



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.410.003.04.2022



Pan  
Jarosław Pokoleńczuk  
Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego  
im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży  
Szpital Wojewódzki  
im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży  
Al. Józefa Piłsudskiego 11, 18-404 Łomża

# 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	Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży <sup>1</sup> Al. Józefa Piłsudskiego 11, 18-404 Łomża
Kierownik jednostki kontrolowanej	Pan Jarosław Pokoleńczuk, Dyrektor Szpitala od 1 czerwca 2020 r. <sup>2</sup> W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pan Roman Eugeniusz Nojszewski, Dyrektor od 21 lipca 2017 r. do 29 stycznia 2019 r.</li><li>2. Pani Hanna Majewska-Dąbrowska, p. o. Dyrektora od 30 stycznia 2019 r. do 18 marca 2019 r.</li><li>3. Pani Joanna Zofia Chilińska, p. o. Dyrektora od 19 marca 2019 r. do 14 kwietnia 2019 r.</li><li>4. Pan Mariusz Obrycki, Dyrektor od 15 kwietnia 2019 r. do 31 stycznia 2020 r.</li><li>5. Pani Joanna Zofia Chilińska, p. o. Dyrektora od 1 lutego 2020 r. do 15 marca 2020 r.</li><li>6. Pan Jacek Roleder, p. o. Dyrektora od 16 marca 2020 r. do 31 maja 2020 r.</li></ol>
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 13 czerwca 2022 r. z wykorzystaniem dowodów sporządzanych przed lub po tym okresie.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o <i>Najwyższej Izbie Kontroli</i> <sup>3</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontroler	Krzysztof Bakunowicz, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/30/2022 z 15 marca 2022 r.

(akta kontroli str. 1-11)

<sup>1</sup> Dalej: „Szpital” lub „SW w Łomży”.

<sup>2</sup> Dalej: „Dyrektor”.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623. Ustawa zwana dalej: „ustawą o NIK”.

## II. Ocena ogólna<sup>4</sup> kontrolowanej działalności

**OCENA OGÓLNA** W latach 2019-2022 (do 13 czerwca) Szpital zapewnił prawidłowy odbiór i zagospodarowanie wytwarzanych odpadów medycznych, w tym powstających w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Jednocześnie personel SW w Łomży nie w pełni przestrzegał zasad dotyczących wstępnego magazynowania takich odpadów.

**Uzasadnienie oceny ogólnej** W Szpitalu opracowano i zapoznano pracowników z procedurami postępowania z odpadami medycznymi. Prawidłowo przeprowadzano przetargi na odbiór, transport i unieszkodliwianie odpadów medycznych powierzając realizację tych usług podmiotom posiadającym stosowne zezwolenia. W SW w Łomży stwierdzono jednak nieprawidłowości polegające w szczególności na wstępnym magazynowaniu odpadów medycznych niezgodnie z częścią przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi<sup>5</sup>. Ponadto obowiązujące w Szpitalu uregulowania wewnętrzne nie określały przejrzystości i spójności komórek organizacyjnych SW w Łomży i osób odpowiedzialnych za sposób wstępnego magazynowania odpadów. Ustalono również, że ewidencji odpadów medycznych wytworzonych w Szpitalu nie prowadzono w sposób rzetelny i bieżący, a wnioski o zmianę wpisu w rejestrze BDO<sup>6</sup> składano Marszałkowi Województwa Podlaskiego po upływie ustawowego terminu.

## III. Opis ustalonego stanu faktycznego

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

**Opis stanu faktycznego** 1.1. Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym Szpitala<sup>7</sup> transport odpadów (w tym zakaźnych odpadów medycznych) z komórek organizacyjnych Szpitala do wyznaczonych miejsc przypisano Działowi Utrzymania Czystości. Jednocześnie komórki organizacyjne Szpitala posiadały odrębne wewnętrzne regulaminy organizacyjne z których wynika, że zadania związane z odpadami medycznymi w latach 2019-2022 przypisano, oprócz Działowi Utrzymania Czystości<sup>8</sup>, także Działowi Administracyjno-Gospodarczemu. Do zadań tej komórki organizacyjnej zaliczono m.in.: prawidłową gospodarkę odpadami medycznymi i niebezpiecznymi wytwarzanymi w Szpitalu, przekazywanie odpadów dla innych odbiorców z uwzględnieniem elektronicznego systemu BDO oraz prawidłową gospodarkę odpadami komunalnymi wytwarzanymi w Szpitalu. W Dziale Administracyjno-Gospodarczym osoba zajmująca stanowisko Kierownika<sup>9</sup> była odpowiedzialna za realizację zadań dotyczących gospodarki odpadami (m.in. prowadzenie ewidencji wytwarzanych w Szpitalu odpadów medycznych, sporządzanie sprawozdań o wytwarzanych odpadach i gospodarowaniu odpadami), jak również za ich nadzór. Zgodnie z zapisami zawartymi w zakresach czynności nadzór obejmował: zawieranie umów na odbiór odpadów niebezpiecznych, przekazywanie odpadów niebezpiecznych do utylizacji oraz kontrolę w zakresie utrzymania czystości pomieszczenia składowania odpadów medycznych. Z wyjaśnień udzielonych przez Dyrektora Szpitala wynika, że spowodowane to było wakatem na stanowisku Kierownika Sekcji Administracyjno-Gospodarczej w Dziale Administracyjno-Gospodarczym, który powinien również mieć przypisane zadania w zakresie prawidłowej gospodarki odpadami medycznymi i niebezpiecznymi. (akta kontroli str. 12-107, 226-228, 581-592)

<sup>4</sup> Najwyższa Izba Kontroli formuluje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>5</sup> Dz. U. poz. 1975. Dalej: „rozporządzenie w sprawie odpadów medycznych”.

<sup>6</sup> Baza danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami.

<sup>7</sup> Obowiązujący od dnia 1 czerwca 2012 r. Dalej: „Regulamin”.

<sup>8</sup> W regulaminie wewnętrznym Działu Utrzymania Czystości do zadań tej komórki organizacyjnej zaliczono m.in. utrzymanie odpowiedniego poziomu czystości przez system oparty na Księdze Higieny Szpitalnej, w której określono m.in. zasady transportu odpadów (w tym medycznych) oraz zasady mycia i dezynfekcji wózków do transportu odpadów.

<sup>9</sup> Na 22 marca 2022 r. w Dziale zatrudnionych było 22 pracowników oraz kierownik Działu. Pracę Kierownika Działu Administracyjno-Gospodarczego nadzorował do 31 lipca 2019 r. pełnomocnik Dyrektora ds. Administracyjno-Inwestycyjnych, następnie Dyrektor, a od lipca 2021 r. - Zastępca Dyrektora ds. Eksploatacyjno-Technicznych.

W Dziale Utrzymania Czystości<sup>10</sup> transportem odpadów medycznych (w tym zakaźnych) z oddziałów Szpitala do miejsca ich wstępnego magazynowania zajmowało się sześciu pracowników zatrudnionych na stanowisku robotnik gospodarczy-sprzątac<sup>11</sup>. Z kolei za terminy wstępnego magazynowania poszczególnych rodzajów odpadów medycznych i przekazywanie odpadów do unieszkodliwienia odpowiadał Kierownik Działu Administracyjno-Gospodarczego. Natomiast za prawidłowy sposób wstępnego magazynowania odpadów medycznych odpowiadali pracownicy Działu Utrzymania Czystości. Zadania tego nie wskazano jednak jednoznacznie zarówno w regulaminach wewnętrznych, jak i w zakresach czynności pracowników Działu Utrzymania Czystości, co szerzej opisano w pkt. 1 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. (akta kontroli str. 108-138, 226-228, 581-600)

Realizację zadań dotyczących gospodarki odpadami medycznymi w Szpitalu, nadzorowano poprzez przeprowadzane przez Specjalistów ds. Epidemiologii kontrole wewnętrzne. Z treści sporządzonych w latach 2019-2021 wniosków wynika, że w zakresie postępowania z odpadami medycznymi nie stwierdzono nieprawidłowości. Ponadto osoby odpowiedzialne za nadzór nad realizacją zadań związanych z odpadami medycznymi przeprowadzały wizytacje i obserwacje sposobu wykonywania czynności, przekazywały uwagi pracownikom oraz weryfikowały zapisy i ewidencje prowadzone przez pracowników komórek (w zakresie systematyczności i wiarygodności). Osoby nadzorujące postępowanie z odpadami medycznymi w Szpitalu ukończyły szkolenia z tego zakresu, tj.:

- Kierownik Działu Administracyjno-Gospodarczego: [1] Ewidencja odpadowa i sprawozdanie roczne o odpadach za pośrednictwem platformy BDO<sup>12</sup>, [2] Elektroniczna ewidencja odpadów w systemie BDO<sup>13</sup>, [3] Zarządzanie odpadami medycznymi wg nowych wymogów prawnych w 2019 r.<sup>14</sup>, [4] Seminarium Szkoleniowe nt. Odpady medyczne i co dalej zorganizowanego przez Zarząd Inwestycji Akademii Medycznej w Białymstoku w 2001 i 2002 roku,
- Kierownik Działu Utrzymania Czystości: [1] Stosowanie najnowszych technologii utrzymania czystości w obiektach medycznych i użyteczności publicznej<sup>15</sup>, [2] Operator usług utrzymania czystości I stopnia<sup>16</sup>, [3] II edycja Akademii Menedżera<sup>17</sup>.

