



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Katowicach

LKA.410.003.03.2022

**Pani  
Kinga Wieczorek  
p.o. Dyrektora  
Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej  
Szpitala Specjalistycznego Nr 1  
w Bytomiu**

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

# I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny nr 1 <sup>1</sup> , ul. Stefana Żeromskiego nr 7, 41-902 Bytom
Kierownik jednostki kontrolowanej	Kinga Wieczorek <sup>2</sup> , p.o. Dyrektora od 1 czerwca 2021 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Władysław Perchaluk, Dyrektor, od 1 marca 2021 r. do 31 maja 2021 r.</li><li>2. Zenon Przywara, p.o. Dyrektora, od 1 kwietnia 2019 r. do 29 lutego 2019 r.</li><li>3. Andrzej Tomczyk, Dyrektor, od 1 stycznia 2019 r. do 31 marca 2019 r.</li></ol> <p style="text-align: right;">(akta kontroli str. 2)</p>
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 dnia zakończenia czynności kontrolnych, 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 Najwyższej Izbie Kontroli <sup>3</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontroler	Anna Hulboj, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/29/2022 z 1 lutego 2022 r. <p style="text-align: right;">(akta kontroli str.1)</p>

---

<sup>1</sup> Zwany dalej: „Szpitalem”.

<sup>2</sup> Zwana dalej: „Dyrektorem”.

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

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

### OCENA OGÓLNA

W Szpitalu obowiązywała aktualna procedura postępowania z odpadami, która była zgodna z przepisami dotyczącymi magazynowania, odbioru i zagospodarowania wytwarzanych zakaźnych odpadów medycznych, w tym wytworzonymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Pracownicy Szpitala zostali zapoznani z tą procedurą, jednakże w Szpitalu nie dokonywano weryfikacji, czy szkoleniem w tym zakresie objęci zostali wszyscy pracownicy, którzy powinni takie szkolenie odbyć. W Szpitalu nie została wyznaczona osoba lub jednostka organizacyjna, na którą by nałożono obowiązki w zakresie całościowej dbałości o właściwe postępowanie z odpadami medycznymi, w tym z wytwarzanymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Nadzór i odpowiedzialność za te działania została podzielona na osoby realizujące poszczególne etapy postępowania z odpadami, przy czym tylko jedna z nich odbyła szkolenia z zakresu postępowania z odpadami medycznymi.

Szpital posiadał aktualną decyzję Prezydenta Miasta Bytomia pozwalającą na wytwarzanie odpadów i odpadów medycznych, a Marszałek Województwa Śląskiego dokonał jego rejestracji w *Bazie danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami*<sup>5</sup>. Podkreślić jednak należy, że w procesie rejestracji Szpital nie wykazał, jako miejsca wytwarzania odpadów, wchodzącego w jego skład Zakładu Patomorfologii, mającego siedzibę poza dwoma wykazanymi w BDO lokalizacjami.

Postępowanie z odpadami powstałymi na terenie Szpitala, z wyłączeniem opisanych niżej nieprawidłowości, było zgodne z przepisami, a ilość wytworzonych przez Szpital w badanym okresie zakaźnych odpadów medycznych nie przekraczała limitów określonych w decyzji.

Szpital zgodnie z przepisami, w trybie zamówień publicznych, dokonał wyboru wykonawcy usług odbioru, transportu i zagospodarowania wytwarzanych odpadów medycznych.

Negatywnie ocenić należy jednak fakt, że prowadzona w Szpitalu ewidencja odpadów i sprawozdawczość nie była rzetelna, gdyż Szpital nie rejestrował odpadów o kodzie 18 01 82 oraz całości odpadów, w tym odpadów medycznych, wytwarzanych przez Zakład Patomorfologii. Ponadto, sprawozdanie za rok 2019 przekazane zostało Marszałkowi Województwa Śląskiego nieterminowo, tj. ponad dwa miesiące po upływie terminu ustawowego.

Stwierdzono też, że w pomieszczeniu przy ul. Żeromskiego 7 magazynowano odpady medyczne o kodzie 18 01 02\* bez zapewnienia odpowiedniej temperatury wewnątrz pomieszczenia<sup>6</sup>. Podkreślić jednak należy, że nieprawidłowość ta została usunięta w trakcie kontroli.

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

<sup>5</sup> Zwanej dalej: „BDO”.

<sup>6</sup> Zgodne z § 8 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. poz. 1975, zwane dalej: *rozporządzeniem w sprawie odpadów medycznych*), który stanowi, że wstępne magazynowanie odpadów medycznych o kodzie 18 01 02\* odbywa się w temperaturze do 10°C. W dniu oględzin temperatura w tym pomieszczeniu wynosiła 15°C.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>7</sup> kontrolowanej działalności

