



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.410.003.03.2022



00267922

Pan  
Jan Kochanowicz  
Dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego  
w Białymstoku  
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku  
ul. Marii Curie-Skłodowskiej 24A  
15-276 Białystok

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Białymstoku  
ul. Akademicka 4, 15-267 Białystok  
T +48 85 874 81 00, F +48 85 874 81 33  
lbi@nik.gov.pl

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku <sup>1</sup> , ul. Marii Curie-Skłodowskiej 24A, 15-276 Białystok
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jan Kochanowicz, Dyrektor Szpitala od 28 kwietnia 2020 r. Od 19 kwietnia 2017 r. do 28 kwietnia 2020 r. Dyrektorem Szpitala był Marek Karp.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Postępowanie z wytwarzanymi zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym wytwarzanymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.</li><li>2. Gospodarowanie zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym wytwarzanymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2019 r. do dnia zakończenia czynności kontrolnych, z wykorzystaniem dowodów sporządzanych przed lub po tym okresie.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>2</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Piotr Jurkin, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/26/2022 z 15 lutego 2022 r.</li><li>2. Władysław Radgowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/29/2022 z 9 marca 2022 r. (akta kontroli str. 1-4)</li></ol>

<sup>1</sup> Dalej: „Szpital” lub „USK w Białymstoku”.

<sup>2</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623. Ustawa zwana dalej *ustawą o NIK*.

## II. Ocena ogólna<sup>3</sup> kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia realizację gospodarki zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym wytworzonymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 przez USK w Białymstoku.

Uzasadnienie  
oceny ogólnej

Szpital w niepełnym zakresie zapewnił uwarunkowania dla prawidłowej gospodarki zakaźnymi odpadami medycznymi, bowiem wewnętrzna procedura postępowania z odpadami medycznymi nie zawierała m.in. szczegółowych zasad postępowania dla części wytwarzanych w Szpitalu odpadów medycznych. Ponadto niezgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi*<sup>4</sup> postępowano z zakaźnymi odpadami medycznymi w trakcie ich wstępnego magazynowania.

Nierzetelnie prowadzono ewidencję wytwarzanych i przekazywanych do unieszkodliwienia zakaźnych odpadów medycznych oraz dotyczącą unieszkodliwianych zakaźnych odpadów medycznych w instalacji do termicznego przekształcania odpadów medycznych i weterynaryjnych zlokalizowanej przy ul. Żurawiej 14 w Białymstoku (dalej: Spalarnia). W efekcie nierzetelne okazały się roczne sprawozdania składane do BDO<sup>5</sup> za 2021 rok. Przeprowadzona modernizacja Spalarni, nie pozwoliła na wykorzystanie jej pełnych możliwości, przez co zlecano odpłatne unieszkodliwianie odpadów podmiotom zewnętrznym. Szpital nie wywiązał się również z obowiązku wykonania badania odpadów powstałych w wyniku unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych, a także zapewnienia wizyjnego systemu kontroli miejsca magazynowania odpadów oraz każdorazowej dezynfekcji samochodu służącego do ich transportu. W 2021 roku nie wykonano także zarządzenia PWIOŚ<sup>6</sup> w zakresie przestrzegania limitu unieszkodliwiania odpadów medycznych o kodzie 18 01 04<sup>7</sup> oraz przekroczono limit unieszkodliwionych odpadów 18 01 02<sup>8b</sup>.

## III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

### 1. Postępowanie z wytwarzanymi na terenie Szpitala zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym wytworzonymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19

Opis stanu  
faktycznego

1.1 Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym USK w Białymstoku<sup>9</sup> za sprawy związane z organizacją i nadzorem nad właściwą i zgodną z przepisami gospodarką odpadami odpowiadał Dział Administracyjny Szpitala. Trzem pracownikom tego działu oraz jednemu z Działu Technicznego<sup>10</sup> przypisano obowiązki m.in. w zakresie: [1] prowadzenia BDO; [2] prowadzenia spraw dotyczących odpadów i surowców wtórnych; [3] kontrolowania zestawień dotyczących ilości wytwarzanych odpadów niebezpiecznych; [4] wypełniania ankiet do Departamentu Ochrony Środowiska Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego w zakresie gospodarowania odpadami niebezpiecznymi w USK w Białymstoku. Z kolei kierownicy Działu Administracyjnego i Technicznego odpowiadali m.in. za organizację, nadzór i kontrolę nad właściwą i zgodną z przepisami gospodarkę odpadami w ich jednostkach organizacyjnych.

<sup>3</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>4</sup> Dz. U. poz. 1975. Rozporządzenie zwane dalej: *rozporządzeniem w sprawie odpadów medycznych*.

<sup>5</sup> Baza Danych o Produktach i Opakowaniach oraz o Gospodarce Odpadami.

<sup>6</sup> Powiatowy Wojewódzki Inspektor Ochrony Środowiska.

<sup>7</sup> Inne odpady niż wymienione w 18 01 03\* (np. opatrunki z materiału lub gips, pościel, ubrania jednorazowe, pieluchy).

<sup>8</sup> Części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania (z wyłączeniem 18 01 03)

<sup>9</sup> Przyjęty Zarządzeniem Dyrektora Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku nr 69/2020 z 13 marca 2020 r. oraz zaktualizowany Zarządzeniem 13 2021 z 29 kwietnia 2021 r.

<sup>10</sup> Od 16 czerwca 2021 r. dla pracownika zatrudnionego przy ul. Żurawiej 14, który był odpowiedzialny za wprowadzanie danych do BDO

Dwóch pracowników Działu Administracyjnego ukończyło szkolenia (kursy) z zakresu gospodarowania odpadami medycznymi<sup>11</sup>. Pozostali pracownicy nie posiadali kierunkowego przygotowania w tym zakresie. Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala wyjaśnił, że: (...) ze względu na ograniczone możliwości finansowe w zakresie organizowania szkoleń tylko część osób może być przeszkolona w zakresie gospodarowania odpadami medycznymi. Niewielka liczba osób zajmująca się sprawami z zakresu gospodarowania odpadami medycznymi wynika z braku pracowników chętnych do pracy na tego rodzaju stanowiskach i częstej rotacji. (akta kontroli str. 223-225, 338-418)

**1.2.** W USK w Białymstoku obowiązywała *Szpitalna polityka dotycząca odpadów w zakresie segregacji, transportu, przechowywania i utylizacji* opisująca standardy segregacji, transportu, przechowywania i utylizacji odpadów<sup>12</sup>. Dokument ten regulował m.in. zasady zbiórki, pakowania, transportu wewnętrznego oraz magazynowania odpadów medycznych oraz innych niż medyczne. Szczegółowo przedstawiono czynności jakie należy wykonywać przy zagospodarowywaniu poszczególnych kategorii odpadów. Nie opisano w niej jednak zasad postępowania z pozostałościami z żywienia pacjentów z oddziałów zakaźnych, a także z narzędziami chirurgicznymi i zabiegowymi oraz ich resztkami. Ponadto w ww. dokumencie dla odpadów medycznych innych niż niebezpieczne o kodzie 18 01 09<sup>13</sup> nie określono czasu ich wstępnego magazynowania oraz przewidziano gromadzenie tego rodzaju odpadów w workach (pojemnikach) koloru czerwonego, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia, w pkt nr 1 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 112-125, 419-431)

Zgodnie z Zarządzeniem nr 50/2019 Dyrektora USK w Białymstoku<sup>14</sup> każdy pracownik zobowiązany był do zapoznania się i stosowania w praktyce zasad opisanej powyżej polityki<sup>15</sup>. Analiza oświadczeń złożonych przez 131 losowo wybranych pracowników USK w Białymstoku (lekarzy, pielęgniarek, położnych, logopedów, fizjoterapeutów, ratowników medycznych) mających kontakt z odpadami medycznymi na poszczególnych oddziałach szpitalnych wykazała, że zapoznali się oni z tym dokumentem oraz zobowiązali się do jego stosowania. Również pracownicy podmiotu zewnętrznego realizujący usługi w zakresie m.in. kompleksowego sprzątnięcia czy transportu wewnętrznego, potwierdzili znajomość tych przepisów wewnętrznych oraz zobowiązali się do ich przestrzegania. Zdaniem Zastępcy Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala personel USK w Białymstoku miał wiedzę o sposobie postępowania z odpadami w związku z obowiązkiem stosowania przyjętej *Polityki dotyczącej odpadów w zakresie segregacji, transportu, przechowywania i utylizacji*. Dodał, że: *Pacjentów Szpitala nie informowano o sposobie postępowania z odpadami medycznymi* (...). (akta kontroli str. 432-447, 542-543)

**1.3.** W związku z prowadzoną działalnością leczniczą, Szpital dysponował zezwoleniem na wytwarzanie odpadów wydanym na podstawie prawomocnej decyzji Prezydenta Miasta Białegostoku z 14 grudnia 2011 r. Na wniosek USK w Białymstoku z 28 października 2019 r. Prezydent Miasta Białegostoku 10 grudnia 2019 r. stwierdził wygaśnięcie ww. decyzji. Wynikało to ze zmiany stanu prawnego, zgodnie z którym Szpital stał się wytwórcą odpadów poza instalacją w rozumieniu art. 3 pkt 6 *ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo ochrony środowiska*<sup>16</sup>.

Szpital posiadał również decyzję wydaną przez Marszałka Województwa Podlaskiego, dotyczącą funkcjonowania Spalarni oraz wytwarzania odpadów powstałych w wyniku jej działalności, co szerzej opisano w pkt 2.1. niniejszego wystąpienia.

<sup>11</sup> Referent ds. administracji – szkolenie on-line zrealizowane w dniach 01-02 marca 2022 r. dotyczące najnowszych wymagań prawnych i zmian w BDO w 2022 roku w zakresie gospodarki odpadami i opakowaniami w praktyce. Dozorca / Kierowca – kurs z 6 grudnia 2019 r. – *Postępowanie z odpadami medycznymi* oraz szkolenia: *BDO i ewidencji odpadów od 1 stycznia 2020 r.; Zmiany w prawie w gospodarce odpadami* (brak dat).

<sup>12</sup> Procedura obowiązywała od 1 kwietnia 2019 r. i została zaktualizowana 1 kwietnia 2021 r. W wyniku aktualizacji doprecyzowano zasady transportu odpadów medycznych do Spalarni przy ul. Żurawiej 14.

<sup>13</sup> Lek i inne niż wymienione w 18 01 08\*.

<sup>14</sup> Zarządzenie z dnia 22 marca 2019 r. w sprawie wdrożenia dokumentacji wymaganej Programem Akredytacji Szpitali Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

<sup>15</sup> Dokument dostępny był na stronie Intranetowej Szpitala.

<sup>16</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 1973, ze zm.

USK w Białymstoku 23 lutego 2018 r. został wpisany pod numerem 000002258 do rejestru podmiotów, o którym mowa w art. 49 ust.1 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach<sup>17</sup>. Stosownie do wymagań przewidzianych w art. 52 ust. 1 pkt 8 lit f ww. ustawy, w rejestrze wpisano Szpital jako podmiot wytwarzający odpady niepodlegające obowiązkowi uzyskania pozwolenia na ich wytwarzanie, ze wskazaniem dwóch miejsc prowadzenia działalności, tj. przy ul. M.C. Skłodowskiej 24A oraz ul. Żurawiej 14 w Białymstoku.

(akta kontroli str. 16-18, 29-47, 139, 229-231, 448-451)

1.4. Z przedłożonych kart ewidencji odpadów, sprawozdań o wytwarzanych odpadach i gospodarowaniu odpadami oraz deklaracjach o wysokości opłat za gospodarowanie odpadami komunalnymi z lat 2019-2021 wynika, że udział odpadów medycznych do wytworzonych przez Szpital odpadów ogółem wynosił odpowiednio 71,6%, 74% oraz 70,6%<sup>18</sup>. Natomiast udział odpadów medycznych zakaźnych w stosunku do ogółu ilości wytworzonych odpadów medycznych wyniósł kolejno 98,18%, 98,81% oraz 98,19%<sup>19</sup>. Sposób klasyfikacji wytwarzanych odpadów medycznych i innych zawarto w *Szpitalnej polityce dotyczącej odpadów w zakresie segregacji, przechowywania i utylizacji*. W dokumencie tym m.in. określono kody odpadów medycznych, w tym zakaźnych, a także innych niż medyczne oraz komunalnych wraz z charakterystyką, miejscem powstawania i sposobem utylizacji.