(akta kontroli str. 139-145, 493-498, 593-600)

**1.2. Sposób postępowania z odpadami medycznymi powstałymi w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu w latach 2019-2022 określony został w:**

- Procedurze nr SOP-ZKZ-Nr 003/6<sup>18</sup> – Postępowanie z odpadami medycznymi obowiązującej od 20 maja 2015 r.<sup>19</sup>,
- Księdze Higieny Szpitalnej<sup>20</sup> – zawierającej instrukcje stanowiskowe m.in. w zakresie postępowania z odpadami medycznymi (w tym zakaźnymi),
- Procedurze nr PE-14<sup>21</sup> – Postępowanie z odpadami medycznymi obowiązującej od 31 marca 2020 r.<sup>22</sup>

Procedury z 2015 i 2020 roku określały m.in. zasady selektywnego zbierania, transportu wewnętrznego oraz wstępnego magazynowania odpadów medycznych. Wskazano w nich m.in. rodzaje i kolory worków (pojemników) na odpady wg kodów oraz sposoby ich

<sup>10</sup> Na 22 marca 2022 w Dziale oprócz Kierownika i jego zastępcy zatrudnionych było 127 pracowników z tego sześciu na stanowisku robotnik gospodarczy-sprzątac i 121 na stanowisku robotnik gospodarczy-sprzątaczką.

<sup>11</sup> W przypadku choroby i okresu urlopowego możliwe było wykonywanie tych zadań przez osoby zajmujące stanowisko pracownik gospodarczy-sprzątaczką (zadania określone w zakresach czynności). Do zadań pracownika gospodarczego-sprzątaczką należało również m.in. zbiórka oraz przenoszenie odpadów szpitalnych wyznaczonymi drogami, w tym medycznie niebezpiecznych, przygotowanie i oznakowanie odpadów komunalnych i medycznych w opisanych workach o stosownej kolorystyce, usuwanie odpadów do miejsca ich czasowego gromadzenia w oddziale (brudownik), wymiana worków na odpady po ich napelnieniu.

<sup>12</sup> Szkolenie ukończone 12 października 2020 r.

<sup>13</sup> Szkolenie ukończone 29 listopada 2019 r.

<sup>14</sup> Szkolenie ukończone 8 marca 2019 r.

<sup>15</sup> Szkolenie ukończone 14 marca 2013 r.

<sup>16</sup> Szkolenie ukończone 13 września 2012 r.

<sup>17</sup> Grudzień 2013 roku.

<sup>18</sup> Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 43/2015 z 20 maja 2015 r.

<sup>19</sup> Procedura zwana dalej „Procedura z 2015 roku”.

<sup>20</sup> Aktualizowana w dniach: 2 października 2017 r., 4 lutego 2019 r. i 1 września 2020 r.

<sup>21</sup> Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 36/2020 z 30 marca 2020 r.

<sup>22</sup> Procedura zwana dalej: „Procedura z 2020 roku”.

oznakowania, częstotliwość usuwania z oddziałów worków z odpadami, zasady dotyczące transportu wewnętrznego odpadów oraz dezynfekcji miejsca wstępnego magazynowania odpadów. W dokumentach wskazano również rodzaj pojemników i worków na odpady w poszczególnych pomieszczeniach komórek organizacyjnych Szpitala. Obie procedury zawierały instrukcję selektywnego zbierania odpadów medycznych na stanowisku pracy w Szpitalu. (akta kontroli str. 153-174, 226-228, 581-592, 768-787)

Funkcjonujące w Szpitalu w latach 2019-2022 Procedury z 2015 i 2020 roku nie zawierały warunków oraz terminu wstępnego magazynowania odpadów wytwarzanych w Szpitalu o kodach 18 01 03<sup>23</sup>, 18 01 04<sup>24</sup>, 18 01 08<sup>25</sup>, 18 01 09<sup>26</sup> i 18 01 82<sup>27</sup>. Z wyjaśnień Dyrektora wynika, że w Procedurze z 2015 roku wskazana została podstawa prawna obowiązującego ówczesnie rozporządzenia w zakresie sposobu postępowania z odpadami medycznymi<sup>28</sup>. Natomiast w Procedurze z 2020 roku zapisano istotne kwestie dotyczące postępowania z zakaźnymi odpadami w związku z zagrożeniem SARS-Co-V-2 (takie jak: pakowanie odpadów, przekazywanie ze strefy skażonej, itp.). Dyrektor stwierdził, że *Rzeczywiście w procedurach nie zostały zawarte parametry, ponieważ nie uważano za konieczne ich powtórzenie w procedurze, skoro są w obowiązujących przepisach rozporządzenia, do których się stosowaliśmy.* (akta kontroli str. 153-174, 593-600)

Procedurę z 2015 roku przekazano Komórkom Organizacyjnym Szpitala za pisemnym potwierdzeniem odbioru, a Procedurę z 2020 roku pocztą elektroniczną w celu zapoznania z ich treścią pracowników. Z przeprowadzonej losowej próby 20 pracowników Szpitala<sup>29</sup> (pielęgniarki, asystenci lekarza, sanitariusze, ordynatorzy, położne) oraz po złożonych dodatkowych wyjaśnieniach przez Dyrektora wynika, że wszyscy analizowani pracownicy zapoznali się z Procedurami z 2015 i 2020 roku oraz zobowiązali się do stosowania ich zapisów. Z wyjaśnień Dyrektora wynika też, że pacjenci Szpitala byli informowani o obowiązujących zasadach segregacji odpadów<sup>30</sup> przez personel Szpitala, a także w zakresie segregacji odpadów komunalnych za pomocą instrukcji na korytarzach przy oznakowanych pojemnikach na odpady komunalne. (akta kontroli str. 153-213, 512-525, 581-600)

1.3. W latach 2019-2022 (do 31 marca) Szpital nie posiadał decyzji na wytwarzanie odpadów lub przetwarzanie odpadów. Szpital nie wytwarzał bowiem odpadów w instalacji w rozumieniu art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. *Prawo ochrony środowiska*<sup>31</sup> oraz nie unieszkodliwiał odpadów medycznych<sup>32</sup>.

Szpital został wpisany do bazy BDO prowadzonej przez Marszałka Województwa Podlaskiego pod numerem rejestrowym 000073825. Na 22 kwietnia 2022 r. SW w Łomży w systemie BDO posiadał jedno aktywne miejsce prowadzenia działalności (wytwarzania odpadów)<sup>33</sup> oraz dwa nieaktywne<sup>34</sup>. Szpital złożył pięć wniosków w systemie BDO w tym jeden rejestracyjny i cztery dotyczące Izolatorium (wniosek aktywacyjny z 12 marca 2021 r. i wniosek wygaszający z 23 lipca 2021 r.) oraz Punktu Szczepień Powszechnych (wniosek aktywacyjny z 17 czerwca 2021 r. i wniosek wygaszający z 20 grudnia 2021 r.). Stwierdzone nieprawidłowości dotyczące aktualizacji danych w systemie BDO opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w pkt. 2 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości.*

(akta kontroli str. 214-225, 230-232, 368-402, 605-619)

<sup>23</sup> 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, podkiady), z wyłączeniem 18 01 80 i 18 01 82.