OBSZAR	<b>1. Postępowanie z wytwarzanymi na terenie szpitala zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym wytwarzanymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19</b>
Opis stanu faktycznego	<p>1. W okresie objętym kontrolą, w obowiązujących w Szpitalu regulaminach organizacyjnych<sup>8</sup> nie wskazano osoby lub komórki organizacyjnej, do której obowiązków należałoby prowadzenie nadzoru nad postępowaniem z zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym wytworzonymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.</p> <p>Dyrektor wyjaśniła, że osobami odpowiedzialnymi za prawidłowy przebieg tego procesu były realizujące zadania w ww. zakresie dwie pielęgniarki epidemiologiczne, którym w okresie objętym kontrolą, w regulaminach organizacyjnych przypisano zadanie polegające na koordynowaniu działalności związanej z higieną sanitarną i przeciwdziałaniem zagrożeniom epidemiologicznym.</p> <p>W zakresach obowiązków tych pielęgniarek przypisano im: zadanie koordynacji i wypracowania standardów organizacyjnych dotyczących systemu pracy w Szpitalu, obejmujących m.in. sposoby zbierania, gromadzenia i unieszkodliwienia odpadów. Osoby te ukończyły studia na kierunku pielęgniarstwo, uzyskując tytuł magistra pielęgniarstwa oraz odbyły szkolenie specjalistyczne w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, uzyskując tytuł Pielęgniarki Specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego. Osoby te nie odbyły jednak szkoleń w zakresie postępowania z odpadami medycznymi.</p> <p style="text-align: right;">(akta kontroli str. 3— 34, 46 i 94)</p> <p>Dyrektor wskazała też, że zadania w zakresie zapewnienia odbioru i unieszkodliwienia odpadów medycznych realizowało troje pracowników Działu Organizacji i Infrastruktury<sup>9</sup>. Pracownicy ci posiadali wykształcenie z zakresu rachunkowości zarządczej, ekonomii oraz finansów i zarządzania w ochronie zdrowia w specjalności gospodarowanie zasobami w ochronie zdrowia. Spośród nich tylko jedna osoba (kierownik DOI) uczestniczyła w szkoleniach dotyczących prawidłowej gospodarki odpadami medycznymi w jednostkach służby zdrowia<sup>10</sup>.</p> <p style="text-align: right;">(akta kontroli str. 46 – 47)</p> <p>Kierownikowi DOI, w zakresie obowiązków, przypisane zostało zadanie obejmujące nadzór, a jednemu pracownikowi DOI – bieżące prowadzenie spraw związanych z odpadami niebezpiecznymi oraz odpadami komunalnymi i innymi niebezpiecznymi. Trzeciemu ze wskazanych przez Dyrektora pracowników nie przypisano jakichkolwiek zadań związanych z odpadami medycznymi.</p> <p style="text-align: right;">(akta kontroli str. 24, 35 – 47)</p>

<sup>7</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>8</sup> Wprowadzonych w życie zarządzeniami wewnętrznymi Dyrektora Szpitala odpowiednio: nr 8/2019 z 22 lutego 2019 r. oraz nr 39/2021 z 30 czerwca 2021 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Organizacyjnego Szpitala.

<sup>9</sup> Zwany dalej: „DOI”

<sup>10</sup> Po jednym szkoleniu w 2017 r. i 2018 r.

W Regulaminie organizacyjnym Szpitala z 2019 r. DOI<sup>11</sup> nie przypisano zadań dotyczących zbierania, gromadzenia i unieszkodliwienia odpadów, natomiast w Regulaminie organizacyjnym z 2021 r. komórce tej przypisano nadzór nad działalnością utworzonej 1 lutego 2021 r. Sekcji Higieny Ogólnoszpitalnej, do której należało m.in.:

- usuwanie odpadów komunalnych i innych niż niebezpieczne z miejsca wytworzenia do pojemników zbiorczych, opróżnianych przez firmę zewnętrzną,
- transport fizyczny odpadów niebezpiecznych z miejsc wytworzenia do magazynu odpadów niebezpiecznych, zgodnie z obowiązującymi przepisami ogólnymi i wewnątrzszpitalnymi.

(akta kontroli str. 21)

Poprzednio, tj. przed 1 lutego 2021 r., zadania te były realizowane przez pracowników firmy zewnętrznej, z których 40 zostało zatrudnionych w ww. sekcji.

(akta kontroli str. 53 – 59 i 95 – 96)

Pytana o przyczyny niewskazania w Regulaminie organizacyjnym Szpitala osób odpowiedzialnych za nadzór nad postępowaniem z zakaźnymi odpadami medycznymi, Dyrektor wyjaśniła, że zadania te zostały powierzone pielęgniarce epidemiologicznej w Regulaminie organizacyjnym, który - pomimo ogólnego zapisu - uwzględnia jej zdaniem kwestie odpowiedzialności za sprawy związane z postępowaniem z odpadami niebezpiecznymi. Wskazała też, że pielęgniarki epidemiologiczne posiadają odpowiednie wykształcenie, a obowiązujące przepisy nie obligują Dyrektora Szpitala do skierowania każdego pracownika zaangażowanego w zadania związane z postępowaniem z odpadami niebezpiecznymi na specjalistyczne szkolenia.

(akta kontroli str. 94)

Zdaniem NIK, zwłaszcza w przypadku obchodzenia się z zakaźnymi odpadami medycznymi, należy zadbać, aby osoby zarządzające i realizujące zadania związane z procesem zbierania, gromadzenia i utylizacji takich odpadów posiadały wiedzę i umiejętności pozwalające na bezpieczne, skuteczne i efektywne wykonywanie powierzonych im zadań, a zakres zadań poszczególnych komórek organizacyjnych jednostki oraz pracowników powinien być określony w sposób przejrzysty i spójny.

2. W okresie objętym kontrolą, zgodnie z wymogami określonymi w § 11 ust. 1 *rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych*, w Szpitalu obowiązywała procedura higieniczna *Postępowanie z odpadami medycznymi* z 15 stycznia 2019 r. (wydanie nr 6)<sup>12</sup>, która w dniach 17-29 stycznia 2019 r. została przekazana do wiadomości i stosowania 22 komórkom organizacyjnym Szpitala, co potwierdzono podpisami osób ją odbierających.

W *Procedurze* wyszczególniono odpady medyczne wytwarzane przez Szpital, zasady ich segregowania, magazynowania oraz transportu. Zawarte w niej były również postanowienia dotyczące gromadzenia odpadów medycznych, nakazujące gromadzenie ich w workach jednorazowego użycia z folii polietylenowej wskazanego koloru, nieprzeźroczystych, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia. Odpady zakaźne polecono gromadzić w workach koloru czerwonego, odpady niebezpieczne, inne niż zakaźne polecono gromadzić w workach koloru żółtego, a odpady medyczne inne niż niebezpieczne – w workach koloru zielonego. Odpady medyczne zakaźne o ostrym

<sup>11</sup> Która wówczas nosiła nazwę Sekcja Organizacji i Infrastruktury.

<sup>12</sup> Zwana dalej: „Procedurą”.

końcach i krawędziach polecono gromadzić w sztywnych pojemnikach jednorazowego użycia, odpornych na działanie wilgoci, mechanicznie odpornych na przecięcia lub pęknięcia – w kolorze czerwonym, a odpady inne niż niebezpieczne o kodzie 18 01 09 – w pojemnikach w kolorze niebieskim. W *Procedurze* ustalono, że magazynowanie odpadów medycznych o kodzie 18 01 02 może odbywać się tylko w temperaturze do 10°C.