(akta kontroli str. 419-431)

Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala wyjaśnił, że odpady medyczne wytworzone w związku z leczeniem pacjentów zakaźnych wirusem SARS-CoV-2 kwalifikowano jako zakaźne odpady kliniczne klasy B o kodzie 18 01 03\*<sup>20</sup>, stosownie do interpretacji otrzymanej od Głównego Inspektora Sanitarnego<sup>21</sup>. W związku z tym USK w Białymstoku nie był w stanie wyodrębnić ilości zakaźnych odpadów medycznych wytworzonych w związku z leczeniem pacjentów zakaźnych koronawirusem SARS-CoV-2 od odpadów wytwarzanych w związku z procesem leczenia pozostałych pacjentów. Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala wyjaśnił, że: *Odpady wytwarzane w związku z leczeniem pacjentów zakaźnych SARS-CoV-2 w obu Szpitalach Tymczasowych były przekazywane do instalacji termicznego przekształcania odpadów medycznych i weterynaryjnych mieszczącej się przy ul. Żurawiej 14. W przypadku braku możliwości przetworzenia odpadów przez Spalarnię (...) przekazywano je firmie MPO Sp. z o.o. / REPLASTIK Sp. z o.o. (...). Odbiór pozostałości pożywiennych przez firmę cateringową nie dotyczył Szpitali Tymczasowych. Dodał, że: (...) odpady pożywiennych zakaźne za Szpitala Tymczasowego nr 1 były klasyfikowane jako odpad 18 01 03\* lub 18 01 82\*<sup>22</sup>, a odpady pożywiennych ze Szpitala Tymczasowego nr 2 były klasyfikowane jako odpad o kodzie 18 01 03\*. Zagadnienie to szerzej opisano w dalszej części niniejszego wystąpienia w pkt. 2 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.*

(akta kontroli str. 112-125, 177-179, 198-199, 290, 229-231, 452-523)

Analiza akt postępowań o udzielenie zamówienia publicznego z lat 2019-2022 (do końca marca) w zakresie odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych niebezpiecznych wykazała, że Szpital nie posiadał pełnej wiedzy, dotyczącej miejsca przetwarzania wytworzonych odpadów medycznych odbieranych przez wykonawcę zewnętrznego.

W 2019 roku<sup>23</sup> umowy na odbiór i unieszkodliwianie odpadów podpisano z MPO Sp. z o.o. w Białymstoku posiadającą instalację do termicznego przekształcania odpadów medycznych

<sup>17</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 699. Ustawa zwana dalej *ustawą o odpadach*.

<sup>18</sup> W latach 2019-2021 USK w Białymstoku wytworzył ogółem odpowiednio 628 446 kg (628,446 Mg), 686 503 kg (686,503 Mg), oraz 876 774,5 kg (876,774 Mg) odpadów w tym medycznych: 449 771 kg (449,771 Mg), 507 828 kg (507,828 Mg) oraz 819 321,5 kg (819,321 Mg). Do wyliczenia wagi odpadów komunalnych wykorzystano dane dostępne pod adresem <https://ibdo.pl/wagi-odpadow-i-surowcow-wtomych/>.

<sup>19</sup> Ilość odpadów medycznych zakaźnych o kodach 18 01 02\*, 18 01 03\* oraz 18 01 82\* wytworzonych w Szpitalu w latach 2019-2021 wyniosła odpowiednio: 441 586 kg (441,586 Mg), 501 769 kg (501,769 Mg) i 608 110,5 kg (608,110 Mg).

<sup>20</sup> Inne odpady, które zawierają żywa 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 chorobę u ludzi i zwierząt (np. zainfekowane pieluchomajtki, podpaski, podkiadki), z wyjątkiem 18 01 80 i 18 01 82.

<sup>21</sup> Pismo nr HS.541.3.2020 z 9 kwietnia 2020 r.

<sup>22</sup> Pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych.

<sup>23</sup> Dotyczy umów nr: 502/ZP/18 z 17 grudnia 2018 i 104/ZP/19 z 13 marca 2019 r.

i weterynaryjnych zlokalizowaną w Hajnówce. Natomiast w umowie z 2 kwietnia 2020 r.<sup>24</sup> dodatkowo zapisano, że będzie ona realizowana wraz z podwykonawcą (RAF Ekologia Sp. z o.o.) posiadającym instalację do termicznego przekształcania odpadów medycznych i weterynaryjnych zlokalizowaną w Jedliczu. Z kart przekazania odpadów nr: 5/8/2019, 7/8/2019 z 22 sierpnia 2019 r. (odpowiednio: kod 18 01 02\* i 18 01 03\*) oraz P/38/2019 z 20 sierpnia 2019 r. (kod 18 01 03\*) wynika jednak, że odpady były przekazywane także innym podmiotom zewnętrznym poza województwem podlaskim tj.: do Gdańska i Płocka. Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala wyjaśnił, że: *W 2019 roku Szpital posiadał częściową wiedzę o miejscach przetwarzania odpadów. Odpady medyczne w roku 2019 były przekazywane firmie MPO Sp. z o.o. / REPLASTIK Sp. z o.o. (...). Wskazana firma przekazywała odpady do instalacji termicznego przekształcania odpadów medycznych i weterynaryjnych w Jedliczu i Hajnówce. W pozostałych przypadkach Szpital nie posiadał wiedzy o firmach zagospodarowujących odpady medyczne wytwarzane przez Szpital (...). Natomiast Kierownik Działu Administracji Szpitala dodał, że: Z informacji uzyskanych w trakcie kontroli od wykonawcy usług odbioru odpadów medycznych wynika, że odpady były przekazywane do spalarni w: Hajnówce, Jedliczach, Ciepiałówku, Bydgoszczy, Płocku, zakładów utylizacji w Gdańsku i Rzeszowie. W przypadku zawartych umów na odbiór i utylizację odpadów medycznych, firma odbierająca oświadczyła, że posiada spalarnie odpadów medycznych lub posiada pisemną deklarację innego podmiotu gwarantującego, że przekazane odpady będą unieszkodliwiane zgodnie z prawem.*

W zawartych przez Szpital umowach na odbiór, transport oraz unieszkodliwienie odpadów medycznych niebezpiecznych ujęto zapisy stwierdzające, że: *Wykonawca zobowiązany jest do potwierdzenia zrealizowanego transportu w systemie BDO najpóźniej z dniem wystawienia faktury. W momencie odbioru odpadów odpowiedzialność związana z procesem transportu i unieszkodliwiania odpadów przechodzi na Wykonawcę i obciąża Wykonawcę do chwili zakończenia unieszkodliwiania. Szpital mógł w systemie BDO zweryfikować realizację transportu odpadów medycznych przez wykonawcę umów. Nie miał jednak możliwości sprawdzenia czy, kiedy oraz gdzie dokonano unieszkodliwienia poszczególnych partii odpadów przez następnego ich posiadacza. Tym samym nie zapewniono sobie informacji o terminie i sposobie unieszkodliwienia przekazywanych poszczególnych partii wytworzonych odpadów medycznych niebezpiecznych. Natomiast zgodnie przepisem art. 27 ust. 5 ustawy o odpadach wytwórca zakaźnych odpadów medycznych jest zwolniony z odpowiedzialności za zbieranie lub przetwarzanie tych odpadów dopiero z chwilą dokonania ich unieszkodliwienia przez następnego posiadacza odpadów poprzez termiczne przekształcenie zakaźnych odpadów medycznych w spalarni odpadów niebezpiecznych.*

(akta kontroli str. 529-545, 795-808, 900-908)

Według prowadzonej przez Szpital ewidencji w 2019 i 2020 roku wytworzono i odebrano przez podmioty zewnętrzne odpowiednio 449,771 Mg i 507,828 Mg odpadów medycznych. W 2021 roku USK w Białymstoku do Spalarni przy ul. Żurawiej 14 przekazał 132,1205 Mg, a 487,210 Mg tego rodzaju odpadów zostało odebrane przez podmioty zewnętrzne. Do końca I kwartału 2022 roku wytworzono ogółem 135,6471 Mg odpadów medycznych z tego 35,4371 Mg przekazano do Spalarni, a 100,210 Mg odebrała firma zewnętrzna. Należy jednak zwrócić uwagę, że przedmiotowe dane nie są w pełni wiarygodne ze względu na braki w ewidencji opisane w pkt. 2 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. (akta kontroli str. 546)

W 2019 roku Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Białymstoku przeprowadziła w Szpitalu kontrole obejmujące swoim zakresem m.in. zagadnienia związane z zagospodarowywaniem odpadów medycznych. I tak:

- w protokole kontroli nr HK/16/2019 z 3 stycznia 2019 r. stwierdzono m.in., brak właściwego oznakowania pojemników i worków z odpadami medycznymi w miejscu ich wytwarzania, tj. na oddziałach szpitalnych;
- w następnym protokole z 9 sierpnia 2019 r.<sup>25</sup> stwierdzono uchybienia dotyczące: [1] niewłaściwego magazynowania bardzo dużych ilości (kilkanaście ton) niebezpiecznych, innych niż zakaźne, odpadów medycznych, [2] niewłaściwego czasu wstępnego

<sup>24</sup> Dotyczy umowy nr 92/ZP/20 z 2 kwietnia 2020 r.

<sup>25</sup> Nr HK/432/2019

magazynowania m.in. odpadów o kodach 18 01 02\*, 18 01 03\*, 18 01 82\*, [3] braku dokumentów potwierdzających unieszkodliwienie odpadów medycznych o kodach 18 01 02\*, 18 01 03\* i 18 01 82\* za czerwiec 2019 roku, [4] przekazywania odpadów medycznych wytworzonych przy ul. M. C. Skłodowskiej 24A do nie działającej Spalarni odpadów medycznych zlokalizowanej przy ul. Żurawiej 14 w Białymstoku.

W konsekwencji decyzją nr HK.051.39.2019 z 9 sierpnia 2019 r. nakazano Szpitalowi<sup>26</sup>: [1] usunąć i unieszkodliwić odpady medyczne zalegające w miejscu ich wstępnego magazynowania przy ulicach M. C. Skłodowskiej 24A i Żurawiej 14 w Białymstoku; [2] przedłożyć do wglądu Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu w Białymstoku karty przekazania odpadów medycznych zalegających w magazynach odpadów medycznych; [3] przekazać odpady medyczne w celu ich termicznego przekształcenia do działającej spalarni odpadów niebezpiecznych; [4] przedłożyć do wglądu Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu w Białymstoku dokumenty potwierdzające unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych przez ich termiczne przekształcenie w spalarni odpadów wraz z kartami przekazania odpadów medycznych o kodzie 18 01 02\*, 18 01 03\* i 18 01 82\*.

W kolejnych protokołach z 13 i 28 sierpnia 2019 r. stwierdzono nierealizowanie zaleceń sformułowanych w ww. decyzji. Szpital w odpowiedziach z 19 września i 29 października 2019 r. poinformował o przeprowadzeniu dwóch postępowań przetargowych celem zawarcia umowy na odbiór i utylizację odpadów medycznych, które nie zostały rozstrzygnięte z powodu braku ofert<sup>27</sup> oraz przekazał do wglądu dokumenty potwierdzające unieszkodliwienie odpadów medycznych za wnioskowane miesiące. (akta kontroli str. 547-567)

W dniach 16 września – 15 października 2019 r. PWIOŚ przeprowadził w USK w Białymstoku kontrolę<sup>28</sup> jako wytwórcy odpadów medycznych oraz jako podmiotu prowadzącego spalarnię tego rodzaju odpadów. Stwierdzono<sup>29</sup>: [1] naruszenie warunków decyzji Prezydenta Miasta Białegostoku z 14 grudnia 2012 r. znak: DOS-II.6221.87.2011, tj. magazynowanie odpadów niezgodnie z warunkami pozwolenia; [2] nierzetelne sporządzanie ewidencji odpadów; [3] nierzetelne sporządzanie sprawozdania o wytwarzanych odpadach i gospodarowaniu odpadami; [4] brak dokumentów potwierdzających unieszkodliwienie wytworzonych odpadów medycznych za lipiec, sierpień i wrzesień (do 5 września) przy ul. Żurawiej 14 oraz przy ul. M. C. Skłodowskiej 24A od 1 sierpnia do 5 września 2019 r.<sup>30</sup>. W konsekwencji zarządzeniem pokontrolnym<sup>31</sup> zalecono: [1] magazynowanie odpadów zgodnie z warunkami pozwolenia Prezydenta Miasta Białegostoku; [2] rzetelne sporządzanie ewidencji odpadów i sprawozdania o wytwarzanych odpadach i gospodarowaniu odpadami; [3] uzupełnienie dokumentacji potwierdzającej unieszkodliwienie wytworzonych odpadów. W odpowiedzi z 20 listopada 2019 r. Dyrektor Szpitala poinformował o: [1] zawarciu umowy na odbiór odpadów medycznych wytwarzanych przy ul. M. C. Skłodowskiej 24A i ul. Żurawiej 14; [2] prowadzaniu na bieżąco ilościowej i jakościowej ewidencji odpadów; [3] złożeniu korekty zbiorczego zestawienia danych o rodzajach i ilościach odpadów za 2018 rok; [4] przekazaniu dokumentów potwierdzających unieszkodliwienie odpadów do 5 września 2019 r.