<sup>24</sup> Inne odpady niż wymienione w 18 01 03 (np. opatrunki z materiału lub gipsu, pościel, ubrania jednorazowe, pieluchy).

<sup>25</sup> Leki cytotoksyczne i cytostatyczne.

<sup>26</sup> Leki inne niż wymienione w 18 01 08.

<sup>27</sup> Pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych.

<sup>28</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r., w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. Nr 139, poz. 940).

<sup>29</sup> Po pięciu pracownikach z Pionu Chorób Zakaźnych (Oddział Obserwacyjno-Zakaźny), Pulmonologii (Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy), Chorób Wewnętrznych i Ginekologii.

<sup>30</sup> W pomieszczeniach Szpitala, w których przybywali pacjenci z COVID-19 znajdowały się tylko worki koloru czerwonego.

<sup>31</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 1973, ze zm.

<sup>32</sup> Spalarnia szpitalna została zamknięta w 2014 roku.

<sup>33</sup> Siedziba Szpitala, ul. Piłsudskiego 11, 18-400 Łomża.

<sup>34</sup> Izolatorium (ul. Zjazd 18, 18-400 Łomża) oraz Punkt Szczepień Powszechnych (ul. W. Reymonta 9, 18-400 Łomża).

1.4. W latach 2019-2022 (do dnia 31 marca) udział odpadów medycznych<sup>35</sup> do wszystkich wytworzonych w Szpitalu odpadów<sup>36</sup> wynosił odpowiednio 27,8%, 27,4%, 20,5% i 21,8%. Natomiast udział odpadów zakaźnych medycznych do wszystkich wytworzonych odpadów w Szpitalu wynosił kolejno 21,2%, 22,2%, 16,9% i 17,4%<sup>37</sup>. Z kolei odpady medyczne zakaźne w grupie odpadów medycznych stanowiły odpowiednio 76,0%, 80,9%, 82,2% i 80,0%. Z wyjaśnień Dyrektora wynika, że duży udział zakaźnych odpadów medycznych w grupie odpadów medycznych spowodowany był stanem epidemii oraz hospitalizacją pacjentów zakażonych w kontakcie, z którymi obowiązuje stosowanie środków ochrony indywidualnej oraz używanie i korzystanie ze zwiększonej ilości produktów, wyrobów jednorazowych (...).

(akta kontroli str. 229-232, 238-244, 605-619)

Klasyfikacji odpadów w Szpitalu, zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora, dokonywano na podstawie przyjętych Procedur z 2015 i 2020 roku, a w zakresie odpadów innych niż medyczne na podstawie „Instrukcji postępowania z odpadami innymi niż medyczne powstałymi w Szpitalu Wojewódzkim im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży”<sup>38</sup>. Z wyjaśnień Dyrektora wynika, że nadzorem w zakresie poprawności zakwalifikowania wytworzonego odpadu, zajmowały się osoby pełniące funkcje pielęgniarki oddziałowej i kierownika zakładu diagnostycznego (nadzór obejmował m.in. obserwację i omawianie procedur). Wszelkie wątpliwości personelu, dotyczące prawidłowości zakwalifikowania odpadu do konkretnego rodzaju były wyjaśniane przez osoby nadzorujące również przy udziale pielęgniarek epidemiologicznych i Kierownika Działu Utrzymania Czystości.

Szpital nie prowadził oddzielnej ewidencji masy odpadów wytworzonych w związku z leczeniem pacjentów zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2. Z udzielonych wyjaśnień przez Dyrektora Szpitala wynika, że nie było takiego obowiązku. Wskazał jednocześnie, że od przekształcenia<sup>39</sup> Szpitala w szpital jednoimienny, tj. od 15 marca 2020 r. (przyjęcie pierwszego pacjenta zakażonego SARS-CoV-2) do 14 września 2020 r. wytworzono 34,2666 Mg odpadów.

(akta kontroli str. 499-511, 593-600)

W latach 2019-2022 (do 31 marca) wg prowadzonej ewidencji w Szpitalu wytworzono:

- 1,7190 Mg odpadu o kodzie 18 01 02<sup>40</sup>, tj. w 2019 roku – 1,1510 Mg, w 2020 roku 0,2450 Mg, w 2021 roku – 0,2080 Mg i w 2022 roku – 0,1150 Mg,
- 426,8731 Mg odpadu 18 01 03\*, tj. w 2019 roku – 143,0190 Mg, w 2020 roku – 104,9070 Mg, w 2021 roku – 144,9311 Mg i w 2022 roku – 34,0160 Mg<sup>41</sup>,
- 2,0000 Mg odpadu 18 01 82\*, tj. w 2019 roku – 0,7830 Mg, w 2020 roku – 0,4990 Mg, w 2021 roku – 0,5180 Mg i w 2022 roku – 0,2000 Mg.

(akta kontroli str. 229-236, 238-423)

Z analizy 30 Kart Przekazania Odpadów<sup>42</sup> z lat 2019-2022<sup>43</sup> wynika, że w latach 2020-2022<sup>44</sup> określona w nich masa i kod odpadu, nr karty oraz data przekazania były zgodne z prowadzonymi przez Szpital Kartami Ewidencji Odpadów<sup>45</sup>. Z treści analizowanych KPO wynika, że zakaźne odpady medyczne odbierane były wyłącznie przez firmę EMKA S.A.<sup>46</sup>. Nie wynika z nich jednak w jakiej instalacji unieszkodliwiono odpady wytworzone w Szpitalu.

<sup>35</sup> W Szpitalu wytworzono kolejno 190,7700 Mg, 130,5302 Mg, 177,2861 Mg i 42,8900 Mg odpadów medycznych.

<sup>36</sup> Odpady komunalne stanowiły odpowiednio 71,4%, 70,5%, 76,2% i 77,8%, (489,3500 Mg, 335,7500 Mg, 658,0000 Mg i 153,2500 Mg). Natomiast odpady inne niż medyczne i komunalne 0,7%, 2,1%, 3,3% i 0,4% (4,9000 Mg, 9,9255 Mg, 28,6320 Mg i 0,7400 Mg) wszystkich odpadów wytwarzanych w Szpitalu.

<sup>37</sup> W Szpitalu wytworzono kolejno 144,9530 Mg, 105,6510 Mg, 145,6571 Mg i 34,3310 Mg zakaźnych odpadów medycznych.

<sup>38</sup> Dokument przyjęty zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 5/2021 z 18 stycznia 2021 r. Wcześniej (od 10 stycznia 2017 r.) obowiązywała Instrukcja postępowania z odpadami komunalnymi i odpadami specjalnymi wytwarzanymi w Szpitalu Wojewódzkim im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży. Szpital posiadał również Instrukcję usuwania śmieci, odpadów i ścieków dotyczącą odpadów poprodukcyjnych w Dziale Żywności.

<sup>39</sup> Na podstawie polecenia Wojewody Podlaskiego z 13 marca 2020 r., znak: NK-1.0522.32.2020.JP.

<sup>40</sup> Części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania (z wyłączeniem 18 01 03).

<sup>41</sup> Odpad o kodzie 18 01 03\* stanowił w latach 2019-2022 odpowiednio: 98,7%, 99,3%, 99,5% i 99,1% wytworzonych zakaźnych odpadów medycznych w Szpitalu.

<sup>42</sup> Dalej „KPO”.

<sup>43</sup> W latach 2019-2021 po trzy KPO oraz w 2022 roku po jednej KPO dla każdego odpadu o kodzie 18 01 02\*, 18 01 03\* i 18 01 82\*.

<sup>44</sup> Za 2019 rok KEO wypełniana była w układzie miesięcznym, w związku z tym nie było możliwości porównania zapisów zawartych w KPO (dotyczących masy odpadów, terminu przekazania i nr karty).

<sup>45</sup> Dalej „KEO”.

<sup>46</sup> Ul. Jaktorowska 15A, 96-300 Żyrardów.