Wskazano także, by wszystkie odpady, w tym z żywienia pacjentów<sup>13</sup>, pochodzące z Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego i Hepatologii, Poradni WZS, Poradni Gruźliczej, Sal Operacyjnych, Izby Przyjęć, Pracowni Endoskopii traktować jako odpady medyczne o kodzie 18 01 03.

Procedura ta w okresie objętym kontrolą nie była aktualizowana.

(akta kontroli str. 59 – 65, 66)

W *Procedurze* nie wskazano jednoznacznie, kto był odpowiedzialny za nadzór i właściwą realizację jej postanowień, a w szczególności za poszczególne czynności związane z postępowaniem z odpadami medycznymi, tj. segregacją odpadów, transportem wewnętrznym, przygotowaniem do transportu na zewnątrz, prawidłowym ich magazynowaniem oraz prawidłowym ich przekazaniem do utylizacji.

W odniesieniu do tej kwestii, w *Procedurze* stwierdzono, że odpowiedzialność za opisane w niej czynności ponoszą: *lekarze, studenci, pielęgniarki, pracownicy firmy sprzątającej/żywniowej i inny personel medyczny (statystyk, technik rtg, rehabilitant itp.)*.

(akta kontroli str. 47 i 59)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że nie znajduje uzasadnienia prawnego, obligującego do wskazania w *procedurze* konkretnych osób odpowiedzialnych za poszczególne etapy postępowania z odpadami. Jak podała dalej, segregacja odpadów medycznych odbywa się w miejscu ich wytwarzania przez personel wykonujący czynności medyczne, natomiast zamykaniem worków, odpowiednim opisaniem i transportem odpadów do miejsca magazynowania zajmują się pracownicy Sekcji Higieny Ogólnoszpitalnej, a procedurą przekazania odpadów do utylizacji i systemem BDO zajmują się wyznaczeni pracownicy DOI.

(akta kontroli str. 99)

W Regulaminie organizacyjnym z 2021 r., zadania obejmujące usuwanie odpadów komunalnych i innych niż niebezpieczne z miejsc wytworzenia do pojemników zbiorczych opróżnianych przez firmę zewnętrzną oraz transport fizyczny odpadów niebezpiecznych do magazynu odpadów niebezpiecznych przypisano Sekcji Higieny Ogólnoszpitalnej.

(akta kontroli str. 21)

Szkolenia z ww. procedury w komórkach organizacyjnych Szpitala przeprowadzone zostały przez pielęgniarkę epidemiologiczną, co udokumentowane zostało sporządzonymi na tę okoliczność protokołami. Z zapisów w tych protokołach wynika, że podczas szkolenia zwrócono uwagę na:

- *rozporządzenie w sprawie odpadów medycznych,*
- wprowadzenie zmian w opisywaniu metryczek na pojemnikach i workach,
- wprowadzenie nowej kolorystyki pojemników na odpady o kodzie 18 01 09.

W protokołach stwierdzono, że: *Personel medyczny zapoznał się i wdrożył obowiązującą procedurę,* a przeszkoleni pracownicy danej komórki organizacyjnej poświadczali ten fakt podpisami. Z treści tych protokołów nie można jednak

---

<sup>13</sup> Tj. o kodzie 18 01 82\*.

wywnioskować, czy wszyscy pracownicy, którzy powinni zapoznać się z procedurą w danej jednostce organizacyjnej, zostali z nią zapoznani. Pielęgniarka epidemiologiczna, która przeprowadzała ww. szkolenie wyjaśniła, że w dniu szkolenia osoby, które tego dnia były w pracy, zgromadziły się w dyżurce pielęgniarskiej, a ona przedstawiła im zmiany, które zostały wprowadzone w postępowaniu z odpadami. Szkolenia te trwały maksymalnie do 30 minut. Jak wyjaśniła dalej, pracownicy obecni na szkoleniu podpisywali się na protokole ze szkolenia, a pracownicy nieobecni zostali przeszkoleni przez pielęgniarki oddziałowe podczas pełnionego przez siebie dyżuru. W szkoleniu wzięli udział i podpisali się pracownicy średniego szczebla medycznego, z pominięciem lekarzy<sup>14</sup>. Wyjaśniła też, że protokół ze szkolenia został pozostawiony w danej komórce organizacyjnej, tak by mogły się pod nim podpisać osoby przeszkolone przez pielęgniarkę oddziałową. Po uzupełnieniu, protokoły zostały zwrócone do Sekcji Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

W Szpitalu nie weryfikowano, czy wszyscy pracownicy, którzy powinni być przeszkoleni, odbyli to szkolenie. Przeprowadzająca szkolenie wyjaśniła, że została ustnie zapewniona, że cały personel średniego szczebla został przeszkolony, lecz nie posiadała wiedzy, w jaki sposób zapoznawano z procedurą osoby będące długo nieobecne (usprawiedliwione) w pracy. Sekcja Kontroli Zakażeń Szpitalnych nie posiadała informacji o przeszkoleniu tych osób.

(akta kontroli str. 70 – 71)

Z wyjaśnień Dyrektor wynikało, że pracownicy nieobecni podczas ww. szkolenia, zostali przeszkoleni przez pielęgniarki koordynujące (kierowników działów). Stwierdziła przy tym, że takie działanie *uznaliśmy jako prawidłowe z uwagi na fakt braku wytycznych dotyczących sposobu w jaki powinno się przeprowadzać tego typu szkolenia, wymogu prowadzenia dokumentacji z tych czynności.*

(akta kontroli str. 95 i 100)

W związku z utworzeniem od 1 lutego 2021 r. Sekcji Higieny Ogólnoszpitalnej, zatrudnione w niej osoby, potwierdziły podpisem zapoznanie się z obowiązującymi w Szpitalu procedurami, w tym z postępowaniem z odpadami medycznymi.