(akta kontroli str. 568-608)

Za lata 2019-2021 Szpital terminowo złożył sprawozdania o wytwarzanych odpadach i gospodarowaniu odpadami. Porównanie kart ewidencji poszczególnych rodzajów zakaźnych odpadów medycznych ze złożonymi do Marszałka Województwa Podlaskiego sprawozdaniami za 2020 i 2021 rok dotyczącymi przedmiotowych odpadów medycznych wytwarzanych przy ul. M. C. Skłodowskiej 24A i ul. Żurawiej 14 wykazało różnice pomiędzy

<sup>26</sup> Punktem 1-3 decyzji nadano rygor natychmiastowej wykonalności, a na realizację pkt 4 wyznaczono termin do 31 października 2019 r.

<sup>27</sup> Ponadto zostały przeprowadzone dwa postępowania z trybie z wolnej ręki, które nie doprowadziły do zawarcia umowy. W efekcie na dzień odpowiedzi odpady medyczne były odbierane w sposób interwencyjny.

<sup>28</sup> Kontrole przeprowadzono na wniosek powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Białymstoku nr HK.051.39.2019 z 14 sierpnia 2019 r.

<sup>29</sup> Protokół kontroli nr WIOŚ-BL 288/2019 z 15 października 2019 r.

<sup>30</sup> Termin przekazania pisemnej informacji o zakresie podjętych działań służących wyeliminowaniu wskazanych naruszeń wyznaczono na dzień 22 listopada 2019 r.

<sup>31</sup> Nr WI.7024.148.2019.WC z 23 października 2019 r.

prowadzoną ewidencją, a tymi sprawozdaniami<sup>32</sup>, co opisano w dalszej części wystąpienia, w pkt. 3 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Ponadto w 2021 roku ewidencjonowanie odpadów medycznych o kodach 18 01 02\* i 18 01 03\* wytworzonych przy ul. Żurawiej 14 zakończono odpowiednio 10 i 15 grudnia 2021 roku, mimo dalszego wytwarzania tego rodzaju odpadów, co szczegółowo opisano w dalszej części wystąpienia, w pkt. 2 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. (akta kontroli str. 200-217, 458-476, 609-699)

Ponadto jak wynika z BDO od 10 listopada 2021 r. i na początku 2022 roku nie ewidencjonowano i nie przekazywano do Spalarni odpadów o kodzie 18 01 82\* (pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych) wytworzonych przy ul. Żurawiej 14, co szczegółowo opisano w drugim obszarze niniejszego wystąpienia pokontrolnego w pkt. 2 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 177-179, 198-199, 229-231, 290, 700-710)

**1.5.** Odpady medyczne wytworzone przez oddziały Szpitala zlokalizowane przy ul. Żurawiej 14 przekazywano bezpośrednio do magazynu Spalarni<sup>33</sup>. Z kolei odpady medyczne wytwarzane w oddziałach szpitalnych przy ul. M. C. Skłodowskiej 24A były wstępnie magazynowane w pomieszczeniu zlokalizowanym w budynku G przy ul. M. C. Skłodowskiej 24A. Posiadało ono m.in.: drzwi wejściowe bez progu, ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję, wentylację zapewniającą podciśnienie, podłogę wyposażoną w kratkę ściekową pozwalającą na odprowadzanie wody ze zmywania powierzchni, na której są magazynowane odpady, dostęp do umywalki z bieżącą ciepłą i zimną wodą, termometry do ciągłego pomiaru temperatury wewnątrz pomieszczeń. W trakcie oględzin stwierdzono jednak przypadki nieprawidłowego postępowania z wytworzonymi zakaźnymi odpadami medycznymi, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w pkt. 4 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 546, 711-720)

Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala wyjaśnił, że odpady medyczne, w tym zakaźne, wytworzone w Szpitalu są ważone przez firmę zewnętrzną. Dodał, że: *Karty przekazania odpadu generowane są na podstawie szacunkowej ilości odpadów. Weryfikacja rzeczywistej ilości odpadów odbywa się w zewnętrznej firmie odbierającej odpady. Zgodnie z przeprowadzoną weryfikacją, rzeczywista ilość odpadów korygowana jest na karcie przekazania odpadu. Stosowna korekta nanoszona jest do systemu BDO. W przypadku transportu odpadów medycznych do instalacji termicznego przekształcania odpadów medycznych i weterynaryjnych (spalarnia) mieszczącej się przy ul. Żurawiej 14, odpady ważone były we wskazanej spalarni.* (akta kontroli str. 177-179, 198-199, 290, 546, 721)

**1.6.** W okresie objętym kontrolą oba podmioty, z którymi USK w Białymstoku zawierał umowy w trybie przetargu nieograniczonego na odbiór, transport i unieszkodliwienie odpadów medycznych niebezpiecznych z grupy 18 01 były ujęte w BDO<sup>34</sup> jako podmioty transportujące odpady medyczne. Dysponowały też instalacją do termicznego przekształcania tego rodzaju odpadów lub miały podpisaną umowę z podmiotem posiadającym stosowną instalację.

(akta kontroli str. 722-731)

Do lipca 2019 roku zagospodarowywanie odpadów medycznych niebezpiecznych wytwarzanych przez USK w Białymstoku odbywało się na podstawie umów zawartych w trybie przetargów nieograniczonych<sup>35</sup>. Z kolei od 24 lipca do 15 listopada 2019 roku odbiór oraz unieszkodliwienie przedmiotowych odpadów odbywała się na podstawie 16 umów zlecenia<sup>36</sup>. Kierownik Działu Zamówień Publicznych USK w Białymstoku wyjaśnił, że: *W roku 2019 roku*

<sup>32</sup> W trakcie kontroli (17 marca 2022r.) dokonano korekt Sprawozdań o wytwarzanych odpadach i gospodarowaniu odpadami za lata 2020-2021.

<sup>33</sup> Przy ul. Żurawiej 14 Szpital nie posiadał miejsca wstępnego magazynowania odpadów medycznych.

<sup>34</sup> W obu przypadkach dana firma dysponowała instalacją do termicznego przekształcania spalania odpadów medycznych lub miała podpisaną umowę z podmiotem posiadającym przedmiotową instalację.

<sup>35</sup> Umowy nr 502/ZP/18 z 17 grudnia 2018 r. oraz 104/ZP/19 z 13 marca 2019 r.

<sup>36</sup> Dotyczyło to umów zlecenia nr: DT/03/07/2019 z 24 lipca, DA/ZEW/67/2019 z 9 sierpnia, DA/ZEW/69/2019 z 12 sierpnia, DA/ZEW/70A/2019 z 12 sierpnia, DA/ZEW/70/2019 z 13 sierpnia, DA/ZEW/71/2019 z 20 sierpnia, DA/ZEW/79/2019 z 10 września, DA/ZEW/81/2019 z 10 września, DA/ZEW/94/2019 z 26 września, DA/ZEW/97/2019 z 1 października, DA/ZEW/99/2019 z 9 października, DA/ZEW/111/2019 z 31 października, DA/ZEW/112/2019 z 4 listopada, DA/ZEW/115/2019 z 7 listopada, DA/ZEW/118/2019 z 15 listopada oraz DA/ZEW/119/2019 z 15 listopada 2019 r. Przedmiotowe umowy były realizowane przez trzy podmioty zewnętrzne: MPO Sp. z o.o. Białystok, REPLASTIK Sp. z o.o. Białystok oraz EMKA S.A. Żyrardów.



sytuacja na rynku odbioru i utylizacji odpadów medycznych w Polsce była szczególnie dramatyczna. (...) podjęto właściwie możliwe i zgodnie z przepisami prawa działania w celu zapewnienia wywozu tychże odpadów z terenu Szpitala, jednakże firmy zajmujące takimi usługami nie były zainteresowane do podpisywania umów zarówno krótko jak i długoterminowych na przetwarzanie tychże odpadów, przede wszystkim ze względu na rozregulowanie rynku utylizacji odpadów medycznych, jak nieprzewidywalną progresję cen.

W związku z powyższym, umowy zlecenia, nie obwarowane zapisami umowy formalnej (szczególnej formy umowy), szczególnie karami za zwłokę itp. pozwalały zrealizować usługę. Pragnę także zauważyć, że zawarcie umowy formalnej jest czasochłonne - jedna ze stron konstruuje wzór takiej umowy i przekazuje drugiej stronie, tamże muszą się nad nią pochylić prawnicy, nanoszą swoje uwagi, które są przekazywane drugiej stronie, analiza itd. W przypadku, gdy usługę trzeba wykonać bardzo szybko, albowiem przetrzymywanie zbyt długie odpadów medycznych może np. doprowadzić do wybuchu epidemii, wykonanie usługi w trybie umowy zlecenia jest zasadne. (...)

Natomiast w 2020 roku odbiór, transport i unieszkodliwianie odpadów medycznych niebezpiecznych z podgrupy 18 01 realizowano na podstawie trzech umów zawartych w wyniku przeprowadzonych postępowań o udzielenie zamówienia w trybie przetargów nieograniczonych<sup>37</sup> oraz trzech umów zleceń<sup>38</sup>. Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala wyjaśnił, że: (...) w związku z dużą ilością odpadów medycznych z grupy 18 01 spowodowanych pandemią SARS-CoV-2 w 2020 roku (...) konieczne było zawieranie dodatkowych umów zleceń na odbiór i utylizację wskazanych odpadów (18 01 02\*, 18 01 03\* oraz 18 01 82\*).

W 2021 roku zadania związane z unieszkodliwianiem ww. odpadów medycznych niebezpiecznych realizowano na podstawie jednej umowy udzielonej w wyniku przeprowadzenia przetargu nieograniczonego<sup>39</sup> oraz trzech zawartych w trybie bezprzetargowym<sup>40</sup> na podstawie art. 6a ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych<sup>41</sup>.

Umowy nr 132/DZP/22 i 133/DZP/22 z 12 kwietnia 2022 r. na odbiór, transport i unieszkodliwianie odpadów medycznych niebezpiecznych z grupy 18 01 wytwarzanych odpowiednio przy ul. Żurawiej 14 i ul. M. C. Skłodowskiej 24A w Białymstoku zawarto w wyniku przeprowadzenia przetargu nieograniczonego.

Od listopada 2019 roku, w załącznikach do zawartych umów obejmujących unieszkodliwienie odpadów medycznych zapisy dotyczące terminu ich odbioru (do 5 dni od daty złożenia zamówienia) nie zapewniały przestrzegania przez Szpital § 8 ust. 1 rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych oraz pkt. 4 Szpitalnej Polityki Dotyczącej Odpadów w Zakresie Segregacji, Transportu, Przechowywanie i Utylizacji, zgodnie z którymi czas wstępnego magazynowania odpadów medycznych o kodzie 18 01 02\* nie może przekraczać 72 godziny. Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala w odpowiedzi z 28 marca 2022 r. wyjaśnił, że: Zapis do roku 2019 miał wymiar 3 dni. Od postępowania 86/2019 zapis został zmieniony na 5 dni. Wynikało to z decyzji komisji spowodowana brakiem ofert w postępowaniach przetargowych. Zmieniając parametry i mając na względzie przestoje instalacji spalarni w Polsce został również zmieniony parametr odbioru. W kolejnym postępowaniu zostanie przywrócona wartość 3 dni.

(akta kontroli str. 229-231, 732-805, 809-916)

1.7. W latach 2019-2022 (do końca marca) koszty odbioru i zagospodarowania odpadów medycznych przez podmioty zewnętrzne wyniosły odpowiednio: 2.124,9 tys. zł, 3.958,5 tys.

<sup>37</sup> Umowy nr: 365/ZP/19 z 29 listopada 2019 r., 92/ZP/20 z 2 kwietnia 2020 r. oraz 378/ZP/20 z 2 października 2020 r.

<sup>38</sup> Umowy nr: DT/02/10/2020 z 28 października, DT/08/11/2020 z 30 listopada oraz DT/01/12/2020 z 11 grudnia 2020 r.