W każdym przypadku dane transportującego odpady i dane przejmującego odpady wskazywały firmę EMKA S.A. Wskazanie instalacji unieszkodliwiana możliwe było wyłącznie za 2019 rok (do 6 września) na podstawie Dokumentu Potwierdzającego Unieszkodliwienie<sup>47</sup>, z których wynika, że zakaźne odpady medyczne wytworzone w Szpitalu unieszkodliwiano w instalacji należącej do SABA Sp. z o. o. w Płocku<sup>48</sup>. Dyrektor Szpitala odnosząc się do sposobu informowania Szpitala o unieszkodliwieniu przekazanych odpadów medycznych wyjaśnił, że do daty zmiany przepisów szpital otrzymywał DPU od firmy, z którą szpital posiadał umowę na odbiór odpadów (...). Po wejściu w życie powyższych zmian [uchylenie z dniem 6 września 2019 r. art. 27 ust. 6 i art. 95 ust. 4 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach<sup>49</sup> – przyp. NIK] dokumentem potwierdzającym przekazanie zakaźnych odpadów medycznych (...) jest wyłącznie KPO. Wytwórcy odpadów niebezpiecznych są zwolnieni z odpowiedzialności za gospodarowanie odpadami z chwilą ich przekazania do ostatecznego procesu unieszkodliwienia przez podmiot prowadzący taki proces.

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że Szpital nie jest zwolniony z odpowiedzialności za zakaźne odpady medyczne z chwilą ich przekazania, a zgodnie z art. 27 ust. 5 ustawy o odpadach, z chwilą dokonania unieszkodliwienia tych odpadów.

(akta kontroli str. 233-237, 245-255, 605-619)

Zgodnie z dokumentami złożonymi na etapie przetargów nieograniczonych dotyczących odbioru, transportu i utylizacji zakaźnych odpadów medycznych oraz zawartymi umowami, w okresie od 1 stycznia 2018 r. do 28 stycznia 2022 r. odpady zakaźne miały być unieszkodliwiane termicznie w instalacji w Płocku, woj. mazowieckie (SABA Sp. z o. o.), natomiast od 31 stycznia 2022 r. do chwili obecnej w instalacji w Hajnówce, woj. podlaskie (MPO Sp. z o. o. z siedzibą w Białymstoku).

(akta kontroli str. 576-578, 696-767)

Analiza prowadzonej w Szpitalu ewidencji odpadów medycznych<sup>50</sup>, sprawozdawczości oraz sposobu przekazywania odpadów w latach 2019-2022 (do 30 kwietnia) wykazała, m.in., że:

- W Szpitalu prowadzono oddzielne KEO dla kodów 18 01 02\*, 18 01 03\*, 18 01 82\* (odpady zakaźne), 18 01 04, 18 01 09 (odpady inne niż niebezpieczne) i 18 01 08\* (odpady niebezpieczne inne niż zakaźne). W latach 2019-2020 dla odpadów o kodach 18 01 02\*, 18 01 03\*, 18 01 82\*, 18 01 08\* ewidencję prowadzono na niewłaściwych drukach w związku z wypełnianiem przez Szpital Kart Ewidencji Odpadów Niebezpiecznych<sup>51</sup>. Z udzielonych wyjaśnień przez Dyrektora Szpitala wynika, że w okresie 2019-2020 ewidencję (...) prowadzono na kartach ewidencji odpadów niebezpiecznych z uwagi na to, że ww. kody dotyczą odpadów niebezpiecznych medycznych i niebezpiecznych innych niż zakaźne. Niewłaściwie zinterpretowano nazwę karty ewidencji odpadów niebezpiecznych, jako obligatoryjnie przynależną do odpadów posiadających w nazwie słowo „niebezpieczne”. Od 2021 roku ewidencja w zakresie analizowanych kodów prowadzona jest na właściwych kartach ewidencji.
- Roczne sprawozdania o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami w latach 2019-2021 Szpital złożył terminowo, tj. 31 sierpnia 2020 r.<sup>52</sup> za 2019 rok, 18 stycznia 2021 r.<sup>53</sup> za 2020 rok i 4 lutego 2022 r. za 2021 rok. W zakresie wytwarzanych odpadów medycznych o kodach 18 01 02\*, 18 01 03\*, 18 01 04, 18 01 08\*, 18 01 09 i 18 01 82\* masa odpadów wskazana w złożonych sprawozdaniach oraz prowadzonych kartach ewidencji była zgodna.
- Ewidencję wytwarzanych odpadów medycznych w Szpitalu (w tym w systemie BDO) prowadzono niezetelnie i nie na bieżąco, co szerzej opisano w pkt. 3 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości wystąpienia pokaźnego*.

<sup>47</sup> Dalej „DPU”.

<sup>48</sup> Ul. Przemysłowa 36, 09-400 Płock.

<sup>49</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 699. Ustawa zwana dalej „ustawą o odpadach”.

<sup>50</sup> W 2019 roku Szpital prowadził ewidencję odpadów wyłącznie w wersji papierowej, od 2020 roku w wersji papierowej oraz elektronicznie w systemie BDO, a od 2021 roku wyłącznie w wersji elektronicznej.

<sup>51</sup> Druk przeznaczony dla sprzedawcy odpadów i pośredników w obrocie odpadami, którzy nie są posiadaczami odpadów.

<sup>52</sup> Skorygowane 3 marca 2021 r. – w zakresie pełnomocnictwa do złożenia sprawozdania. Termin na złożenie sprawozdania przedłużono do 2 listopada 2020 r. z powodu epidemii COVID-19 na podstawie ustawy z dnia 14 maja 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie działań osłonowych w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-COV-2 (Dz. U. z 2020 r., poz. 875).

<sup>53</sup> Skorygowany 9 marca 2021 r. – w zakresie pełnomocnictwa do złożenia sprawozdania.

- W przypadku 11 KPO<sup>54</sup> w formie papierowej wystawionych od stycznia 2019 roku do stycznia 2020 roku, stwierdzono brak pieczęci w rubrykach przeznaczonych na potwierdzenie przekazania odpadów lub przejęcia odpadów do transportu i wykonania usługi transportu lub przejęcia odpadów. W jednym przypadku<sup>55</sup> nie wskazano pełnej nazwy rodzaju przekazywanych odpadów. Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynika, że w przypadku awarii systemu na kartach papierowych przekazania odpadów nie wpisywano pełnej nazwy odpadów, wpisano tylko kod odpadów, co było błędem szpitala.
- W miesiącach kwiecień, maj, czerwiec, lipiec i wrzesień 2020 roku Szpital nie wytwarzał odpadów o kodzie 18 01 02\*. Z udzielonych wyjaśnień przez Dyrektora wynika, że (...) Szpital działał, jako szpital leczący w znacznej części pacjentów zakażonych Sars-Cov-2 i w związku z tym znacznie ograniczony był zakres świadczonych usług medycznych w szczególności zabiegowych, przy których to głównie powstają odpady o kodzie 18 01 02\*. Jeżeli takie odpady powstawały w tych miesiącach, a nie ma ich w ewidencji, to przyczyna takiego stanu rzeczy byłoby błędne wrzucenie odpadu o kodzie 18 01 02\* do pojemnika z odpadem o kodzie 18 01 03\* przez pracownika transportującego odpady. Odnosząc się do wyjaśnień Dyrektora, Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że w przypadku zaistnienia takiego stanu rzeczy, tj. mieszania odpadów 18 01 02\* z odpadami 18 01 03\*, takie postępowanie byłoby niezgodne z art. 21 ustawy o odpadach. Wpływałoby też na rzetelność prowadzonej ewidencji odpadów i w konsekwencji na sprawozdawczość.
- W Punkcie Szczepień Powszechnych wytwarzano jedynie odpady o kodzie 18 01 03\*. Z wyjaśnień Dyrektora wynika, że powstające odpady zakwalifikowano do zakaźnych w związku z naruszeniem ciągłości skóry i związanym z tym ryzykiem kontaktu z krwią, materiałem potencjalnie zakaźnym. Natomiast w przypadku Izolatorium z ewidencji wynika, że nie wytwarzano tam odpadów o kodzie 18 01 82\*, pomimo przebywania w okresie od 6 kwietnia 2020 r. do 3 lutego 2021 r. 23 osób zakażonych wirusem Sars-CoV-2. Dyrektor odnosząc się do tego wyjaśnił, że osoby przebywające w izolatorium otrzymywały posiłki, jako odrębne paczki dla każdej osoby na naczyniach jednorazowych, a wszelkie pozostałości z żywienia traktowane były jako odpad 18 01 03\*. W miesiącach październik-grudzień 2020 r. odpady 18 01 03\* były również odbierane, przy czym przypisanie karty przekazania odpadów z izolatorium następowało w KEO dla siedziby szpitala. Dopiero w roku 2021 nastąpiło rozdzielanie w BDO tych dwóch miejsc powstawania odpadów. (akta kontroli str. 230-236, 238-487, 605-619, 621-627)

Szpital dysponował drukami DPU, potwierdzającymi unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych wytworzonych w Szpitalu w 2019 roku. W okresie od 1 stycznia do 6 września 2019 r. wystawiono łącznie 29 DPU dla odpadów o kodach 18 01 02\*, 18 01 03\* i 18 01 82\*. We wszystkich przypadkach dokumenty zostały wystawione przez przedstawiciela firmy SABA Sp. z o. o. na wzorze określonym w rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 13 stycznia 2014 r. w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych<sup>56</sup>. W przypadku 28 dokumentów wystawiono je w terminie<sup>57</sup> określonym w § 4 tego rozporządzenia, natomiast w jednym przypadku nastąpiło to z trzydniowym uchybieniem tego terminu.