(akta kontroli str. 54 – 58)

3. Szpital posiadał aktualną decyzję Prezydenta Miasta Bytomia - pozwolenie na wytwarzanie odpadów<sup>15</sup> z dnia 29 maja 2013 r., która była ważna do 29 maja 2023 r. W okresie objętym kontrolą decyzja ta nie była aktualizowana. Szpital nie posiadał własnej instalacji unieszkodliwiania odpadów.

(akta kontroli str. 47 i 73 – 76)

Obowiązująca *Procedura* postępowania z odpadami dotyczyła postępowania z nimi we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala, od ich wytworzenia, poprzez ich transport wewnętrzny z miejsca powstania do miejsca magazynowania, zaś w opisanej wyżej decyzji podano dopuszczalną ich ilość, jaką może wytworzyć Szpital w ciągu roku, a także zawarto uregulowania dotyczące miejsca i sposobu magazynowania odpadów. Wskazano w niej również, że odpady mają być odbierane przez podmioty posiadające odpowiednie zezwolenie w zakresie gospodarowania odpadami.

Marszałek Województwa Śląskiego wpisał z urzędu Szpital do BDO. Pismem<sup>16</sup> z 26 czerwca 2018 r. Marszałek Województwa Śląskiego, zawiadomił Szpital

<sup>14</sup> Lekarze nie biorą udziału w procedurach medycznych dotyczących odpadów.

<sup>15</sup> Nr ZEO.6221.1.2013.

<sup>16</sup> Nr OS-RW.KW-02738/18.

o nadaniu mu indywidualnego numeru rejestrowego oraz aktywacji indywidualnego konta BDO.

(akta kontroli str. 77 – 78)

Po uzyskaniu wpisu w BDO, Szpital wniósł o jego aktualizację, polegającą na ujęciu dwóch lokalizacji, w których Szpital wytwarzał odpady medyczne oraz uzupełnieniu wykazu wytwarzanych odpadów. W aktualizacji tej nie wniesiono natomiast o ujęcie w BDO należącego do Szpitala Zakładu Patomorfologii, który ma siedzibę poza ww. dwoma lokalizacjami.

(akta kontroli str. 79 – 90)

Według danych zawartych w sprawozdaniach, w kolejnych latach okresu objętego kontrolą (2019-2021), Szpital wytworzył i przekazał następujące ilości zakaźnych odpadów medycznych:

- 18 01 02\* - odpowiednio: 0,05103 Mg, 0,118 Mg i 0,1250 Mg,
- 18 01 03\* - odpowiednio: 34,7650 Mg, 35,4230 MG i 44,4450 Mg.

Natomiast w styczniu i lutym 2022 r. liczby wytworzonych i zaewidencjonowanych przez Szpital zakaźnych odpadów medycznych wyniosły: o kodzie 18 01 02\* - 0,0130 Mg, a o kodzie 18 01 03\* - 3,9230 Mg.

W latach 2019-2021 r. wytworzone przez Szpital i zaewidencjonowane w BDO odpady medyczne wyniosły łącznie odpowiednio: 60,1080 Mg, 58,0789 Mg i 72,656 Mg, przy czym udział zakaźnych odpadów medycznych w tych odpadach medycznych wynosił, odpowiednio: 57,92%, 61,19% i 61,34%.

(akta kontroli str. 48, 109 – 133, 160 – 191 i 238 – 254)

W ww. latach Szpital nie przekroczył limitów wytwarzanych zakaźnych odpadów medycznych określonych w pozwoleniu na wytwarzanie odpadów, które wynosiły dla odpadów 18 01 02\* - 0,8 Mg, a dla odpadów 18 01 03\* - 50 Mg.

(akta kontroli str. 73 – 76)

Szpitala nie obowiązywało polecenie wojewody dotyczące limitów wytwarzanych odpadów, czy sposobu postępowania z odpadami.

(akta kontroli str. 48)

4. Szpital nie prowadził ewidencji wagowej odpadów komunalnych, nie jest zatem możliwe podanie udziału wytwarzanych zakaźnych odpadów medycznych w wytwarzanych odpadach ogółem.

(akta kontroli str. 48)

Wytwarzane w Szpitalu odpady klasyfikowano przy użyciu kodów odpadów określonych w obowiązujących w danym okresie przepisach<sup>17</sup>.

Odpady medyczne wytworzone w związku z leczeniem pacjentów zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2 nie były wyodrębniane z odpadów 18 01 03\*.

(akta kontroli str. 49)

Odpady medyczne wytworzone w Szpitalu w całości były przekazywane do instalacji termicznego przekształcenia odpadów<sup>18</sup>.

(akta kontroli str. 50)

W okresie objętym kontrolą, Szpital zawarł stosowne umowy na odbiór odpadów komunalnych, gruzu budowlanego i odpadów wielkogabarytowych (w 2019 r.)

<sup>17</sup> Odpowiednio: rozporządzenie Ministra Klimatu z dnia 2 stycznia 2020 r. w sprawie katalogu odpadów (Dz. U. poz. 10), a poprzednio - rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 9 grudnia 2014 r. w sprawie katalogu odpadów (Dz. U. poz. 1923), zwanych dalej: „katalogiem odpadów”.

<sup>18</sup> W procesie typu D10.



oraz odpadów komunalnych i opakowaniowych z budowy i remontów z dwóch kompleksów budynków Szpitala (w 2020 r. i 2021 r.) z dwóch siedzib Szpitala. W umowach na 2020 r. i 2021 r. określono rodzaje i kwalifikacje odpadów<sup>19</sup>, harmonogram odbioru poszczególnych odpadów oraz rodzaj i pojemność (w litrach i w metrach sześciennych) pojemników i kontenerów, które wykonawca usługi winien zapewnić. W umowach tych podano też szacowaną liczbę odbiorów zapełnionych pojemników, cenę jednostkową odbioru danego pojemnika oraz łączną wartość umowy.

(akta kontroli str. 262 – 279)

Zgodnie z art. 70 ust. 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach<sup>20</sup>, w Szpitalu - dla wykazywanych jako wytwarzane przez Szpital zakaźne odpady medyczne o kodach 18 01 02\* i 18 01 03\* - prowadzono Karty Ewidencji Odpadów (KEO), od 2020 r. rozdzielnie dla dwóch lokalizacji Szpitala, tj. przy ul. Żeromskiego 7 i w al. Legionów 49.