<sup>39</sup> Umowa nr 11/ZP/21 z 7 stycznia 2021 r.

<sup>40</sup> Umowy nr: 322/ZP/21 z 1 września, 411/ZP/21 z 29 listopada oraz 425/ZP/21/COVID z 28 grudnia 2021 r.

<sup>41</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, ze zm. Ustawa zwana dalej ustawą o Covid-19. Art. 6a został dodany z dniem 29 listopada 2020 r.

zł, 3.859,8 tys. zł oraz 714,3 tys. zł<sup>42</sup>. Natomiast za wywóz i unieszkodliwienie odpadów komunalnych Szpital wydatkował kolejno: 510,2 tys. zł, 365,5 tys. zł, 584,4 tys. zł oraz 175,00 tys. zł. Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala wyjaśnił, że zwiększenie kosztów zagospodarowywania odpadów medycznych spowodowane było rozprzestrzenieniem się koronawirusa SARS-CoV-2. Dodał, że: (...) Ze względu na epidemię wzrosła liczba wytwarzanych odpadów. Ponadto (...) nastąpił znaczny wzrost cen związanych z zagospodarowaniem odpadów medycznych. (akta kontroli str. 542-543, 925-934)

Przy przygotowywaniu przetargów na udzielenie zamówień publicznych na odbiór, transport oraz unieszkodliwienie odpadów medycznych nie przygotowywano oddzielnych pakietów na zagospodarowywanie wytwarzanych odpadów medycznych innych niż niebezpieczne np. o kodzie 18 01 04<sup>43</sup>. Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala wyjaśnił, że: Odpady z grup 18 01 04 (...) były przekazywane do instalacji termicznego przekształcania odpadów medycznych i weterynaryjnych mieszczącej się przy ul. Żurawiej 14 lub do firmy MPO Sp. z o. o. z siedzibą w Białymstoku. Wysokość ponoszonych kosztów utylizacji tych odpadów wynikała z zawartych umów na odbiór, transport i utylizację odpadów z grupy 18 01. Dodał, że: W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku były przeprowadzane analizy w zakresie możliwości zagospodarowania odpadów medycznych innych niż niebezpieczne w formie zebrań, ustnych dyskusji osób zajmujących się sprawami z zakresu gospodarowania odpadami. Nie tworzono z tego tytułu żadnych dokumentów. W efekcie stwierdzono, że zagospodarowanie odpadów medycznych np. z grupy o kodzie 18 01 04 (...) byłoby niezwykle utrudnione lub wręcz niemożliwe w sposób inny niż termiczne ich unieszkodliwienie. W konsekwencji postanowiono przekazywać je do podmiotu odbierającego odpady medyczne zakaźne lub instalacji przy ul. Żurawiej. (akta kontroli str. 914-916)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Nierzetelnie opracowano procedurę dotyczącą postępowania z odpadami medycznymi, bowiem w Szpitalnej polityce dotyczącej odpadów w zakresie segregacji, transportu, przechowywania i utylizacji:

- nie ujęto zasad szczegółowego postępowania z odpadami o kodach 18 01 82\* (pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych) oraz 18 01 01 (narzędzia chirurgiczne i zabiegowe i ich resztki), mimo że zgodnie z § 11 rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych obowiązkiem podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych jest opracowanie szczegółowej procedury postępowania z odpadami medycznymi w zakresie ich selektywnego zbierania, transportu czy też wstępnego magazynowania,
- dla odpadów 18 01 09 nie określono czasu ich wstępnego magazynowania<sup>44</sup> oraz przewidziano gromadzenie tego rodzaju odpadów w workach (pojemnikach) koloru czerwonego, pomimo że przepisy § 3 rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych precyzyjnie określają, że czerwony kolor pojemników, w których gromadzi się odpady medyczne przeznaczony jest dla odpadów medycznych zakaźnych i niebezpiecznych, a pozostałe rodzaje odpadów powinny być zbierane do pojemników lub worków jednorazowego użycia z folii polietylenowej albo do pojemników wielokrotnego użycia, w kolorze innym niż czerwony albo żółty.

Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala wyjaśnił, że zasady postępowania z odpadami o kodzie 18 01 82\* dotyczą tylko pozostałości żywieniowych z oddziałów zakaźnych zlokalizowanych przy ul. Żurawiej 14, a polityka zostanie uzupełniona o brakujące zapisy. Natomiast w zakresie odpadów o kodzie 18 01 01

<sup>42</sup> Koszt utylizacji 1 Mg odpadów medycznych w latach 2019-2021 wyniósł (brutto) średnio odpowiednio: 4,8 tys. zł, 7,8 tys. zł oraz 7,9 tys. zł. Jedynie w 2021 roku Spalarnia działała przez cały rok. Według złożonego sprawozdania unieszkodliwiła ona ogółem 137,525 Mg odpadów medycznych. Koszty rodzajowe działalności Spalarni za ten rok (bez amortyzacji) wyniosły 749 751,12 zł. Koszt unieszkodliwienia 1 Mg odpadów medycznych za 2021 rok wyniósł 5,45 tys. zł. Zagadnienie to opisano w 2.4. niniejszego wystąpienia.

<sup>43</sup> Odpadów o kodzie 18 01 04 w latach 2019-2022 (do końca marca) wytworzono odpowiednio: 5,88 Mg, 4,67 Mg, 9,19 Mg, 0,427 Mg.

<sup>44</sup> Zgodnie z § 8 ust. 3 rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych ten rodzaj odpadów może być wstępnie magazynowany nie dłużej niż 30 dni.

stwierdził, że: (...) narzędzia są poddawane myciu i dezynfekcji, a następnie przekazywane do likwidacji jako odpad o kodzie 17 04 05 (stal nierdzewna, zeliwo, stal). (...) Ze względu na incydentalność takich sytuacji nie wskazano w procedurze wymienionego kodu. Dokument zostanie uszczegółowiony. NIK zauważa, że zgodnie z załącznikiem Nr 1 rozporządzenia Ministra Klimatu i Środowiska z dnia 26 listopada 2021 r. w sprawie unieszkodliwiania oraz magazynowania odpadów medycznych i odpadów weterynaryjnych<sup>45</sup> ten rodzaj odpadów można unieszkodliwiać jedynie w procesie termicznego przekształcania na łądzie (D10). Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala wyjaśnił, że: (...) nie mieliśmy do końca świadomości, że odpad medyczny o kodzie 18 01 01 należy unieszkodliwiać przy zastosowaniu procedury D10. Dostosujemy się do obowiązujących przepisów i stosownie opiszemy te postępowania w obowiązującej procedurze. Odnosząc się natomiast do uregulowania w przepisach wewnętrznych Szpitala zasad postępowania z odpadami o kodzie 18 01 09 wyjaśnił, że: (...) brak pewnych zapisów wynika z ich przeoczenia i zostaną one doprecyzowane. Jednocześnie Szpital zobowiązuje się do (...) realizowania selektywnego gromadzenia odpadów medycznych z podziałem na odpady medyczne niebezpieczne oraz odpady medyczne inne niż niebezpieczne. (akta kontroli str. 112-125, 419-431, 914-915, 938-940)

2. W USK w Białymstoku nierzetelnie i nie na bieżąco prowadzono ewidencję wytworzonych medycznych odpadów zakaźnych pomimo, że zgodnie z art. 66 ust. 1 ustawy o odpadach posiadacz odpadów jest obowiązany do prowadzenia na bieżąco ilościowej i jakościowej ewidencji zgodnie z katalogiem odpadów określonym w odpowiednich przepisach. I tak:

- Ewidencjonowanie odpadów medycznych o kodach 18 01 02\* i 18 01 03\* wytworzonych przy ul. Żurawiej 14 w 2021 roku zakończono odpowiednio 10 i 15 grudnia 2021 r., mimo dalszego ich wytwarzania. Podobnie w lutym 2022 roku nie zaewidencjonowano żadnych odpadów medycznych o ww. kodach wytwarzanych przy ul. Żurawiej 14. Z kolei w styczniu 2022 roku w ewidencji ujęto tylko część wytwarzanych przy ul. Żurawiej 14 odpadów o kodach 18 01 02\* i 18 01 03\*<sup>46</sup>.

Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala wyjaśnił, że: Prowadzenie ewidencji na bieżąco uniemożliwiały problemy z jednym z komputerów odpowiedzialnych za monitoring spalarni oraz obsługę spalarni odpadów medycznych. Dodał, że: Na zakończenie ewidencjonowania odpadów o kodach 18 01 02\* i 18 01 03\* bezpośredni wpływ miało uszkodzenie komputera spalarni spowodowane awarią rozdzielni elektrycznej. Wytworzone odpady w ilości odpowiednio 480 kg i 30 ton przekazano do magazynu odpadów medycznych i na bieżąco utylizowano w spalarni odpadów w USK w Białymstoku. Ponadto stwierdził, że: Na brak ewidencjonowania odpadów o kodach 18 01 02\* oraz 18 01 03\* w lutym 2022 roku bezpośredni wpływ miało uszkodzenie komputera spalarni (...). Wytworzone odpady w ilości odpowiednio około 120 kg i 10 ton przekazano do magazynu odpadów medycznych i na bieżąco utylizowano w spalarni (...). Odnosząc się natomiast do ewidencjonowania w styczniu 2022 roku jedynie części wytworzonych odpadów Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala wyjaśnił, że przyczyną wykazania mniejszej ilości odpadów w ww. miesiącu: (...) był problem z określeniem wagi odpadów. Magazyn spalarni był wypełniony całkowicie przez co nie było dostępu do wagi. Z wyżej wymienionych powodów odpady nie były ewidencjonowane. Dodał, że: W związku z brakiem dostępu do wagi nie jestem w stanie wskazać dokładnej wagi odpadów, ani określić jaka ich część była przetwarzana w spalarni odpadów USK w Białymstoku, a jaka przekazywana firmie zewnętrznej. Mogę założyć, że odpadów o kodzie 18 01 02\* było około 100 kg, natomiast 18 01 03\* około 8 ton.

Szpital nie prowadził ewidencji papierowej podczas ww. awarii komputera, mimo takiego obowiązku wynikającego z art. 67 ust. 7 ustawy o odpadach. Kierownik Działu Technicznego wyjaśnił, że: (...) Wynikało to z nieznaności takiego nakazu prawnego.

<sup>45</sup> Dz.U. poz. 2245.

<sup>46</sup> W Kartach Ewidencji Odpadów (KEO) prowadzonych dla odpadów o kodach 18 01 02\* i 18 01 03\* wytwarzanych przy ul. Żurawiej 14 ujęto odpowiednio wytworzenie 30 kg i 1 967 kg tego rodzaju odpadów mimo, że w analogicznym okresie 2021 roku zaewidencjonowano 80 i 2 600 kg tych odpadów.

*Pracownik bezpośrednio odpowiedzialny za spalanie odpadów został już pouczony i zaznajomiony z obowiązującymi przepisami (...).*

(akta kontroli str. 324-325, 542-543, 659-710, 936-937)

- Z danych ujętych w kartach ewidencji odpadów za lata 2021-2022 wynika, że odpady medyczne o kodzie 18 01 82\* przekazywano z klinik i oddziałów położonych przy ul. Żurawiej 14 do unieszkodliwienia tylko od jednego do czterech razy w miesiącu (w kwietniu 2021 r. oraz w okresie od 10 listopada 2021 r., a do 13 marca 2022 r. wcale nie przekazano takich odpadów do spalania), mimo że hospitalizowano w tym okresie miesięcznie do 487 pacjentów leczonych z powodu chorób zakaźnych.

Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala wyjaśnił, że: (...) *ze względu na wzmożoną produkcję zakaźnych odpadów medycznych, odpady pożywieniowe umieszczane były w workach z pozostałymi odpadami medycznymi. Według kierownika Działu Technicznego: (...) od 11 listopada do końca 2021 roku wytworzono około 800 kg tego rodzaju odpadów.*

Zdaniem NIK nie jest możliwe ustalenie dokładnej ilości wytworzonych odpadów o kodzie 18 01 82\* oraz z jakimi innymi odpadami zostały one zmieszane. W tej sytuacji należy uznać za niewiarygodne dane wynikające z ewidencji zakaźnych odpadów medycznych (jak i pozostałych odpadów). Ponadto postępowanie takie było niezgodne z zasadą selektywnego gromadzenia odpadów określoną w art. 21 ust 1 *ustawy o odpadach*.