(akta kontroli str. 233-237, 249-255)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu przeprowadzona została jedna kontrola zewnętrzna dotycząca zagadnień związanych z zakaźnymi odpadami medycznymi. W 2020 roku<sup>58</sup> Wojewódzki Inspektor Ochrony Środowiska w Białymstoku skontrolował gospodarkę odpadami medycznymi w Szpitalu. Z zarządzenia pokontrolnego<sup>59</sup> wynika, że jedyną stwierdzoną nieprawidłowością było prowadzenie ewidencji odpadów na nieodpowiednich formularzach tj. kartach ewidencji odpadów niebezpiecznych. Szpital zrealizował zalecenia

<sup>54</sup> Nr 1857/KSOB/2019, 1152/KSOB/2019, 1516/KSOB/2019, 2005/KSOB/2019, 1414/KSOB/2019, 2409/KSOB/2019/989/KSOB/2019, 1448/KSOB/2019, 04/06/2019, 2790/KSOB/2020, 2698/KSOB/2020.

<sup>55</sup> 04/06/2019.

<sup>56</sup> Dz. U. z 2014 r. poz. 107.

<sup>57</sup> Nie później niż po upływie 14 dni od końca miesiąca kalendarzowego, w którym nastąpiło unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych.

<sup>58</sup> W dniach 9-17 grudnia 2020 r.

<sup>59</sup> Z 31 grudnia 2020 r., znak: DIL.7023.1.115.2020.AA.



zawarte w zarządzeniu pokontrolnym i od 2021 roku prowadził ewidencję odpadów medycznych na prawidłowych KEO. (akta kontroli str. 489-492, 601-604, 621-627)

1.5. Przeprowadzone oględziny<sup>60</sup> sposobu postępowania z odpadami wytworzonymi w Szpitalu wykazały m.in., że:

- Na oddziałach odpady zbierano do worków koloru czerwonego (18 01 03\*) i niebieskiego (18 01 04), a w miejscu wstępnego magazynowania, odpady przechowywano w zamkniętych workach koloru czerwonego (18 01 03\*)<sup>61</sup>, żółtego (18 01 08\*) i niebieskiego (18 01 04), zgodnie z § 3 rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych.
- Worki jednorazowego użycia na odpady medyczne na oddziałach umieszczano na stelażach i zapełniano do 2/3 objętości, co było zgodne z § 3 ust. 4 i § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych.
- Na workach naklejano samoprzylepne oznaczenia identyfikujące, które zawierały m.in. kod odpadów, nazwę wytwórcy odpadów, REGON wytwórcy odpadów, nr księgi rejestrowej wytwórcy odpadów, oddział, na którym wytworzono odpady.
- Odpady medyczne wstępnie magazynowano w dwóch pomieszczeniach. W pomieszczeniu nr 1<sup>62</sup> znajdowały się odpady o kodzie 18 01 02\*, 18 01 03\*, 18 01 82\* i 18 01 08\*, a w pomieszczeniu nr 2<sup>63</sup> odpady o kodzie 18 01 04. Pomieszczenia posiadały m.in. niezależne wejścia, drzwi zamykane na klucz, były zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni i innych zwierząt oraz posiadały ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, co było zgodne z § 7 ust. 2 pkt 1-4 rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych. W Pom. nr 1 zamontowano klimatyzator wraz z termometrem do pomiaru temperatury. Z analizy miesięcznej ewidencji temperatur za miesiąc kwiecień<sup>64</sup> wynika, że zdarzały się dni, w których temperatura nieznacznie przekraczała 10 °C<sup>65</sup>. Odnosząc się do przekroczenia temperatury, Dyrektor wyjaśnił, że (...) *były to chwilowe odchylenia w związku z tym, że w tym czasie były otwarte drzwi wejściowe do pomieszczenia w związku z transportem i ważeniem odpadów, przez co temperatura mogła nieznacznie wzrosnąć. Odczyt temperatury dokonywany jest przez czujnik klimatyzatora, który znajduje się w górnej części pomieszczenia blisko sufitu, co powoduje, że odczytywana temperatura jest minimalnie zawyżona w stosunku do panującej w miejscu składowania odpadów (...).* Odpady medyczne wstępnie magazynowano w kontenerach o poj. 1100 l (odpady 18 01 03\* i 18 01 04) oraz pojemnikach 120 l (odpady 18 01 02\*, 18 01 82\*, 18 01 08\*)<sup>66</sup>. Podczas przeprowadzonych oględzin stwierdzono naruszenie części przepisów określonych w rozporządzeniu w sprawie odpadów medycznych, co szerzej opisano w pkt. 4 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.
- Transport wewnętrzny odpadów z miejsca ich powstawania do miejsca wstępnego magazynowania odbywał się za pomocą zamykanych kontenerów na kółkach, zgodnie z § 9 ust. 2 rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych.

(akta kontroli str. 512-575, 601-619)

1.6. W latach 2019-2022 (do 31 marca) Szpital zorganizował pięć przetargów nieograniczonych<sup>67</sup> dotyczących usługi odbioru, transportu i utylizacji odpadów medycznych

<sup>60</sup> W dniu 28 kwietnia 2022 r. przeprowadzono oględziny pomieszczeń, w których wstępnie magazynowano odpady medyczne, a w dniach 14, 19 i 21 kwietnia 2022 r. Kierownik Działu Utrzymania Czystości wykonał dokumentację zdjęciową miejsc gromadzenia odpadów medycznych na Oddziale Wewnętrznym (gabinet zabiegowy), Oddziale Zakaźnym (sala chorych, gabinet zabiegowy, brudownik), Oddziale Kardiologicznym (gabinet zabiegowy, sala intensywnej opieki kardiologicznej, brudownik), Oddziale Ginekologiczno-Położniczym.

<sup>61</sup> W dniu przeprowadzania oględzin nie magazynowano czasowo odpadów o kodach 18 01 02\* i 18 01 82\*.

<sup>62</sup> Dalej „Pom. nr 1”.

<sup>63</sup> Dalej „Pom. nr 2”.

<sup>64</sup> Pomiar prowadzony przez pracowników Działu Utrzymania Czystości raz dziennie zgodnie z oświadczeniem Kierownika Działu ok. godz. 9<sup>00</sup>.

<sup>65</sup> 10, 15, 22-23, 26 i 28 kwietnia 2022 r.

<sup>66</sup> Kontenery i pojemniki stały w miejscu, które było oznaczone kodem odpadu na ścianie.