(akta kontroli str. 103 – 108, 147 – 159 i 205 – 237)

Szpital nie wykazywał i nie ewidencjonował pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych, tj. odpadów o kodzie 18 01 82\*, co przedstawiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W umowach zawartych w latach 2019-2021 na usługę odbioru, transportu i utylizacji odpadów medycznych, Szpital zobowiązał usługodawcę do odbierania resztek pokonsumpcyjnych, przy czym pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych, nakazano traktować jak zakaźne (opisane kodem 18 01 82\*) i gromadzić w czerwonych workach. Od usługodawcy wymagano jednocześnie posiadania aktualnej umowy na utylizację tych odpadów. Usługodawca posiadał umowę na odbiór odpadów o kodzie 18 01 82\*, przy czym odbiorcą tych odpadów był jeden z podmiotów wchodzących w skład konsorcjum odbierających odpady medyczne od Szpitala.

(akta kontroli str. 331 – 377)

Odpady pokonsumpcyjne powstałe podczas leczenia chorych na COVID-19 w Oddziale Zakaźnym i w Tymczasowych Oddziałach Covidowych były klasyfikowane jako odpady o kodzie 18 01 03\* i przekazywane przez Szpital do unieszkodliwienia na podstawie posiadanej umowy na utylizację takich odpadów. Zagadnienie to przedstawiono szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 49 i 298)

W badanym okresie jedną z komórek organizacyjnych Szpitala był Zakład Patomorfologii, który znajdował się poza ww. dwoma siedzibami Szpitala. Zakład ten wytwarzał zakaźne odpady medyczne o kodzie 18 01 03\*, które były wrzucane do pojemników będących własnością podmiotu wynajmującego pomieszczenia, w którym mieścił się ten zakład<sup>21</sup>. Szpital nie wykazywał i nie ewidencjonował odpadów medycznych wytwarzanych przez tę komórkę, co przedstawiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 100, 378 – 382, 329 i 616 – 617)

Sprawozdania o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami za 2020 r. i 2021 r. zostały złożone Marszałkowi Województwa Śląskiemu w wymaganym terminie, tj. do dnia 15 marca za poprzedni rok kalendarzowy, zgodnie z art. 76

<sup>19</sup> O kodach: 20 03 01, 20 03 07, 15 01 01, 15 01 02, 15 01 07 i 17 01 07.

<sup>20</sup> Dz.U. z 2022 r. poz. 699, zwana dalej: *ustawą o odpadach*.

<sup>21</sup> Wynajmującym było Śląskie Centrum Medycyny Sądowej, zarejestrowane w rejestrze BDO i prowadzące m.in. taką samą działalność jak należący do Szpitala Zakład Patomorfologii.

ust. 1 *ustawy o odpadach*. Sprawozdanie za 2019 r. zostało złożone przez Szpital z naruszeniem tego terminu, co przedstawiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 255 – 258)

W okresie od 1 stycznia do 5 września 2019 r. podmiot unieszkodliwiający zakaźne odpady medyczne, zgodnie z art. 95 ust. 4 *ustawy o odpadach*, wystawiał dokumenty potwierdzające unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych, co było podstawą przejęcia odpowiedzialności za gospodarowanie zakaźnymi odpadami na następnego posiadacza odpadów (art. 27 ust. 6 *ustawy o odpadach*)<sup>22</sup>. Dokument potwierdzający unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych był zgodny z wzorem dokumentu określonego w załączniku do rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 13 stycznia 2014 r. w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych<sup>23</sup>. W dokumentach tych wykazywano odpady o kodzie 18 01 02\* i 18 01 03\*, odebrane z dwóch siedzib Szpitala, tj. z ul. Żeromskiego 7 i al. Legionów 49.

(akta kontroli str. 259 – 261)

W wyniku sprawdzenia czterech losowo wybranych Kart Przekazania Odpadów<sup>24</sup> stwierdzono, że odpady przekazane ww. kartami zostały prawidłowo wykazane w Kartach Ewidencji Odpadów oraz że zgadzały się nr karty, data przekazania, kod i masa odpadów.

(akta kontroli str. 280)

5. W wyniku oględzin przeprowadzonych w czterech oddziałach szpitalnych, w celu ustalenia czy w Szpitalu dotrzymywane są wymagania w zakresie postępowania z zakaźnymi odpadami medycznymi, stwierdzono że:
- odpady były zbierane i segregowane w miejscach ich powstawania, tj. w pokojach zabiegowych,
  - odpady medyczne były zbierane do worków jednorazowego użycia, w odpowiednich kolorach, określonych w § 3 *rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych*, w tym odpady o kodach 18 01 03\* do worków koloru czerwonego,
  - odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach były zbierane do pojemników,
  - worki były umieszczane w sztywnych pojemnikach wielokrotnego użycia w sposób pozwalający na uniknięcie zakażenia osób mających kontakt z workiem lub pojemnikiem, a pojemniki otwierane były za pomocą pedała nożnego,
  - wybrane losowo pięć worków posiadało oznakowanie identyfikujące, zawierające dane określone w § 6 ust. 1 pkt 1-6 *rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych*, w tym godzinę otwarcia (rozpoczęcia użytkowania),
  - według analizy dat na oznaczeniu wybranych worków, żaden z nich nie był używany dłużej niż 72 godziny,
  - pokoje zabiegowe były wyposażone w umywalki,
  - w pokojach zabiegowych były wywieszane informacje o kodach odpadów oraz o segregacji odpadów,
  - wypełnione worki były przenoszone do tymczasowego magazynu, zlokalizowanego na każdym oddziale poddanym oględzinom,

<sup>22</sup> Obowiązek ten został uchylony mocą ustawy z dnia 19 lipca 2019 r o zmianie ustawy o utrzymaniu czystości i porządku w gminach oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2019 r. poz. 1579, ze zm.)