- Ewidencję wytworzonych odpadów w BDO uzupełniano (prowadzono) raz na dwa tygodnie na podstawie potwierdzonych przez odbiorców odpadów kart przekazania odpadów. Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala dodał, że: *Poszczególne karty ewidencji odpadów tworzone po otrzymaniu zweryfikowanych przez podmioty zewnętrzne (firm odbierających ze Szpitala odpady medyczne) kart przekazania odpadów.*

(akta kontroli str. 177-179, 198-199, 229-231, 290, 546, 721, 992)

3. Sprawozdania złożone do BDO za 2020 i 2021 rok o wytworzonych odpadach i o gospodarowaniu odpadami wytwarzanymi przy ul. M. C. Skłodowskiej 24A i ul. Żurawiej 14 były niezgodne z kartami ewidencji poszczególnych rodzajów zakaźnych odpadów medycznych prowadzonych przez Szpital<sup>47</sup>. Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala wyjaśnił, że: *Sprawozdania (...) złożone do BDO za rok 2020 i 2021 w zakresie zakaźnych odpadów medycznych zawierały omyłkę wynikającą z błędnego przeliczenia przez program. W zakresie tym dokonano stosownej korekty, którą przekazano do BDO.*

Tym niemniej, zdaniem NIK, mając na uwadze stwierdzone w trakcie niniejszej kontroli nieprawidłowości opisane powyżej w pkt. 2, przedmiotowe sprawozdanie za 2021 rok pozostaje nierzetelne.

(akta kontroli str. 328-337, 458-476, 519, 938-939)

4. W trakcie oględzin miejsca wstępnego magazynowania odpadów medycznych (pomieszczenie przy ul. M. C. Skłodowskiej 24A, budynek G, poziom -1) stwierdzono: [1] nieselektywne wstępne magazynowanie zakaźnych odpadów medycznych, tj. niezgodnie z założeniami określonymi w § 7 ust. 1 *rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych*; [2] nieumieszczenie na workach foliowych, w których zbierano odpady, godzin rozpoczęcia ich użytkowania i zamknięcia, co było sprzeczne z § 6 ust. 1 pkt 5 i 6 ww. *rozporządzenia*<sup>48</sup>; [3] wstępne magazynowanie odpadów medycznych zakaźnych o kodzie 18 01 02\* powyżej 72 godzin, tj. z naruszeniem wymogów określonych w § 8 ust. 1 przedmiotowego *rozporządzenia* oraz pkt. 4 *Szpitalnej polityki dotyczącej odpadów w zakresie segregacji, transportu, przechowywania i utylizacji*.

<sup>47</sup> W sprawozdaniach za 2020 rok wykazano wytworzenie odpadów medycznych przy ul. M.C. Skłodowskiej 24A i ul. Żurawiej 14 o kodach 18 01 02\*, 18 01 03\* i 18 01 82\* odpowiednio w wysokości: 1,946 Mg i 0,945 Mg, 396,755 Mg i 109,588 Mg oraz 0,00 Mg i 1,215 Mg, zaś w złożonych korektach: 1,946 Mg i 0,925 Mg, 396,035 Mg i 101,668 Mg, 0,00 Mg i 1,195 Mg. Natomiast za 2021 rok w sprawozdaniach wykazano odpowiednio wytworzenie: 3,568 Mg i 1,515 Mg, 540,554 Mg i 77,300 Mg, 0,00 Mg i 2,460 Mg, a w złożonych korektach za ten rok: 3,515 Mg i 1,515 Mg, 523,3205 Mg i 77,300 Mg, 0,00 Mg i 2,460 Mg.

<sup>48</sup> Potwierdziły to także oględziny pojazdu do transportu odpadów medycznych przewożącego zakaźne odpady medyczne z siedziby USK w Białymstoku przy ul. M. C. Skłodowskiej 24A do magazynu Spalarni przy ul. Żurawiej 14.

Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala wyjaśnił, że odpady medyczne magazynowane są w pomieszczeniach, którymi zarządza firma zewnętrzna, a miejsca dla poszczególnych rodzajów medycznych odpadów zakaźnych zostaną wydzielone. Dodał, że: (...) Wskazana firma zostanie zobligowana do sprawdzania przed przyjęciem odpadu informacji o godzinie otwarcia i zamknięcia worków foliowych. Według Zastępcy Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala wstępne magazynowanie odpadów o kodzie 18 01 02\* odbywa się zgodnie z przepisami, a (...) Przytoczony przykład jest incydentalnym przypadkiem i nie będzie miał miejsca ponownie.

(akta kontroli str. 291-292, 419-431, 711-720)

**OCENA CZĄSTKOWA**

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia postępowanie USK w Białymstoku z wytwarzanymi zakaźnymi odpadami medycznymi. Procedura dotycząca postępowania z odpadami medycznymi nie zawierała m.in. szczegółowych zasad postępowania dla części wytwarzanych odpadów medycznych. Nierzetelnie prowadzono ewidencję wytwarzanych i przekazywanych do przetworzenia zakaźnych odpadów medycznych. Ponadto niezgodnie z rozporządzeniem w sprawie odpadów medycznych postępowano z zakaźnymi odpadami medycznymi w trakcie ich wstępnego magazynowania.

**OBSZAR**

**2. Gospodarowanie zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym wytwarzanymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.**

**Opis stanu faktycznego**

2.1. W związku z eksploatacją Spalarni USK w Białymstoku posiadał zezwolenie z 11 września 2013 r.<sup>49</sup> wydane przez Marszałka Województwa Podlaskiego na przetwarzanie odpadów medycznych. Wyżej wymieniona instalacja składała się m.in. z:

- dwukomorowego pieca z kontrolowanym przepływem powietrza o wydajności 200 kg/h odpadów przy kaloryczności 14,7 MJ/kg, z automatycznie załączającymi się palnikami gazowymi,
- urządzenia do automatycznego załadunku odpadów do pieca,
- kotła parowego umożliwiającego odzysk ciepła i wykorzystania go do produkcji pary technologicznej,
- trzystopniowej stacji oczyszczania spalin,
- aparatury do ciągłego pomiaru emisji do powietrza z instalacji.

W zezwoleniu określono m.in. opis procesu termicznego unieszkodliwiania odpadów oraz sposób magazynowania odpadów przed ich unieszkodliwieniem. Według stanu na 14 marca 2022 r. zezwolenie pozwalało na przetworzenie następujących ilości odpadów niebezpiecznych:

- 4,5 Mg/rok o kodzie 18 01 02\* – części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania (z wyłączeniem 18 01 03\*),
- 415 Mg/rok o kodzie 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, z wyłączeniem 18 01 80 i 18 01 82\*,
- 3,0 Mg/rok o kodzie 18 01 08\* – leki cytotoksyczne i cytostatyczne,
- 4,0 Mg/rok o kodzie 18 01 82\* – pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych,
- 15,0 Mg/rok o kodzie 18 02 02\* – 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,
- 0,5 Mg/rok o kodzie 18 02 07\* – leki cytotoksyczne i cytostatyczne.

<sup>49</sup> Decyzja prawomocna od 26 września 2013 r., zmieniona 4 sierpnia 2014 r. i 26 czerwca 2020 r. Zmiany polegały na zwiększeniu ilości odpadów przewidywanych do przetworzenia.

Zgodnie z decyzją odpady przetwarzane były metodą termicznego unieszkodliwiania D10<sup>50</sup>.  
(akta kontroli str. 29-43)

Z powodu awarii, w okresie od 25 maja 2017 r. do 19 marca 2021 r. Spalarnia była nieczynna. Przyczyną długotrwałej przerwy był brak rozstrzygnięcia trzech kolejnych postępowań przetargowych oraz trwające 14 miesięcy prace związane z realizacją zadania polegającego na przeglądzie, naprawie i konserwacji linii technologicznej Spalarni. Termin wykonania zamówienia przedłużany był kolejnymi aneksami, zaś przyczyną opóźnień były: [1] wadliwe działanie systemu analizy jakości spalin, który nie był objęty pierwotną umową, a którego brak uniemożliwiał uruchomienie instalacji; [2] okoliczności związane z pandemią COVID-19.  
(akta kontroli str. 55-92)

Decyzją Wojewody Podlaskiego z 7 maja 2021 r.<sup>51</sup> okresowo, tj. do 30 czerwca 2021 r. zwiększono moce przerobowe Spalarni. Decyzję podjęto na wniosek dyrektora Szpitala z 21 kwietnia 2021 r. o zwiększenie ilości przetwarzanych odpadów, a w związku z tym uruchomienie drugiej i w dalszej perspektywie trzeciej zmiany pracy instalacji. W decyzji – wydanej na podstawie art. 11i oraz 11j ustawy o Covid-19 – Wojewoda Podlaski polecił od 17 maja 2021 r. wprowadzić pracę Spalarni na dwie zmiany oraz zwiększył ilość przetwarzanych odpadów o kodzie 18 01 03\* z 415 Mg/rok do 1021 Mg/rok. W decyzji nie zmieniono procesu unieszkodliwiania odpadów (D10). Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala wyjaśnił, że: *Po uzyskaniu decyzji Wojewody Podlaskiego zwiększono intensywność spalania odpadów. Okazało się jednak, że bardzo wysokie temperatury na zewnątrz oraz technologia instalacji uniemożliwiają pracę w zwiększonym zakresie. Instalacja przegrzewała się w związku z czym liczba cykli spalania była mniejsza niż wcześniej zakładano.*  
(akta kontroli str. 44-47, 139, 229-231)

W rejestrze podmiotów, o którym mowa w art. 49 ust.1 ustawy o odpadach wykazano prowadzenie przez Szpital działalności w zakresie przetwarzania odpadów w lokalizacji przy ul. Żurawiej 14.  
(akta kontroli str. 48-54)

Do końca lutego 2022 roku Spalarnia, z powodu braku pracowników, funkcjonowała od poniedziałku do piątku w ośmiogodzinnym trybie pracy. Od marca 2022 roku działa w trybie dwunastogodzinnym przez siedem dni w tygodniu.  
(akta kontroli str. 111)

2.2. W okresie objętym kontrolą Szpital samodzielnie przewoził zakaźne odpady medyczne z siedziby USK w Białymstoku przy ul. M. C. Skłodowskiej 24A do magazynu Spalarni. Do transportu używany był samochód chłodnia o dopuszczalnej ładowności 1.164 kg obsługiwany przez dwóch kierowców posiadających wymagane zaświadczenia ADR. Dokumentem przewozowym było potwierdzenie wystawienia karty przekazania odpadów w systemie BDO.  
(akta kontroli str. 93-96)

Ogłędziny pojazdu do transportu odpadów medycznych wykazały, że odpady przewożono zgodnie z zasadami określonymi w art. 24 ust. 1 ustawy o odpadach i ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o przewozie towarów niebezpiecznych<sup>52</sup>. Transport odpadów medycznych odbywał się w workach foliowych, zaś części ciała w szczelnie zamkniętych pojemnikach. Samochód wyposażony był w m.in. pomarańczową tablicę informacyjną z numerami 606 (materiał zakaźny<sup>53</sup>) i 3291 (odpad kliniczny). Każdej partii odebranych do unieszkodliwiania odpadów Dział Administracji USK w Białymstoku wystawiał kartę przekazania odpadów. Na jednym z worków foliowych znajdowała się naklejka (pozostałe były niewidoczne) zawierająca informację m.in. o kodzie odpadu, miejscu wytworzenia odpadów. Nie podano w niej

<sup>50</sup> Zgodnie z decyzją Marszałka Województwa Podlaskiego proces przetwarzania odpadów przebiega dwuetapowo i rozpoczyna się w momencie zważenia partii odpadów oraz ich załadunku poprzez układ automatycznego załadunku do pierwszej komory pieca (komora spalania odpadów). Jednorazowo załadunkowi podlega ok. 35 kg odpadów, a czas spalania partii odpadów wynosi 12 minut. Pierwszy etap zachodzi w komorze spalania odpadów, gdzie w temperaturze min. 600°C i ograniczonym, kontrolowanym dostępie powietrza, następuje rozpad odpadów na produkty stałe i gazowe (...). W komorze dopalania gazów spaliny następuje drugi etap procesu termicznego przekształcania odpadów. W temperaturze 1100 °C, w czasie nie krótszym niż 2 sekundy, przy regulowanym automatycznie za pomocą sondy tlenowej dopływie powietrza, następuje dopalenie gazów spaliny.

<sup>51</sup> Nr WR-I.7015.6.2021.JK

<sup>52</sup> Dz. U. z 2021 poz. 756, ze zm.