<sup>67</sup> Przetargi ogłoszone dnia: 26 lutego 2018 r. (ZT-SZP-226/01/8/2018), 24 lutego 2020 r. (ZT-SZP-226/01/3/2020), 13 marca 2020 r. (ZT-SZP-226/01/17/2020) i 22 października 2020 r. (ZT-SZP-226/01/39/2020) przeprowadzono na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. *Prawo zamówień publicznych* (Dz. U. z 2015 r. poz. 2164, ze zm.). Dalej jako „ustawa z 2004 roku”. Natomiast przetarg ogłoszony w dniu 22 października 2021 r. (ZT-SZP-226/01/36/2021) na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019 r. Dalej jako „ustawa z 2019 roku”. Postępowanie przetargowe składało się zazwyczaj z dwóch pakietów (oprócz postępowania nr ZT-SZP-226/01/39/2020). Pakiet nr 1 dotyczący odbioru i zagospodarowania odpadów medycznych

zakaźnych o kodach 18 01 02\*, 18 01 03\* i 18 01 82\*, odpadów niebezpiecznych (innych niż zakaźne) 18 01 08\* i innych niż niebezpieczne o kodzie 18 01 09 oraz zawarł jedną umowę na podstawie art. 6 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>68</sup>. (akta kontroli str. 576-578, 632-695)

Postępowanie przetargowe dotyczące zakaźnych odpadów medycznych ogłoszone w:

- 2018 roku – zakończyło się zawarciem umowy<sup>69</sup> z Konsorcjum firm EMKA S.A. i SABA Sp. z o. o. na okres 24 miesięcy tj. od 3 kwietnia 2018 r. do 3 kwietnia 2020 r. na kwotę 386,4 tys. zł<sup>70</sup> (pakiet nr 2 – 2,0 tys. zł brutto za 1 Mg odpadów<sup>71</sup>),
- 2020 roku – zakończyło się unieważnieniem przetargu na podstawie art. 93 ust. 1 pkt 1 ustawy z 2004 roku (nie złożono żadnej oferty niepodlegającej odrzuceniu)<sup>72</sup>,
- 2020 roku – zakończyło się unieważnieniem przetargu na podstawie art. 93 ust. 3 pkt 4 ustawy z 2004 roku (pakiet nr 2 – oferta z najniższą ceną przewyższyła kwotę, którą Szpital zamierzał przeznaczyć na realizację zamówienia)<sup>73</sup>,
- 2020 roku – zakończyło się zawarciem umowy<sup>74</sup> z Konsorcjum firm EMKA S.A. i SABA Sp. z o. o. na okres od 1 grudnia 2020 r. do 31 grudnia 2021 r. (na podstawie aneksów nr 3 z 21 grudnia 2021 r. i nr 4 z 11 stycznia 2022 r.<sup>75</sup> umowę przedłużono odpowiednio do 14 stycznia 2022 r. i 28 stycznia 2022 r.)<sup>76</sup> na kwotę 929,3 tys. zł<sup>77</sup> (9,0 tys. zł brutto za 1 Mg odpadów),
- 2021 roku – zakończyło się zawarciem umowy<sup>78</sup> z Konsorcjum firm EMKA S.A. i MPO Sp. z o. o. w Białymstoku na okres od 1 stycznia 2022 r. do 1 stycznia 2024 r. (na podstawie aneksu nr 1 z 31 stycznia 2022 r. zmieniono termin obowiązywania na okres od 31 stycznia 2022 r. do 1 stycznia 2024 r.), na kwotę 2.581,6 tys. zł<sup>79</sup> (pakiet nr 2 – 9,0 tys. zł brutto za 1 Mg odpadów<sup>80</sup>).

W okresie objętym kontrolą Szpital żądał od wykonawców usług przedstawienia aktualnych zezwoleń na zbieranie, transport oraz unieszkodliwianie odpadów medycznych lub decyzji w sprawie pozwolenia na eksploatację zakładu unieszkodliwiania odpadów lub ważnej umowy lub zobowiązania innego podmiotu dotyczącego unieszkodliwiania odpadów zgodnie z ustawą o odpadach. Z udzielonych wyjaśnień przez Dyrektora Szpitala oraz analizowanej dokumentacji przetargowej wynika, że sprawdzano także zapisy w systemie BDO dotyczące podmiotu ubiegającego się o realizację usług. Jednocześnie przedstawione decyzje i oświadczenia potwierdzały, że podmioty spełniały wymagania, aby zapewnić zgodne z przepisami zagospodarowanie odpadów.

W okresie od dnia 4 kwietnia do 30 listopada 2020 r. odstąpiono od trybu zamówień publicznych i zawarto umowę z Konsorcjum firm EMKA S.A. i SABA Sp. z o. o. na podstawie art. 6 ustawy o COVID-19<sup>81</sup>. Umowa dotyczyła realizacji usługi polegającej na odbiorze,

o kodzie 18 01 04 oraz Pakiet nr 2 dotyczący odbioru, transportu i utylizacji odpadów medycznych o kodzie 18 01 02\*, 18 01 03\*, 18 01 82\*, 18 01 08\* i 18 01 09.

<sup>68</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawa o COVID-19”.

<sup>69</sup> Z 3 kwietnia 2018 r., znak: 78/ZT-SZP-226/01/8/2018.

<sup>70</sup> Szpital w postępowaniu przetargowym na ten zakres usługi przeznaczył kwotę 358,8 tys. zł.

<sup>71</sup> Pakiet nr 1 (zagospodarowanie odpadów o kodzie 18 01 04) – 2,0 tys. zł. brutto za 1 Mg odpadów.

<sup>72</sup> Szpital w postępowaniu przetargowym na ten zakres usługi przeznaczył kwotę 584,5 tys. zł. W przypadku pakietu nr 1 (odpady 18 01 04) unieważniono przetarg, gdyż najniższa złożona oferta przewyższała kwotę przeznaczoną przez Szpital (wartość oferty 852,8 tys. zł, tj. 10,2 tys. zł brutto za 1 Mg odpadów, kwota przeznaczona przez Szpital – 171,1 tys. zł).

<sup>73</sup> Konsorcjum firm EMKA S.A. i SABA Sp. z o. o. złożyła, jako jedyną ofertę na kwotę 1.253,2 tys. zł (8,6 tys. zł brutto za 1 Mg odpadów). Natomiast Szpital w postępowaniu przetargowym za ten zakres usługi przeznaczył kwotę 292,2 tys. zł. W przypadku pakietu nr 1 (18 01 04) zakończonego zawarciem umowy, kwota za zagospodarowanie 1 Mg odpadów wyniosła 8,6 tys. zł (wartość oferty 362,9 tys. zł, kwota przeznaczona przez Szpital – 85,5 tys. zł).

<sup>74</sup> Z 20 listopada 2020 r., znak: 836/ZT-SZP-226/01/39/2020.

<sup>75</sup> Na podstawie aneksu nr 4 do umowy zwiększono ilość odpadów medycznych o 10.000 kg i wynagrodzenie wykonawcy o kwotę 90,2 tys. zł.

<sup>76</sup> Oprócz aneksów nr 3 i 4, zawarto aneks: nr 1 z dnia 28 kwietnia 2021 r. (rozszerzenie zakresu umowy o odbiór odpadów 18 01 03\* z Punktu Szczepień Powszechnych), nr 2 z dnia 3 września 2021 r. (zwiększenie ilości odpadów w ramach usługi z 104,0500 Mg do 149,224,50 Mg i wynagrodzenia wykonawcy do 1.347,5 tys. zł).

<sup>77</sup> Szpital w postępowaniu przetargowym przeznaczył kwotę 906,4 tys. zł.

<sup>78</sup> Z 31 stycznia 2022 r., znak: 61ZT-SZP-226/01/36/2021.

<sup>79</sup> Szpital w postępowaniu przetargowym przeznaczył kwotę 2.612,7 tys. zł.

<sup>80</sup> Pakiet nr 1 (18 01 04), wybrana oferta spośród dwóch złożonych – 8,0 tys. zł. brutto za 1 Mg odpadów.