<sup>23</sup> Dz. U. z 2014 r. poz. 107. Rozporządzenie to wygasło z dniem 3 maja 2020 r.

<sup>24</sup> Zwanych dalej „KPO”.

- we wszystkich czterech oddziałach drzwi do tymczasowego magazynu były zamykane na klucz,
- w trzech oddziałach drzwi do tymczasowego magazynu oznaczone były symbolem odpady zakaźne, a w jednym (Oddział Neurologii) nie było tego oznaczenia, lecz widniała przy nich karta z napisem „Brudownik”,
- w tymczasowych magazynach znajdowały się kubły, wyłożone workami w różnych kolorach, do których przenoszono wypełnione odpadami worki z pokoiów zabiegowych, w trzech oddziałach kubły te były opisane, w magazynie tymczasowym oddziału neurologii, kubły te nie były opisane.

Szpital posiadał dla dwóch swoich lokalizacji odrębne miejsca magazynowania zakaźnych odpadów medycznych, tj. przy ul. Legionów 49 i przy ul. Żeromskiego 7. Oba pomieszczenia magazynowe były zlokalizowane na wewnętrznym, ogrodzonym placu. Zgodnie w § 7 ust. 2 *rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych*, pomieszczenia te posiadały niezależne wejście zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych, za pomocą drzwi bez progu zamykanych na klucz. Ściany i podłogi wykonane były z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję. Pomieszczenia nie posiadały okien ani innych otworów (zabezpieczenie przed owadami). W środku pomieszczeń były wyznaczone miejsca, w których w pojemnikach i kontenerach były gromadzone odpady, a znajdujące się tam pojemniki były oznakowane. W momencie przeprowadzania oględzin, jeden pojemnik - na odpady medyczne 18 01 03\*, był przepelniony, a pozostałe były szczelnie zamknięte. Pomieszczenia były wyposażone w termometry do pomiaru temperatury wewnątrz oraz w urządzenie chłodnicze. Pojemniki były szczelne, zabezpieczone przed rozprzestrzenianiem się magazynowanych odpadów medycznych, w tym ewentualnych odcieków z tych odpadów. Przy pomieszczeniach, w przedsiionku była umywalka, zainstalowana w sposób umożliwiający umycie rąk bezpośrednio po wyjściu z pomieszczenia. Pomieszczenia były utrzymane w czystości. W wyniku sprawdzenia losowo wybranego worka z odpadami medycznymi o kodzie 18 01 03\* stwierdzono, że był on oznakowany w sposób zawierający informacje wymagane w § 6 ust. 1 pkt 1-4 *rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych*. Na oznakowaniu worka wpisana była data otwarcia (rozpoczęcia użytkowania) i data zamknięcia worka, lecz nie było wpisanej godziny otwarcia i zamknięcia worka, czego wymaga § 6 ust. 1 pkt 5 i 6 *rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych*.

(akta kontroli str. 281 – 294)

Worki z zakaźnymi odpadami medycznymi, których użytkowanie zakończono były zawiązane. W jednym pomieszczeniu przechowywano odpady medyczne o kodzie 18 01 02\* w temperaturze powyżej 10°C, co przedstawiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 290 i 297)

Zawierając umowę<sup>25</sup> na zakup i dostawę artykułów i środków czystości, Szpital nie określił wymagań technicznych i jakościowych w odniesieniu do zamawianych worków, a wynikających z § 3 *rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych*, który nakazuje zbieranie odpadów medycznych do worków jednorazowego użycia z folii polietylenowej, określonego koloru, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia. Dyrektor Szpitala nie potrafiła wyjaśnić przyczyn takiego stanu.

(akta kontroli str. 303 i 307)

W wyniku przeprowadzonej w Szpitalu w 2018 i 2019 r. kontroli sanitarnej w zakresie oceny prawidłowości postępowania z odpadami medycznymi, Śląski

<sup>25</sup> Umowa nr 65/2021 z 1 czerwca 2021 r.

Państwowy Inspektor Sanitarny w Katowicach stwierdził niespełnianie przez Szpital wymogów *rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych*<sup>26</sup>. Po przeprowadzonych w 2020 r. i 2021 r. kontrolach sprawdzających stwierdzono wykonanie nakazanych czynności.

(akta kontroli str. 309 – 322)

O zasadach postępowania z odpadami medycznymi personel Szpitala został poinformowany poprzez zapoznanie się z *Procedurą*. Procedura ta nie określała jednak sposobu informowania pacjentów Szpitala o zasadach postępowania z odpadami medycznymi.

(akta kontroli str. 51)

6. W okresie objętym kontrolą, Szpital rokrocznie wyłaniał w drodze przetargu wykonawcę usługi odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych, nie odstępując przy tym - w oparciu o przepisy szczególne - od trybu zamówień publicznych.

W wyniku przeprowadzonych postępowań, za każdym razem wykonawcą ww. usługi zostawało konsorcjum składające się z firm: Sarpi Dąbrowa Górnicza sp. z o.o. i EKOMED Gospodarka Opadami sp. z o.o.<sup>27</sup>.

(akta kontroli str. 51 – 52, 383 – 394 i 581 – 612)

W specyfikacjach istotnych warunkach zamówienia na ww. usługi, opracowanych do przetargów przeprowadzonych w latach 2018-2020 oraz w specyfikacji warunków zamówienia opracowanej w 2021 r., Szpital wymagał zezwolenia na odbiór, transport i unieszkodliwianie odpadów objętych postępowaniem. Ww. podmioty, składając ofertę przedstawiały wymagane zezwolenia w tym zakresie. Obie firmy w 2018 r. uzyskały wpis do rejestru BDO, a ich konta były aktywowane, zgodnie z art. 50 ust. 1 *ustawy o odpadach*.

(akta kontroli str. 395 – 432)

Wykonawca posiadał pozwolenie na czas nieoznaczony dla instalacji do termicznego przekształcania odpadów (spalarni odpadów)<sup>28</sup>. Wykonawca posiadał też wydawane co roku przez Marszałka Województwa Śląskiego zezwolenie na zbieranie odpadów niebezpiecznych oraz innych niż niebezpieczne, które obejmowały m.in. medyczne odpady zakaźne wytwarzane przez Szpital.