<sup>53</sup> Oznaczenie wynikające z umowy europejskiej dotyczące międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1119, ze zm.).

wymaganej daty zamknięcia worka z odpadami, co opisano także w pkt. 4 w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości pierwszego obszaru niniejszego wystąpienia.*

(akta kontroli str. 97-110)

Zgodnie z *Szpitalną polityką dotyczącą odpadów w zakresie segregacji, transportu, przechowywania i utylizacji* obejmującą m.in. transport odpadów medycznych, środki transportu wewnętrznego należy zdezynfekować po każdym użyciu. Jak wynika z zapisów w prowadzonym rejestrze *Transport odpady medyczne*<sup>54</sup> obowiązek ten nie zawsze był realizowany, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia w pkt. 6 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości.*

(akta kontroli str. 114)

**2.3.** Od wznowienia działalności Spalarni w marcu 2021 roku odpady medyczne nieprzekazane odbiorcom zewnętrznym z magazynu szpitalnego przy ul. M. C. Skłodowskiej 24A przewożone były do magazynu znajdującego się obok Spalarni, przeznaczonego do magazynowania odpadów w związku z ich unieszkodliwianiem. Zasady przetwarzania i magazynowania odpadów medycznych określone zostały w decyzji Marszałka Województwa Podlaskiego z 11 września 2013 r. Zgodnie z decyzją odpady medyczne do czasu ich przetworzenia powinny być m.in. zmagazynowane w pomieszczeniu, w którym temperatura powietrza nie przekracza 10°C, zapakowane do wytrzymałych worków jednorazowego użycia w kolorze czerwonym, odpornym na działanie wilgoci i środków chemicznych. Na podstawie oględzin pomieszczeń Spalarni ustalono m.in., że w pomieszczeniu magazynowym temperatura powietrza wynosiła 7,7°C. Ponadto pomieszczenie:

- posiadało niezależne wejście;
- posiadało ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających ich dezynfekcję;
- było zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt;
- posiadało drzwi wejściowe bez progu, których szerokość i wysokość gwarantuje swobodny dostęp;
- posiadało wentylację zapewniającą podciśnienie;
- posiadało podłogę wyposażoną w kratkę ściękową pozwalającą na odprowadzenie wody ze zmywania powierzchni, na której są magazynowane odpady.

Pomieszczenie magazynowe spełniało wymogi określone przez Marszałka Województwa Podlaskiego, bowiem zgodnie z § 14 ust. 4 *rozporządzenia Ministra Klimatu z dnia 11 września 2020 r. w sprawie szczegółowych wymagań dla magazynowania odpadów*<sup>55</sup> zachowały moc wymagania dotyczące sposobu magazynowania odpadów określone w decyzji administracyjnej Marszałka Województwa Podlaskiego. Jednak w magazynie tym nie zapewniono wizyjnego systemu kontroli miejsca magazynowania odpadów medycznych wymaganego art. 25 ust. 6a *ustawy o odpadach*, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia w pkt. 5 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości.*

(akta kontroli str. 126-136)

Przy wyżej wymienionym magazynie znajdowały się pomieszczenia socjalne pracowników Spalarni. Zapewniono w nich dostęp do:

- umywalki z bieżącą zimną i ciepłą wodą, zainstalowanej w sposób umożliwiający co najmniej umycie rąk oraz elementów ochrony indywidualnej bezpośrednio po wyjściu z pomieszczenia, wyposażonej w dozowniki z mydłem i środkiem do dezynfekcji rąk oraz ręczniki jednorazowego użytku;
- prysznic bezpieczeństwa z bieżącą zimną i ciepłą wodą;
- wody bieżącej zimnej i ciepłej do celów porządkowych;
- wydzielonych miejsc odpowiednio do przechowywania czystych oraz zbierania brudnych środków ochrony indywidualnej dla osób przebywających w pomieszczeniach do magazynowania zakaźnych odpadów medycznych.

<sup>54</sup> Rejestr prowadzono w formie papierowej w postaci zapisów w zeszycie.

<sup>55</sup> Dz. U. poz. 1742.

W pomieszczeniu magazynowania odpadów znajdowała się waga służąca do ich ważenia przed załadunkiem do pieca. Odpady do pieca podawano za pomocą podajnika. Sterowanie procesem spalania odbywało się komputerowo. Na monitorze możliwy był m.in. odczyt aktualnych oraz do 15 dni wstecz temperatur spalania. Podczas oględzin temperatura tzw. dopalania była bliska wymaganych 1100°C (w chwili oględzin było 1095°C i jak wynika z zapisu na monitorze była to wartość oscylująca w górę i w dół). (akta kontroli str. 126-136)

Z okazanych kart ewidencji odpadów wynika, że w 2021 roku do magazynu w Spalarni przekazano 4,683 Mg odpadów o kodzie 18 01 02\*, 337,761 Mg odpadów o kodzie 18 01 03\* oraz 2,28 Mg odpadów o kodzie 18 01 82\* (akta kontroli str. 142-179)

Jak wykazano w pkt. 2.4 ewidencję zakaźnych odpadów medycznych o kodzie 18 01 82\* prowadzono nierzetelnie, co szerzej opisano też w pierwszej części wystąpienia w pkt. 2 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

**2.4.** Jak wspomniano w pkt. 2.1. niniejszego wystąpienia do 18 marca 2021 r. Spalarnia była w trakcie realizacji zadania polegającego na przeglądzie, naprawie i konserwacji linii technologicznej Spalarni, które zakończone zostało odbiorem komisyjnym 19 marca 2021 r. (akta kontroli str. 55-92)

Według sprawozdań BDO w 2021 roku w USK w Białymstoku wytworzono następujące ilości zakaźnych odpadów medycznych:

- 5,03 Mg o kodzie 18 01 02\*,
- 600,6205 Mg o kodzie 18 01 03\*
- 2,46 Mg o kodzie 18 01 82. (akta kontroli str. 293-301)

Jak wynika z ewidencji BDO w 2021 roku w Spalarni unieszkodliwiono następujące ilości zakaźnych odpadów medycznych:

- 4,683 Mg o kodzie 18 01 02\*, tj. o 4,07% (183 kg) więcej niż wynikało z zezwolenia udzielonego przez Marszałka Województwa Podlaskiego (4,5 Mg rocznie). Zagadnienie to szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w pkt. 8 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.
- 120,521 Mg o kodzie 18 01 03\*, co stanowiło 11,8% wielkości wynikającej z ww. polecenia Wojewody Podlaskiego z 7 maja 2021 r. (1021 Mg rocznie) i 29,0% z udzielonego zezwolenia Marszałka Województwa Podlaskiego (415 Mg rocznie). Jak wynika z BDO, w 2021 roku USK w Białymstoku dostarczył do Spalarni 337,761 Mg odpadów o kodzie 18 01 03\* z czego 217,24 Mg przekazano ze Spalarni do unieszkodliwienia podmiotom zewnętrznym. Kontrola NIK wykazała natomiast, że w Spalarni nie unieszkodliwiono 36,13 Mg odpadów, w tym 35,73 Mg o kodzie 18 01 03\*. Zagadnienie to szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w pkt. 3 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.
- 2,28 Mg o kodzie 18 01 82\*, co stanowiło 57,0% ilości wynikającej z zezwolenia Marszałka Województwa Podlaskiego (4,0 Mg). Jak wynika z BDO od 10 listopada 2021 r. do Spalarni nie przekazywano odpadów o kodzie 18 01 82\* – zagadnienie opisano w pkt. 1.4. niniejszego wystąpienia pokontrolnego. (akta kontroli str. 29-36, 142-179)

Z przedstawionych wyżej danych wynika, że Spalarnia USK w Białymstoku nie wykorzystwała limitów unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych o kodzie 18 01 03\* i 18 01 82\* (niewielkie przekroczenie dotyczyło 183 kg odpadów o kodzie 18 01 02\*). Jak wynika ze sprawozdania BDO o wytwarzanych odpadach i gospodarowaniu odpadami, w 2021 roku w Spalarni unieszkodliwiono łącznie 137,525 Mg<sup>56</sup> odpadów medycznych co stanowiło 43,2% potencjalnych możliwości, przy założeniu że roczna ilość odpadów jaką Spalarnia mogła unieszkodliwić wynosiła 318,400 Mg<sup>57</sup> (według wydajności instalacji określonej w decyzji Marszałka Województwa Podlaskiego zezwalającej na przetwarzanie odpadów), a uwzględniając 29 dni przestoju spowodowanych awariami, 272 Mg. Zagadnienie to szczegółowo opisano w dalszej części wystąpienia w pkt. 1 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. (akta kontroli str. 29-30, 111, 209-210)

<sup>56</sup> Jak wykazano w dalszej części wystąpienia, w Spalarni unieszkodliwiono o 36,13 Mg mniej zakaźnych odpadów medycznych.

<sup>57</sup> Liczone 199 dni roboczych od 22 marca 2021 r. (data wznowienia działalności Spalarni) x 8 godz. x 200 kg/godz.



Przeprowadzona w III kwartale 2021 roku w Szpitalu przez PWIOŚ kontrola instalacji do termicznego przekształcania odpadów medycznych wykazała m.in. że przekroczona została dopuszczalna ilość przetworzonych odpadów o kodzie 18 01 04 o 1,660 Mg (więcej na ten temat w sekcji w pkt. 7 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*), co świadczy iż Spalarnia miała możliwość unieszkodliwienia odpadów zakaźnych 18 01 03\*, które przekazano jednak do utylizacji podmiotom zewnętrznym. (akta kontroli str. 180-186)

W okresie od 1 stycznia do 22 marca 2022 r. w Spalarni unieszkodliwiono następujące ilości zakaźnych odpadów medycznych:

- 0,71 Mg o kodzie 18 01 02\*, tj. 15,8% ilości dopuszczanej w zezwoleniu Marszałka Województwa Podlaskiego (4,5 Mg rocznie),
- 25,107 Mg o kodzie 18 01 03\*, co stanowiło 6,05% z zezwolenia Marszałka Województwa Podlaskiego. Jak wynika z wydruku BDO, w 2022 roku Szpital dostarczył do Spalarni 76,287 Mg odpadów medycznych o kodzie 18 01 03\* z czego 51,18 Mg Spalarnia przekazała do unieszkodliwienia podmiotom zewnętrznym,
- 0,08 Mg (80 kg) o kodzie 18 01 82\*, co stanowiło 2,0% ilości wynikającej z zezwolenia Marszałka Województwa Podlaskiego. W USK w Białymstoku odpady zakaźne o kodzie 18 01 82\* wytwarzane były tylko w klinikach zlokalizowanych przy ul. Żurawiej 14. Z BDO wynika że w 2022 roku niewielkie ilości tego rodzaju odpadów przekazano do Spalarni 14 i 22 marca 2022 r. po 0,04 Mg. Zagadnienie to szerzej opisano w pierwszej części wystąpienia pokontrolnego w pkt. 2 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. (akta kontroli str. 187-199)

USK w Białymstoku nie zleciło po uruchomieniu Spalarni wykonania badania odpadów powstających w wyniku unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych wymaganego § 5 ust. 1 pkt 2 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2016 r. w sprawie wymagań i sposobów unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych*<sup>58</sup>, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w pkt. 2 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Ze sprawozdania BDO, wynika, że w 2021 roku w Spalarni wytworzono 13,2 Mg odpadów stałych o kodzie 19 01 07\* (limit ustalony przez Marszałka Województwa Podlaskiego wynosił 90 Mg) oraz 40,8 Mg odpadów 19 01 11\* (limit wynosił 80 Mg).

(akta kontroli str. 34-40, 215-216)

Według zapisów w kartach ewidencji odpadów (KEO) wszystkie objęte kontrolą NIK zakaźne odpady medyczne unieszkodliwiano przy zastosowaniu procesu D10 (termiczne przekształcanie). W USK w Białymstoku zapewniono monitoring przedmiotowego procesu w sposób określony *rozporządzeniem Ministra Klimatu i Środowiska z dnia 26 listopada 2021 r. w sprawie unieszkodliwiania oraz magazynowania odpadów medycznych i odpadów weterynaryjnych*. (akta kontroli str. 142-199, 282-289, 302-303)

Z danych ujętych w KEO wynika, że w okresie od 22 stycznia 2021 r. do 10 marca 2021 r. w Spalarni unieszkodliwiano zakaźne odpady medyczne, mimo że jej rozruch próbny miał miejsce w dniach 10-17 marca 2021 r. a końcowy odbiór przeprowadzono 19 marca 2021 r. Z wyjaśnień zastępcy Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala wynika, że nieprawidłowo prowadzono ewidencję KEO, w której zamiast przekazania odpadów firmie zewnętrznej wykazano ich unieszkodliwienie, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w pkt. 3 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. (akta kontroli str. 282-284)

Dane zawarte w KEO za 2021 i 2022 rok wykazują, że odpady o kodzie 18 01 82\* przekazywano do unieszkodliwienia od jednego do czterech razy w miesiącu. Natomiast w kwietniu 2021 r. oraz od 10 listopada 2021 r. do 14 marca 2022 r. w ogóle nie przekazano tego rodzaju odpadów do spalania. Zagadnienie to szerzej opisano w pkt. 2 pierwszego obszaru w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. (akta kontroli str. 177-179, 198-199)

<sup>58</sup> Dz. U. poz. 1819. Akt uchylony 6 września 2021 r. i z dniem 21 grudnia 2021 r. zastąpiony rozporządzeniem Ministra Klimatu i Środowiska z dnia 26 listopada 2021 r. w sprawie unieszkodliwiania oraz magazynowania odpadów medycznych i odpadów weterynaryjnych. Treść § 5 ust. 1 pkt 2 pozostała bez zmian.