<sup>81</sup> Okres obowiązywania umowy strony ustaliły od 4 kwietnia 2022 r. na 6 miesięcy. Następnie na podstawie aneksu nr 2 z 31 sierpnia 2020 r. przedłużono umowę do 30 listopada 2020 r.

transportu i utylizacji odpadów medycznych zakaźnych o kodach 18 01 02\*, 18 01 03\* i 18 01 82\*, odpadów niebezpiecznych (innych niż zakaźne) 18 01 08\* i innych niż niebezpieczne o kodzie 18 01 09<sup>82</sup>. Umowę zawarto na kwotę 485,7 tys. zł (8,6 tys. zł brutto za 1 Mg odpadów). (akta kontroli str. 266-402, 576-578, 593-600, 621-627, 696-767)

1.7 Szpital w okresie 2019-2022 (do 31 marca) poniósł koszty odbioru, transportu i unieszkodliwienia zakaźnych odpadów medycznych (18 01 02\*, 18 01 03\*, 18 01 82\*) wraz z odpadami o kodzie 18 01 08\* i 18 01 09 wynoszące odpowiednio: 290,2 tys. zł, 738,7 tys. zł, 1.325,7 tys. zł oraz 312,0 tys. zł, co stanowiło odpowiednio: 77,2%, 83,8%, 83,5% i 82,7% poniesionych kosztów na zagospodarowanie wszystkich odpadów medycznych<sup>83</sup>. Z udzielonych wyjaśnień przez Dyrektora Szpitala oraz prowadzonej korespondencji na etapie postępowań o zamówienie publiczne, wynika że główną przyczyną wzrostu cen odbioru odpadów był wzrost kosztów gospodarowania odpadami, w szczególności związanym z dostosowaniem się do obowiązujących przepisów prawa, jak również dalsze przewidywane wzrosty kosztów, w szczególności unieszkodliwienia odpadów w instalacjach oraz kosztów transportu i plac. (akta kontroli str. 576-580, 621-627)

W latach 2019-2022 średnioroczne ceny brutto za zagospodarowanie 1 Mg wytworzonych odpadów w Szpitalu kształtowały się następująco:

- wszystkie odpady medyczne (w tym zakaźne)<sup>84</sup> odpowiednio: 1.971 zł, 6.751 zł, 8.953 zł i 8.790 zł,
- odbierane przez EMKA S.A.<sup>85</sup> odpowiednio: 1.966 zł, 6.932 zł, 8.976 zł i 8.983 zł,
- odbierane przez MPO Sp. z o. o. Białystok (2019-2021) i ECO-ABC (2022)<sup>86</sup> odpowiednio: 1.990 zł, 5.951 zł, 8.639 zł i 7.966 zł. (akta kontroli str. 229-232, 579)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Dyrektor Szpitala nie przypisał uregulowaniami wewnętrznymi lub zakresami obowiązków, zadań dotyczących sposobu wstępnego magazynowania odpadów medycznych Działowi Utrzymania Czystości oraz sześciu pracownikom tego Działu wykonującym w rzeczywistości te czynności. Mogło to ograniczać skuteczność kontroli zarządczej, o której mowa w art. 68 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych<sup>87</sup>. Zgodnie z treścią załącznika do Komunikatu Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych<sup>88</sup> w części II.A. ust. 3, zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności komórek organizacyjnych jednostki i pracowników powinien być określony w formie pisemnej w sposób przejrzysty i spójny. (akta kontroli str. 146-152)

Dyrektor wyjaśnił, że (...) Z uwagi na istotny od pewnego czasu wzrost absencji pracowników tego zespołu (Zespół utrzymania czystości na zewnątrz w Sekcji Administracyjnej Działu Administracyjno-Gospodarczego – przyp. NIK) zadania w zakresie magazynowania odpadów nie mogły być należycie wykonywane. W celu zapewnienia właściwego magazynowania odpadów zdecydowano o rozszerzeniu zadań Działu Utrzymania Czystości o działania związane z magazynowaniem odpadów i w ślad za tym odpowiednie czynności przekazano do realizacji pracownikom, którzy transportowali odpady. Niestety, wprowadzone rozwiązania organizacyjne nie znalazły bezpośredniego odzworowania w Księdze Higieny Szpitalnej, a tym samym w Regulaminie Działu Utrzymania Czystości. Nie dokonano też stosownych zmian wynikających ze zmiany (...) w zakresach obowiązków odpowiednich pracowników Działu Utrzymania Czystości.

(akta kontroli str. 581-600)

<sup>82</sup> Aneks nr 1 z 14 kwietnia 2020 r. rozszerzono zakres umowy o odbiór odpadów o kodzie 18 01 03\* z Izolatorium.

<sup>83</sup> Zagospodarowanie odpadów o kodzie 18 01 04 w okresie 2019-2022 wyniosło Szpital odpowiednio: 85,9 tys. zł, 142,6 tys. zł, 261,6 tys. zł i 65,0 tys. zł.

<sup>84</sup> 18 01 02\*, 18 01 03\*, 18 01 04, 18 01 08\*, 18 01 09 i 18 01 82\*.

<sup>85</sup> 18 01 02\*, 18 01 03\*, 18 01 08\*, 18 01 09 i 18 01 82\*.

<sup>86</sup> 18 01 04.

<sup>87</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 306, ze zm.

<sup>88</sup> Dz. Urz. MF. nr 15, poz. 84. Dalej „Komunikat Ministra Finansów”.

2. Dyrektor Szpitala nieprawidłowo wywiązywał się z określonego w art. 59 ust. 1 ustawy o odpadach, obowiązku składania Marszałkowi Województwa Podlaskiego wniosków o zmianę wpisu w rejestrze BDO, bowiem:

- nie wystąpiono z wnioskiem do Marszałka Województwa Podlaskiego o zmianę wpisu w rejestrze BDO w zakresie rodzajów wytwarzanych odpadów, tj. odpadów innych niż medyczne (np. 15 01 02, 15 02 03, 16 04 06)<sup>89</sup> wytwarzanych w Szpitalu oraz odpadów o kodzie 18 01 04<sup>90</sup> wytwarzanych w Punkcie Szczepień Powszechnych,
- wnioski aktualizacyjne w rejestrze BDO dotyczące powstania i likwidacji dwóch miejsc wytwarzania odpadów, tj. Izolatorium (odpowiednio wniosek z 2 marca 2021 r. i 23 lipca 2021 r.) oraz Punktu Szczepień Powszechnych (odpowiednio wniosek z 17 czerwca 2021 r. i 20 grudnia 2021 r.) złożono z przekroczeniem ustawowego 30 dniowego terminu<sup>91</sup>. (akta kontroli str. 214-225, 230-232, 368-402)

Dyrektor wyjaśnił, że Szpital nie aktualizował w zakresie rodzaju wytwarzanych odpadów wniosku rejestrowego złożonego w BDO. Odnosząc się do braku aktualizacji w zakresie kodu 18 01 04 wytwarzanego w Punkcie Szczepień Powszechnych, stwierdził, że odpad tego rodzaju powstał w trakcie prowadzenia działalności, czego nie przewidziano w chwili dokonywania wpisu. Ponadto Dyrektor wyjaśnił, że *Wnioski aktualizacyjne (...) o utworzenie dwóch dodatkowych miejsc prowadzenia działalności (...) zostały złożone po ustawowym terminie ze względu na trudności organizacyjne związane z panującą w tym czasie pandemią i koniecznością dokonania tego osobiście przez Dyrektora.*

(akta kontroli str. 605-619)

3. Ewidencję odpadów medycznych wytworzonych w Szpitalu w latach 2020-2022 (do dnia 30 kwietnia) Kierownik Działu Administracyjno-Gospodarczego prowadził w sposób nierzetelny i nie na bieżąco, co skutkowało dokonywaniem wpisów do bazy BDO z opóźnieniem, czym naruszono art. 66 ust. 1 ustawy o odpadach<sup>92</sup>. W Szpitalu ewidencję wytworzonych odpadów uzupełniano (prowadzono) bowiem na podstawie potwierdzonych przez odbiorców KPO. Dopiero po wystawieniu KPO w systemie BDO<sup>93</sup> i potwierdzeniu dostarczenia odpadów do nowego posiadacza przez transportującego, Kierownik Działu Administracyjno-Gospodarczego w systemie BDO wpisywał w zakładce „Wytworzone” w ramach konkretnego kodu datę wytworzenia odpadu (będącą datą przekazania) oraz masę przekazanego odpadu. Następnie w zakładce „Przekazane” na podstawie konkretnej KPO zatwierdzał przekazanie odpadów. Takie postępowanie skutkowało np. zaewidencjonowaniem odpadów wytworzonych w 2021 roku jako odpadów pochodzących z 2022 roku. Ustalono m.in., że np. 3 stycznia 2022 r. Szpital przekazał odpady 18 01 03\* o masie 0,9750 Mg firmie EMKA S.A. Z analizy wynika, że były to odpady przekazane do pomieszczenia wstępnego magazynowania 31 grudnia 2021 r. (0,2762 Mg), 1 stycznia 2022 r. (0,3607) i 2 stycznia 2022 r. (0,3381 Mg). Odpady wytworzone w rzeczywistości w 2021 roku ujęto w KEO w 2022 roku.