(akta kontroli str.433 – 580)

W trakcie realizacji umów obejmujących usługę odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych, w okresach od 24 lipca 2019 r. do 30 września 2019 r. oraz od 1 października 2021 r. do 14 grudnia 2021 r. jeden z podmiotów wchodzących w skład realizującego tę usługę konsorcjum, nie posiadał zezwolenia na zbieranie zakaźnych odpadów medycznych wytwarzanych przez Szpital o kodach 18 01 02\*, 18 01 03\*, a tym samym nie spełniał w ww. okresach wymogów zawartych w umowach ze Szpitalem.

Wynikało to z faktu, że:

- zezwolenie na zbieranie zakaźnych odpadów medycznych, wydane decyzją Marszałka Województwa Śląskiego nr 2280/OS/2018 z dnia 24 lipca 2018 r. zostało udzielone do 23 lipca 2019 r, a następne zezwolenie, w oparciu

<sup>26</sup> Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły m.in. braku procedury postępowania z odpadami medycznymi w zakresie stosowania odpowiedniej kolorystyki worków i pojemników na odpady medyczne o kodzie 18 01 09 oraz niedostosowania pomieszczeń do magazynowania odpadów do wymogów.

<sup>27</sup> Zwane dalej „Wykonawcą”.

<sup>28</sup> Decyzja Marszałka Województwa Śląskiego nr 766/OS/2013 z 29 marca 2023 r. zmienioną decyzją nr 2584/OS/2013 r.

o wniosek z 28 czerwca 2019 r., zostało udzielone decyzją nr 2669/OS/2019 dnia 1 października 2019 r.,

- zezwolenie na zbieranie zakaźnych odpadów medycznych, wydane decyzją Marszałka Województwa Śląskiego nr 2526/OS/2020 z dnia 1 października 2020 r. zostało udzielone do 30 września 2021 r., a następne zezwolenie, w oparciu o wniosek z 12 maja 2021 r., zostało udzielone decyzją nr 4523/OS/2021 z dnia 15 grudnia 2021 r.

(akta kontroli str. 540 – 560)

W okresach nieposiadania ww. zezwolenia, umowa na usługę odbioru, transportu i utylizacji odpadów medycznych z konsorcjum była realizowana.

Przed upływem ważności zawartej z konsorcjum umowy nr 143/2020 z dnia 5 października 2020 r. na usługę odbioru, transportu i utylizacji odpadów medycznych, Szpital zorganizował cztery przetargi<sup>29</sup>, na ww. usługę. Przetargi te zostały unieważnione z powodu braku ofert. Umowa ta stosownymi aneksami została przedłużona do 31 grudnia 2021 r. Po uzyskaniu przez Sarpi zezwolenia na zbieranie zakaźnych odpadów medycznych (decyzja z 15 grudnia 2021 r.) dnia 30 grudnia 2021 r. zawarta została kolejna umowa z konsorcjum na ww. usługi.

(akta kontroli str. 600 – 605 i 618)

Dyrektor wyjaśniła, że w okresach, kiedy jeden z podmiotów wchodzących w skład konsorcjum nie posiadał zezwolenia na zbieranie zakaźnych odpadów medycznych, usługa była realizowana, ponieważ Szpital nie posiadał możliwości przekazywania tych odpadów do innego odbiorcy oraz gromadzenia ich na własnym terenie. Szpital był także poinformowany o oczekiwaniu przez wykonawcę na wydanie wymaganej decyzji.

(akta kontroli str. 308)

Umowy na usługę odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych były zawierane na dwunastomiesięczne okresy, bądź do czasu wyczerpania wartości brutto, w zależności, które z tych zdarzeń wystąpi wcześniej. W umowach określono kody, szacunkową masę odpadów mających być przekazanych do utylizacji, liczbę i pojemność pojemników i kontenerów potrzebnych do składowania odpadów oraz wskazano całkowitą wartość usługi, która nie może być przekroczona. W ww. umowach określono jednostkowe ceny za odbiór i utylizację zakaźnych odpadów medycznych, które w poszczególnych umowach zawartych na lata 2019-2022 systematycznie wzrastały i wynosiły (cena netto za 1 Mg), odpowiednio: 2 760,02 zł, 3 100 zł (wzrost o 12,3%), 4 100 zł (wzrost o 32,3%) i 4 700 zł (wzrost o 14,6%). Masa zakaźnych odpadów medycznych przewidzianych do utylizacji w poszczególnych umowach<sup>30</sup> wynosiła:

- 18 01 02\* - 0,7 Mg, 0,7 Mg, 0,3 Mg, 0,2 Mg,
- 18.01 03\* - 39,0 Mg, 39,0 Mg, 34,0 Mg, 38,0 Mg.

(akta kontroli str. 581 – 612)

W 2021 r., w związku z unieważnieniem ogłoszonych przetargów z powodu braku ofert, umowa nr 143/2020 z 5 października 2020 r. została przedłużona do 31 grudnia 2021 r., a wartość przedmiotu zamówienia została powiększona aneksem nr 1 z 8 września 2021 r. o 9,99% (w okresie od 13 września do 27 października 2021 r.), a następnie aneksem nr 2 z 28 października 2021 r. o 39,99% (w okresie od 28 października do 31 grudnia 2021 r.), względem pierwotnej umowy.

<sup>29</sup> Ogłoszone 12 sierpnia, 7, 20 i 28 października 2021 r.

<sup>30</sup> Umowy odpowiednio nr 150/2018 z 24 października 2018 r., nr 141/2019 z 28 października 2019 r., nr 143/2020 z 5 października 2020 r. aneksowana i nr 185/2021 z 30 grudnia 2021 r.

(akta kontroli str. 53 i 600 – 605)

7. Zawierane corocznie umowy na usługę odbioru, transportu i utylizacji odpadów medycznych, oprócz zakaźnych opadów medycznych, dotyczyły również innych odpadów medycznych<sup>31</sup>. Koszty odbioru i zagospodarowania odpadów medycznych, jakie poniósł Szpital w związku z realizacją ww. umów wyniosły: w 2019 r. – 178 339,68 zł brutto, w 2020 r. – 202 265,29 zł brutto (wzrost o 13,4%), a w 2021 r. – 310 207,76 zł brutto (wzrost o 53,4%).