Na podstawie losowo wybranych kart przekazania odpadów<sup>59</sup> ustalono, że w próbie objętej kontrolą ilość i kod odpadów przekazanych do Spalarni były zgodne z danymi zawartymi w kartach ewidencji odpadów (KEO). Wynikało to jednak ze sposobu prowadzenia ewidencji odpadów, co opisano w pkt. 2. pierwszego obszaru niniejszego wystąpienia w *Sekcji stwierdzone nieprawidłowości*. (akta kontroli str. 142-199, 238-281, 992)

Zgodnie z art. 75 ustawy o odpadach Szpital sporządził roczne sprawozdanie o wytwarzanych odpadach i gospodarowaniu odpadami w Spalarni, które 13 marca 2022 r. (tj. w terminie określonym w art. 76 ust. 1 tej ustawy) przekazał Marszałkowi Województwa Podlaskiego. W dniu 17 marca 2022 r. w BDO zamieszczono korektę sprawozdania w związku z ustaleniami kontroli NIK, które opisano w pkt. 1.4. niniejszego wystąpienia. (akta kontroli str. 200-217)

2.5 W okresie objętym kontrolą Szpital nie świadczył podmiotom zewnętrznym usług unieszkodliwiania odpadów medycznych. (akta kontroli str. 418)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu nie wykorzystywano pełnych możliwości unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych w Spalarni, której rozbudowę, przebudowę i modernizację kosztem 4.084,6 tys. zł zakończono w marcu 2021 r. (19 marca 2021 r. miał miejsce protokolarny odbiór wykonania zadania). Mimo potencjalnych możliwości utylizacji 318,400 Mg odpadów rocznie, w 2021 r. w Spalarni, wg sprawozdania BDO, unieszkodliwiono tylko 137,525<sup>60</sup> Mg odpadów medycznych (43,2% możliwości lub 31,8% uwzględniając nieprawidłowość opisaną w pkt. 3). Odpady medyczne o kodzie 18 01 03\* w ilości 217,24 Mg w 2021 r. przekazano ze Spalarni do unieszkodliwienia podmiotom zewnętrznym, z tego 216,44 Mg w okresie od dnia komisijnego odbioru modernizacji Spalarni. Za unieszkodliwienie tej ilości odpadów USK w Białymstoku poniósł wydatki w kwocie 1.619,2 tys. zł<sup>61</sup>. (akta kontroli str. 88-92, 157-176, 209-217, 228, 740-908)

Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala wyjaśnił, że: *Po uruchomieniu Spalarni miało miejsce wiele usterek instalacji, które powodowały przerwy w jej funkcjonowaniu. M.in. konieczna była wymiana palników, dwukrotnie czyszczono filtr ceramiczny, naprawiano sprężarkę, system odprowadzania odpadów. Naprawy te wykonywane były w ramach gwarancji.* (akta kontroli str. 282-285)

Z danych zawartych w systemie monitoringu emisji zanieczyszczeń oraz wg sprawozdania BDO wynika, że w okresie od 22 marca do 18 listopada 2021 r. Spalarnia nie była czynna przez 29 dni roboczych<sup>62</sup>. (akta kontroli str. 304-322)

W ocenie NIK przebudowa i modernizacja instalacji kosztem 4.084,6 tys. zł nie przyniosła pozytywnych skutków w postaci bezawaryjnej jej działalności. W efekcie Szpital ponosił koszty unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych przez podmioty zewnętrzne, których można byłoby uniknąć w przypadku poprawnie działającej instalacji.

2. USK w Białymstoku nie wykonało badania odpadów powstałych w wyniku unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych wymaganego § 5 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2016 r. w sprawie wymagań i sposobów unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych, które powinno być wykonane w akredytowanym laboratorium po ponownym uruchomieniu instalacji. Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala wyjaśnił, że: *Po uruchomieniu Spalarni występowało wiele usterek, więc z badaniem odpadów po procesowych czekaliśmy do momentu bezawaryjnej pracy Spalarni (...). W późniejszym okresie pandemii i bardzo intensywnej produkcji odpadów badanie zostało przeoczone (...). W dniu*

<sup>59</sup> Wybrano po 10 kart z 2021 roku i 2022 roku obejmujących odpady zakaźne: 18 01 02\*, 18 01 03\* i 18 01 82\*.

<sup>60</sup> W rzeczywistości mniej o 36,13 Mg, co wykazano w pkt. 3 niniejszej sekcji.

<sup>61</sup> W 2021 roku koszt utylizacji 1Mg odpadów medycznych przez firmy zewnętrzne wyniósł średnio 7,9 tys. zł (brutto), a koszt unieszkodliwienia 1 Mg odpadów medycznych w Spalarni za ten rok wyniósł 5,45 tys. zł.

<sup>62</sup> Z powodu awarii komputera nie było możliwe ustalenie, poza ww. okresem, innych dni w których instalacja nie funkcjonowała. USK w Białymstoku zleciło podmiotowi zewnętrznemu usługę odzyskania przedmiotowych danych. Do dnia zakończenia kontroli NIK nie przedstawiono informacji w tym zakresie.

29 marca 2022 r. zlecono akredytowanemu laboratorium wykonanie badania odpadów pochodzących ze spalania odpadów. (akta kontroli str. 282-286)

Przeprowadzone w trakcie kontroli NIK badania wykazały<sup>63</sup>, że przekroczone dopuszczalne graniczne wartości dla chlorków oraz antymonu określone w załączniku nr 5 do rozporządzenia Ministra Gospodarki z dnia 1 września 2015 r. w sprawie dopuszczania odpadów do składowania na składowiskach<sup>64</sup>. Badanie wykazało również, że odpady powstałe w wyniku unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych straciły właściwości zakaźne określone w tym załączniku. (akta kontroli str. 971-973)

3. Z danych ujętych w KEO za 2021 rok wynika, że od 22 stycznia 2021 r. do 10 marca 2021 r. w Spalarni unieszkodliwiono 36,13 Mg odpadów zakaźnych<sup>65</sup> (26,3% wszystkich odpadów medycznych w 2021 roku), mimo że jej rozruch próbny miał miejsce w dniach 10-17 marca 2021 r., a końcowy odbiór przeprowadzono 19 marca 2021 r. Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala wyjaśnił, że: *Pracownicy Działu Administracyjnego oraz Spalarni prowadząc ewidencję odpadów przy ulicy Żurawiej błędnie zapisywali operację w czasie trwającej naprawy instalacji Spalarni: zamiast przekazanie firmie zewnętrznej, wpisywano spalanie*". (akta kontroli str. 142-179, 282-284)

Z powyższych wyjaśnień wynika, że w 2021 roku ewidencja unieszkodliwionych odpadów oraz sprawozdanie roczne w tym zakresie były niezgodne ze stanem faktycznym. NIK zwraca jednak uwagę, że według kart ewidencji odpadów we wskazanym okresie, tj. od 22 stycznia do 10 marca 2021 r. ze Spalarni nie przekazywano podmiotom zewnętrznym do unieszkodliwienia zakaźnych odpadów medycznych (oprócz 0,62 Mg w dniu 12 lutego 2021 r.), o czym świadczy brak wymaganych art. 67 ust. 1 pkt 1a ustawy o odpadach kart przekazania odpadów. (akta kontroli str. 142-179)

Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala wyjaśnił, że: (...) *odbiór odpadów w pierwszych miesiącach 2021 r. był bardzo utrudniony. Wynikało to z kolejnej fali pandemii Covid-19, która spowodowała znaczne zwiększenie ilości odpadów. Dodatkowo niektóre instalacje miały akcje serwisowe oraz awarie, to z kolei zmniejszyło moce przerobowe rynku odpadów (...)*. Dodał, że gromadzone odpady przekazano do unieszkodliwienia podmiotowi zewnętrznemu dopiero w maju i czerwcu 2021 roku i wówczas sporządzono karty przekazania odpadów (co opisano poniżej).

(akta kontroli str. 324-327)

4. Zgromadzone przy Spalarni zakaźne odpady medyczne o kodzie 18 01 03\* magazynowano w skrajnych przypadkach przez 153 dni (liczone od 22 stycznia do 26 czerwca 2021 r., tj. do dnia opróżnienia magazynu<sup>66</sup>). Stosownie do wymogów określonych w Decyzji Marszałka Województwa Podlaskiego<sup>67</sup> w zakresie magazynowania odpadów medycznych, Szpital był zobowiązany do przestrzegania rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych, gdzie stosownie do treści § 8 ust. 2 maksymalny czas przechowywania takich odpadów wynosił 30 dni (w temperaturze do 10°C). Z danych zawartych w KEO oraz wyjaśnień zastępcy Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala wynika, że we wskazanym okresie zgromadzono tam 45,36 Mg takich odpadów (10,31 Mg w styczniu, 26,04 Mg w lutym, 0,86 Mg w marcu i 30,14 w maju 2021 r.), zaś sukcesywne opróżnianie magazynu rozpoczęło się 27 maja i zakończyło 24 czerwca 2021 r. (nie licząc 1,22 Mg przekazanych wcześniej). Także zakaźne odpady medyczne 18 01 82\* w ilości 0,16 Mg przechowywano przez 35-56 dni, przy limicie 30 dni.

Z kolei zakaźne odpady medyczne o kodzie 18 01 02\*, które w ilości 0,24 Mg przekazano do Spalarni w okresie od 25 stycznia 2021 r. do 15 lutego 2021 r. według wyjaśnień Zastępcy Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala, unieszkodliwiono po uruchomieniu instalacji, co świadczy iż były one przechowywane w magazynie

<sup>63</sup> Raport nr CKR22-001877-1 z 2 maja 2022 r.

<sup>64</sup> Dz. U. poz. 1277.

<sup>65</sup> Dotyczy odpadów medycznych o kodach 18 01 02\*, 18 01 03\* i 18 01 82\*.

<sup>66</sup> Przekroczono także normy określone w decyzji Wojewody Podlaskiego nr WR-I.7015.6.2021.JK z 7 maja 2021 r., na mocy której zwiększono moce przerobowe instalacji na okres do 30 czerwca 2021 r. Zgodnie z przedmiotową decyzją w okresie od 7 maja 2021 r. do 30 czerwca 2021 r. całkowita masa odpadów medycznych przeznaczonych do unieszkodliwienia nie powinna przekraczać 15 Mg, zaś maksymalny czas ich przechowywania określono na 168 godzin.

<sup>67</sup> Decyzja nr DIS-V.7244.4.2013 z 11 września 2013 r.

od 35 do 56 dni. Postępowanie takie naruszało przepisy § 8 ust. 1 powołanego wyżej rozporządzenia, które określiło maksymalny czas przechowywania tego rodzaju odpadów na 72 godziny. (akta kontroli str. 29-47, 142-179)

Według wyjaśnień Zastępcy Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala odpady, o których mowa wyżej przechowywane były w magazynie odpadów przy Spalarni. Przekroczenie czasu ich przechowywania spowodowane było dużą ilością odpadów wytwarzanych w tym okresie oraz brakiem możliwości ich utylizacji przez podmiot zewnętrzny, z którym USK w Białymstoku miało zawartą umowę w tej sprawie. Dodał, że: *Szpital nie występował o zapłatę kar ze względu na groźbę rozwiązania umowy z firmą zewnętrzną. W pierwszym kwartale 2021 roku były duże problemy z przekazywaniem odpadów do utylizacji co wynikało z kolejnej fali Covid-19. Firma zewnętrzna przedstawiła odpowiednie wyjaśnienie. Rozwiązanie umowy spowodowałoby jeszcze większy kryzys w realizacji odbioru odpadów medycznych.*

(akta kontroli str. 284, 324-327)

Ilość zakaźnych odpadów medycznych o kodzie 18 01 03\* zgromadzonych przy Spalarni w okresie od 22 stycznia do 24 maja 2021 r. ponad 13rotnie przekraczała normę wyznaczoną decyzją Marszałka Województwa Podlaskiego z 26 czerwca 2020 r., zgodnie z którą maksymalna masa odpadów o kodzie 18 01 03\*, która mogła być magazynowana w tym samym czasie wynosiła 3,458 Mg, zaś wszystkich odpadów, które mogły być magazynowane w tym samym czasie 3,75 Mg (we wskazanym okresie przy ul. Żurawiej 14 magazynowano jednocześnie do 45,36 Mg takich odpadów).