(akta kontroli str. 230-232, 256-448)

Odnosząc się do sposobu prowadzonej ewidencji Dyrektor wyjaśnił: *Należy stwierdzić, że brak wpisów w KEO na bieżąco tj. każdorazowo w dniu dostarczenia odpadów do miejsca tymczasowego przechowywania oraz fakt, że data wytworzenia odpadów jest tożsama z datą przekazania odpadów medycznych są nieprawidłowościami z formalnego punktu widzenia i nie powinny mieć miejsca (...). Ponadto Dyrektor wskazał, że Szpital w okresie sprawozdawczym przekazywał dane o odpadach przekazanych (nie wytworzonych), ponieważ data wytworzenia była tożsama z datą przekazania*

<sup>88</sup> Odpady wykazywano, jako wytworzone zarówno w KEO jak i w sprawozdaniach o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami.

<sup>89</sup> Wytworzono 0,011 Mg.

<sup>91</sup> Wnioski aktualizacyjne (dotyczące zgłoszenia nowych lokalizacji) dla Izolatorium i Punktu Szczepień Powszechnych złożono po upływie odpowiednio: 57 i 41 dni, licząc od daty pierwszego odebrania odpadów przez podmiot zewnętrzny (zgodnie z KEO). Natomiast wnioski aktualizacyjne (dotyczące wykreślenia nowych lokalizacji) dla Izolatorium i Punktu Szczepień Powszechnych złożono po upływie odpowiednio: 165 i 180 dni od daty ostatniego odebrania odpadów przez podmiot zewnętrzny (zgodnie z KEO).

<sup>92</sup> Posiadacz odpadów jest obowiązany do prowadzenia na bieżąco ilościowej i jakościowej ewidencji zgodnie z katalogiem odpadów określonym w odpowiednich przepisach

<sup>93</sup> Z treści KPO wynika, że osobą wystawiającą był Kierownik Działu Administracyjno-Gospodarczego.

odpadów oraz że (...) odpady przekazane 3 stycznia 2022 r. choć wytworzone, jak wskazała kontrola w dniu 31.12.2022r. zostały ujęte w KEO, jako wytworzone w 2022 roku z datą przekazania. (akta kontroli str. 605-627)

4. Pracownicy Szpitala nie w pełni przestrzegali przepisów rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych. Podczas przeprowadzonych 28 kwietnia 2022 r. oględzin miejsca wstępnego magazynowania odpadów medycznych (w tym zakaźnych) oraz na podstawie wykonanej dokumentacji zdjęciowej przez Kierownika Działu Utrzymania Czystości na oddziałach Szpitala w zakresie sposobu postępowania z odpadami medycznymi stwierdzono:

- Część etykiet na co najmniej sześciu workach z odpadami 18 01 03\* i 18 01 04 w miejscu wstępnego magazynowania odpadów i w brudowniku Oddziału Zakaźnego (w dniu 21 kwietnia 2022 r.) nie zawierała daty i godziny rozpoczęcia użytkowania lub daty i godziny zamknięcia, co było niezgodne z § 6 ust. 1 pkt 5 i 6 rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych.

Odnosząc się do braku wymaganych elementów Dyrektor wskazał, że *takie uchybienia niestety czasami występują i wynika to z błędów ludzkich. Pracownikom często przypominamy o prawidłowym znakowaniu worków z odpadami ze szczególnym naciskiem na wypełnienie oprócz daty otwarcia i zamknięcia worka również godziny otwarcia i zamknięcia.*

- Pom. nr 1 nie utrzymywano w należytej czystości. Podczas oględzin, stwierdzono zanieczyszczenie kratki ściekowej<sup>94</sup> m.in. papierami i folią, a w pobliżu kratki plamy po odciekach nieznanego pochodzenia, czym naruszono § 7 ust. 7 rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych.

Odnosząc się do stanu czystości pomieszczenia do wstępnego magazynowania odpadów Dyrektor wyjaśnił, że pomieszczenie (...) *jest myte i dezynfekowane po każdorazowym wywozie odpadów i na bieżąco. Kratka ściekowa znajduje się pod kontenerami w miejscu niewidocznym, co umożliwiło podczas bieżącego nadzoru identyfikację tego niedociągnięcia. Taki stan rzeczy wynikał z niewłaściwie zrealizowanego obowiązku przez pracowników, którzy w tym dniu pracowali (...).*

- Przy Pom. nr 1 i Pom. nr 2 nie było wydzielonych miejsc przechowywania czystych i zbierania brudnych środków ochrony indywidualnej, co było niezgodne z § 7 ust. 5 pkt 3 rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych. Opakowanie z jednorazowymi rękawicami oraz worki jednorazowe koloru czerwonego zlokalizowane były na parapetach po zabudowanych oknach. Stwierdzono także brak pojemnika na brudne środki ochrony indywidualnej.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *w intencji kontrolowanego miejscem wydzielonym na przechowywanie czystych środków ochrony indywidualnej – rękawic jednorazowych był parapet po zabudowanym oknie. Zostanie zamontowana odrębna szafka ścienna oznaczona, jako wydzielone miejsce na przechowywanie środków ochrony indywidualnej. (...) pomieszczenie zostało wyposażone w pojemnik na brudne środki ochrony osobistej.*

W trakcie kontroli NIK Zastępca Dyrektora ds. Eksploatacyjno-Technicznych pismem z 13 czerwca 2022 r., poinformował o zainstalowaniu szafki do przechowywania czystych środków ochrony indywidualnej oraz umieszczeniu kosza do zbierania brudnych środków ochrony indywidualnej.

- w Pom. nr 1 stwierdzono rozerwany worek z odpadem o kodzie 18 01 03\* nieumieszczony w całości w innym większym nieuszkodzonym worku, co było niezgodne z § 4 ust. 3 rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych<sup>95</sup>.

Odnosząc się do zaistniałej sytuacji, Dyrektor wyjaśnił: *W pomieszczeniu znajdują się zapasowe worki na wypadek uszkodzenia worka zawierającego te odpady. Z wywiadu*

<sup>94</sup> Kratka ściekowa połączona jest z ogólną szpitalną kanalizacją sanitarną. Ścieki podlegają dezynfekcji w kolektorze zbiorczym odpływowym przed połączeniem z siecią kanalizacji sanitarnej miejskiej za pomocą dozowania preparatu na bazie chloru.

<sup>95</sup> W przypadku uszkodzenia m.in. worka, umieszcza się go w całości w innym większym nieuszkodzonym worku spełniającym te same wymagania.

przeprowadzonego z pracownikami transportu wynika, że nie zauważyli oni jak worek rozdarł się w trakcie umieszczania go w kontenerze i dlatego nie zabezpieczyli go poprzez umieszczenie w drugim całym worku.

- W Pom. nr 2 wyposażonym w wentylację grawitacyjną odpady przechowywane były w niedomkniętym kontenerze, co było niezgodne z w § 7 ust. 2 pkt 8 rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych. Dyrektor wyjaśnił, że spowodowane to było niedociśnięciem pokrywy kontenera przez pracownika, co powinien był uczynić.  
(akta kontroli str. 526-575, 601-604, 628-631)

## IV. Wnioski

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

1. Określanie w uregulowaniach wewnętrznych Szpitala w sposób przejrzysty i spójny komórek organizacyjnych Szpitala i osób odpowiedzialnych za sposób wstępnego magazynowania odpadów.
2. Rzetelne i bieżące prowadzenie ilościowej i jakościowej ewidencji odpadów medycznych wytworzonych w Szpitalu, zgodnie z art. 66 ust. 1 ustawy o odpadach.
3. Terminowe składanie Marszałkowi Województwa Podlaskiego wniosków o zmianę wpisu w rejestrze BDO, zgodnie z art. 59 ust. 1 ustawy o odpadach.
4. Utrzymywanie na bieżąco czystości pomieszczeń do wstępnego magazynowania odpadów medycznych, zgodnie z § 7 ust. 7 rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych oraz przestrzeganie zasad wstępnego magazynowania odpadów określonych w § 4 ust. 3, § 6 ust. 1 pkt 5 i 6, § 7 ust. 2 pkt 8 tego rozporządzenia.

## 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.

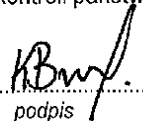
Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykonania wniosków

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

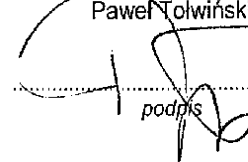
W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Białystok, dnia 28 czerwca 2022 r.

Kontroler  
Krzysztof Bakunowicz  
Inspektor kontroli państwowej

  
.....  
podpis

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

  
.....  
podpis