odbieranych odpadów medycznych bez udziału pracownika szpitala pozbywał się kontroli nad faktyczną ilością wytworzonych i odebranych odpadów medycznych, a tym samym nad kosztami ich przetworzenia.

4. W Szpitalu nie przestrzegano postanowień § 1 ust. 2 pkt 1, § 2 ust. 1 i § 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie sposobu postępowania z odpadami medycznymi oraz art. 21 ust. 1 oraz art. 66 ust. 1 ustawy o odpadach, gdyż pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych zbierano, magazynowano i przekazywano jako

<sup>16</sup> Przeszkoliła ich Kierownik Sekcji czystości i transportu wewnętrznego, co zostało potwierdzone podpisami na liście obecności.

<sup>17</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 779. Dalej ustawa o odpadach.

odpady oznaczone kodem 18 01 03\*, podczas gdy, zgodnie z załącznikiem do rozporządzenia Ministra Klimatu z dnia 2 stycznia 2020 r. w sprawie katalogu odpadów<sup>18</sup>, należało je zbierać, gromadzić i przekazywać jako odpady oznaczone kodem 18 01 82\*.

Powyższa nieprawidłowość miała również negatywny wpływ na rzetelność ewidencji odpadów medycznych i w konsekwencji – na rzetelność sporządzanych sprawozdań o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami.

(akta kontroli str. 294-297, 399)

Z-ca dyrektora Szpitala wyjaśniła, że żywność na Oddział Covidowy oraz dla pacjentów przebywających w izolatkach dostarczana była w pojemnikach jednorazowych wraz z jednorazowymi sztuczkami. Po skończeniu posiłku, pojemniki wraz z ewentualnymi resztkami jedzenia oraz sztuczki składane były do czerwonego worka foliowego oznaczonego kodem 18 01 03\*. Wyodrębnienie pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych byłoby trudne, stąd podjęto decyzję, że będą gromadzone i oddawane w ramach kodu 18 01 03\*.

(akta kontroli str. 294-297)

## IV. Uwagi i wnioski

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

Wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnioskuje o:

- 1) oznakowanie pojemnika przeznaczonego do zbierania i przechowywania odpadów o kodzie 18 01 02\*, zgodnie z wymogami § 6 ust. 1 pkt 1 i § 8 ust. 1 rozporządzenia w sprawie postępowania z odpadami medycznymi;
- 2) oznakowanie worków na zakaźne odpady medyczne, zgodnie z wymogami § 3 ust. 1 oraz § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie postępowania z odpadami medycznymi;
- 3) zapewnienie bezpiecznego transportu opakowań z zakaźnymi odpadami medycznymi z oddziałów szpitalnych do pomieszczenia chłodni, w którym są przechowywane, stosownie do wymogów § 9 ust. 3 rozporządzenia w sprawie postępowania z odpadami medycznymi;
- 4) wykazywanie w kartach ewidencji odpadów masy wytworzonych odpadów, o czym mowa w art. 66 ust. 1 i art. 67 ust. 3 i 3b ustawy o odpadach;
- 5) zapewnienie udziału pracownika Szpitala przy odbiorze odpadów medycznych;
- 6) prawidłową segregację zakaźnych odpadów medycznych o kodzie 18 01 82\*;
- 7) prowadzenie kart ewidencji odpadów dla wszystkich wytworzonych w Szpitalu odpadów zakaźnych;
- 8) wzmocnienie nadzoru nad postępowaniem w Szpitalu z zakaźnymi odpadami medycznymi.

---

<sup>18</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 10.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

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 Krakowie. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania 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.

Kraków,           maja 2022 r.

Kontroler  
Jerzy Baranek  
główny specjalista kp.

.....  
*podpis*