(akta kontroli str. 44-47, 157-176)

Przyczyny opisanego stanu wynikające z wyjaśnień Zastępcy Dyrektora USK ds. Techniczno-Inwestycyjnych, podano w pkt. 3-4 niniejszej sekcji.

5. W magazynie odpadów przeznaczonym do ich składowania przed unieszkodliwieniem, położonym przy Spalarni nie zapewniono wizyjnego systemu kontroli miejsca magazynowania odpadów medycznych wymaganego art. 25 ust. 6a ustawy o odpadach.

(akta kontroli str. 126-127)

W okresie objętym kontrolą kierowanie i nadzór nad działalnością Spalarni było obowiązkiem kierownika Działu Technicznego USK w Białymstoku który wyjaśnił, że: (...) *brak systemu wizyjnego spowodowany był brakiem znajomości szczegółowych wymagań dotyczących magazynowania odpadów. W trakcie kontroli NIK zakupiono system kontroli wizyjnej i rozpoczęto jego montowanie.*

(akta kontroli str. 232-237)

6. W USK w Białymstoku nie przestrzegano obowiązku, wynikającego ze *Szpitalnej polityki dotyczącej odpadów w zakresie segregacji, transportu, przechowywania i utylizacji*, polegającego na każdorazowym zdezynfekowaniu po użyciu samochodu IVECO, będącym środkiem transportu wewnętrznego odpadów medycznych między siedzibą USK przy ul. M. C. Skłodowskiej 24A, a magazynem odpadów medycznych położonym przy Spalarni. Obowiązek dezynfekowania pojazdu po każdym transporcie odpadów medycznych ustalono również w *Procedurze mycia i dekontaminacji pojazdu do transportu odpadów medycznych* z 4 czerwca 2018 r. Analiza 26 dni wyjazdowych do Spalarni<sup>68</sup> (dziennie od jednego do sześciu kursów – łącznie 59 kursów) wykazała, że po 32 kursach pojazd nie był dezynfekowany (obejmowało to 12 dni, w których pojazd nie był zdezynfekowany mimo transportu niebezpiecznych odpadów). Dezynfekcja miała miejsce najczęściej następnego dnia po wykonaniu kursu lub – w jednym przypadku – trzy dni po transporcie odpadów do Spalarni<sup>69</sup>.

(akta kontroli str. 114, 137-138, 140-141)

Transport wewnętrzny oraz nadzór nad właściwą gospodarką odpadami medycznymi należał do obowiązków kierownika Działu Administracyjnego Szpitala, który wyjaśnił, że we wskazanych przez kontrolującego dniach samochód był (...) *dezynfekowany po zakończeniu transportów odpadów medycznych (...)*, czego jednak nie odnotowano w prowadzonym rejestrze.

(akta kontroli str. 223-227)

<sup>68</sup> Próba objęto losowo wybrany okres obejmujący luty i marzec 2022 r. (do 11 marca).

<sup>69</sup> Wyjazd 8 marca 2022 r. (wtorek), dezynfekcja 11 marca 2022 r. (piątek).

Wyjaśnienia wskazują na nierzetelność prowadzonego rejestru dezynfekcji. Ponadto skala różnicy między liczbą zarejestrowanych kursów, a liczbą dezynfekcji przemawia za przyjęciem, że jednak nie po każdym kursie samochód był dezynfekowany

7. Szpital nie wykonał zarządzenia PWIOŚ z 8 października 2021 r. dotyczącego nieprzekraczania łącznej ilości odpadów dopuszczonych do przetwarzania w instalacji do termicznego przekształcania odpadów medycznych i weterynaryjnych (kod odpadu 18 01 04). Przeprowadzona w dniach od 26 sierpnia 2021 r. do 27 września 2021 r. przez PWIOŚ kontrola Szpitala w zakresie m.in. funkcjonowania instalacji do termicznego przekształcania odpadów medycznych wykazała, że do 31 sierpnia 2021 r. unieszkodliwiono 4,660 Mg odpadów medycznych o kodzie 18 01 04 (*inne odpady niż wymienione w 18 01 03\**) i tym samym przekroczono o 1,660 Mg (55,3%) ilość określoną w poleceniu Wojewody Podlaskiego z 7 maja 2021 r. oraz decyzji Marszałka Województwa Podlaskiego z 11 września 2013 r. na 3,0 Mg. Pismem z 8 października 2021 r. PWIOŚ zarządził m.in. przestrzeganie przez USK w Białymstoku warunków ww. polecenia Wojewody Podlaskiego poprzez nieprzekraczanie łącznej ilości odpadów dopuszczonych do przetwarzania w instalacji do termicznego przekształcania odpadów medycznych i weterynaryjnych (w uzasadnieniu zarządzenia doprecyzowano, że dotyczy odpadów o kodzie 18 01 04). Termin realizacji zarządzenia PWIOŚ określił „*niezwłocznie po otrzymaniu zarządzenia - działalność ciągła*”. Z odpowiedzi USK w Białymstoku wynika, że przekroczenie ilości unieszkodliwionych odpadów mogło być spowodowane błędnym wpisaniem kodu 18 01 04, a po odnalezieniu karty będzie możliwe poprawienie wpisu o ilości odpadów w systemie BDO. Kontrola NIK wykazała jednak, że USK nie zrealizował zarządzenia PWIOŚ, bowiem ilość odpadów unieszkodliwianych dalej wzrastała i według stanu na koniec 2021 roku unieszkodliwiono łącznie 8,27 Mg odpadów medycznych o kodzie 18 01 04 co oznacza, że przekroczono limit o 5,27 Mg (o 175,7%), tj. o kolejne 3,61 Mg w porównaniu do ilości zakwestionowanej przez PWIOŚ.

(akta kontroli str. 180-186, 209-210, 218-222)

Z wyjaśnień Zastępcy Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala wynika, że pracownik Spalarni, mimo wiedzy w zakresie dopuszczalnej ilości unieszkodliwiania danego rodzaju odpadów, a także treści zarządzenia PWIOŚ, nadal unieszkodliwiał odpady 18 01 04. W ocenie NIK sytuacja ta świadczy o braku w 2021 roku właściwego nadzoru nad działalnością Spalarni. Dodał on, że w 2022 roku unieszkodliwianie odpadów o kodzie 18 01 04 jest na bieżąco monitorowane, w tym w zakresie ilości unieszkodliwiania tych odpadów.

(akta kontroli str. 282-284)

Kierownik Działu Administracyjnego USK w Białymstoku sprawującego nadzór nad właściwą gospodarką odpadami wyjaśnił, że przekazał on pracownikowi Spalarni polecenie dotyczące wykonywania zarządzenia PWIOŚ, lecz nie zostało ono zrozumiane. Pod koniec 2021 roku stwierdzono kolejne przekroczenie limitu odpadów, skutkiem czego pracownika upomniano i ponownie poinstruowano o sposobie wykonywania weryfikacji ilości odpadów. Według niego obecnie odpady są unieszkodliwiane zgodnie z zarządzeniem PWIOŚ.

(akta kontroli str. 287-289)

8. W 2021 roku Szpital unieszkodliwił w Spalarni 4,683 Mg odpadów medycznych o kodzie 18 01 02\*, tj. o 4,07% (183 kg) więcej niż wynikało z zezwolenia udzielonego przez Marszałka Województwa Podlaskiego<sup>70</sup> (4,5 Mg rocznie). Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Inwestycyjnych Szpitala wyjaśnił, że: (...) *w chwili rozpoczęcia pracy Spalarni pracownik otrzymał dyspozycję weryfikacji przetwarzanych odpadów o kodzie 18 01 02\* względem decyzji na przetwarzanie. Po skontrolowaniu pracownika stwierdzono przekroczenia. Wynikało to z niezrozumienia przez pracownika sposobu weryfikacji ilości przetwarzanych odpadów względem decyzji. Pracownikowi udzielono upomnienia (...) oraz ponownie poinstruowano o sposobie weryfikacji ilości przetwarzanych odpadów (...).*

(akta kontroli str. 29-36, 142-179, 993-994)

<sup>70</sup> Decyzja nr DIS-V.7244.4.2013 z 11 września 2013 r.

#### OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia gospodarowanie w USK zakaźnymi odpadami medycznymi. Szpital przekraczał bowiem dopuszczalne ilości i czas magazynowania oraz przetwarzania odpadów, a także nierzetelnie prowadził ewidencję przekazywanych i unieszkodliwianych w Spalarni odpadów, czego efektem było zamieszczenie nieprawidłowych danych w rocznym sprawozdaniu BDO za 2021 rok. Przeprowadzona modernizacja Spalarni, nie pozwoliła na wykorzystanie jej pełnych możliwości, przez co zlecano odpłatne unieszkodliwianie odpadów podmiotom zewnętrznym. Szpital nie wywiązał się również z obowiązku wykonania badania odpadów powstałych w wyniku unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych, a także zapewnienia wizyjnego systemu kontroli miejsca magazynowania odpadów oraz każdorazowej dezynfekcji samochodu służącego do ich transportu. W 2021 roku nie wykonano również zarządzenia PWIOŚ w zakresie przestrzegania limitu unieszkodliwiania odpadów medycznych o kodzie 18 01 04 oraz przekroczone limit unieszkodliwionych odpadów 18 01 02\*.

#### IV. Wnioski

##### Wnioski pokontrolne

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

1. Dostosowanie *Szpitalnej polityki dotyczącej odpadów w zakresie segregacji, transportu, przechowywania i utylizacji do rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych.*
2. Bieżące i rzetelne prowadzenie ewidencji odpadów medycznych, stosownie do art. 66 ust. 1 oraz 67 ust. 7 *ustawy o odpadach.*
3. Składanie rzetelnych sprawozdań o wytwarzanych odpadach i gospodarowaniu odpadami.
4. Przestrzeganie zasad magazynowania oraz wstępnego magazynowania odpadów medycznych określonych w decyzji Marszałka Województwa Podlaskiego oraz *rozporządzeniu w sprawie odpadów medycznych.*
5. Podjęcie działań zmierzających do pełnego wykorzystywania możliwości Spalarni w zakresie unieszkodliwiania odpadów medycznych.
6. Wykonywanie badania odpadów powstałych w wyniku unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych i zakaźnych odpadów weterynaryjnych w procesie D10 zgodnie z § 5 *rozporządzenia Ministra Klimatu i Środowiska z dnia 26 listopada 2021 r. w sprawie unieszkodliwiania oraz magazynowania odpadów medycznych i odpadów weterynaryjnych.*
7. Zapewnienie monitoringu wizyjnego w magazynie odpadów przy Spalarni wymaganego art. 25 ust. 6a *ustawy o odpadach.*
8. Przestrzeganie ustalonego w Szpitalu obowiązku dezynfekowania pojazdu oraz rzetelne dokumentowanie tej operacji.
9. Nieprzekraczanie ilości odpadów dopuszczonych do przetworzenia w Spalarni.

## 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 Białymstoku. 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.

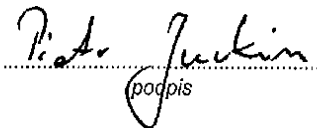
Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 *ustawy o NIK*, należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosku pokontrolnego oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

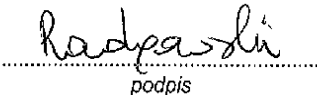
W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Białystok, dnia 28 czerwca 2022 r.

Kontrolerzy:  
Piotr Jurkin  
specjalista kontroli państwowej

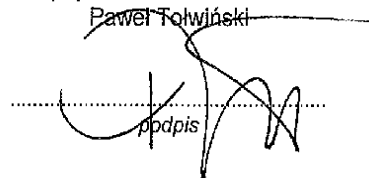
  
.....  
podpis

Władysław Radgowski  
główny specjalista kontroli państwowej

  
.....  
podpis

p.o. DYREKTORA DELEGATURY  
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku  
z up. p.o. WICEDYREKTORA

Paweł Totwiński

  
.....  
podpis