(akta kontroli str. 100 i 612 – 614)

Stwierzone  
nieprawidłowości

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

1. W pomieszczeniu przy ul. Żeromskiego 7 magazynowano odpady medyczne o kodzie 18 01 02\* bez zapewnienia odpowiedniej temperatury wewnątrz tego pomieszczenia, co było niezgodne z § 8 ust. 1 *rozporządzenia w sprawie odpadów medycznych*, który stanowi, że wstępne magazynowanie odpadów medycznych o tym kodzie odbywa się w temperaturze do 10°C. W dniu oględzin temperatura w tym pomieszczeniu wynosiła 15°C.

(akta kontroli str. 282 i 290)

Dyrektor nie podała przyczyn niespełniania powyższego wymogu, natomiast w związku z dokonanymi ustaleniami w pomieszczeniu tym, w następnym dniu po oględzinach, została zainstalowana chłodziarka, w celu przechowywania w niej odpadów o kodzie 18 01 02\* w temperaturze do 10°C.

(akta kontroli str. 295 i 308)

2. a) Szpital nie ewidencjonował odpadów o kodzie 18 01 82\* - *Pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych*.  
b) Ww. odpady, w oparciu o zawarte umowy, przekazywano firmie dostarczającej posiłki dla pacjentów do Szpitala, która nie posiadała zezwolenia na zbieranie odpadów zakaźnych i nie widniała w BDO,  
c) W okresie leczenia pacjentów z COVID-19, opady te były kwalifikowane jako odpady 18 01 03.

(akta kontroli str. 325 i 331 – 374)

Powyższe działania były dokonywane niezgodnie z postanowieniami *ustawy o odpadach*. Zgodnie bowiem z art. 4 tej ustawy odpady klasyfikuje się przez ich zaliczenie do odpowiedniej grupy, podgrupy i rodzaju odpadów, a zgodnie z art. 66 ust. 1, posiadacz odpadów jest obowiązany do prowadzenia na bieżąco ich ilościowej i jakościowej ewidencji, zgodnie z katalogiem odpadów określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 4 ust. 3 tej ustawy. Powyższe działania świadczą także o nierzetelnej sprawozdawczości Szpitala w tym zakresie, nieodzwierciedlającej stanu faktycznego i ilości wytworzonych przez Szpital odpadów. W złożonych wyjaśnieniach Dyrektor przyznała, że zmiana kwalifikacji tych odpadów nastąpiła bez podstawy prawnej, a odpady pokonsumpcyjne z oddziałów zakaźnych były przekazywane firmie dostarczającej posiłki dla pacjentów do Szpitala w oparciu o zawarte umowy. Nie potrafiła przy tym podać podstawy prawnej i przyczyny przyjętego sposobu działania w odniesieniu do odpadów o kodzie 18 01 82\*. Podtrzymała jednakże stanowisko, że wytwórcą odpadów medycznych zakaźnych była dostarczająca posiłki dla pacjentów i według niej, firma ta powinna prowadzić stosowną ewidencję.

(akta kontroli str. 325 – 326)

<sup>31</sup> Odpady o kodach 18 01 01, 18 01 04, 18 01 06\*, 18 01 08\*, 18 01 09 oraz 16 05 06.

Zdaniem NIK, powyższe wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie. Wytwórcą odpadów o kodzie 18 01 82\* był bowiem Szpital, gdyż zgodnie z katalogiem odpadów, odpady te wytwarzane są w związku z prowadzoną opieką zdrowotną, po odebraniu przez Szpital od firmy je dostarczającej zamówionych posiłków. Tym samym teza, iż odpady te powstają w związku z działalnością tej firmy, nie znajduje uzasadnienia w stanie faktycznym. NIK zwraca też uwagę, że zgodnie z art. 27 ust. 1, 2 i 5 *ustawy o odpadach*, wytwórca zakaźnych odpadów medycznych jest zwolniony z odpowiedzialności za zbieranie lub przetwarzanie tych odpadów, z chwilą dokonania unieszkodliwienia tych odpadów przez następnego posiadacza odpadów przez termiczne przekształcenie zakaźnych odpadów medycznych w spalarni odpadów niebezpiecznych. Przyjęty przez Szpital sposób postępowania z ww. odpadami sprawiał, że Szpital ani nie miał informacji, czy wytworzone przez niego odpady o kodzie 18 01 82\* zostały w sposób zgodny z przepisami unieszkodliwione, ani nie został zwolniony z odpowiedzialności za ich zbieranie.

3. Szpital nie ujawnił w BDO wytwarzających odpady medyczne komórki organizacyjnej Zakład Patomorfologii, która mieściła się w lokalizacji niezgłoszonej w BDO. Nie ewidencjonował też zakaźnych odpadów medycznych o kodzie 18 01 03\*, wytwarzanych przez tę komórkę.

(akta kontroli str. 79 – 80, 160 – 191, 238 – 254 i 378 – 382)

Ze złożonych przez Dyrektora Szpitala wyjaśnień wynika, że spowodowane było to przyjętym sposobem pozbywania się wytworzonych w tym zakładzie odpadów poprzez wrzucanie ich do pojemników będących własnością wynajmującego pomieszczenia.

(akta kontroli str. 329 – 330)

Powyższe działania były dokonywane niezgodnie z postanowieniami *ustawy o odpadach*, gdyż zgodnie z art. 4 tej ustawy, odpady klasyfikuje się przez ich zaliczenie do odpowiedniej grupy, podgrupy i rodzaju, a zgodnie z art. 66 ust. 1, posiadacz odpadów jest obowiązany do prowadzenia na bieżąco ich ilościowej i jakościowej ewidencji zgodnie z katalogiem odpadów określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 4 ust. 3 tej ustawy. Ponadto, art. 27 ust. 5 *ustawy o odpadach* reguluje zakres odpowiedzialności wytwórcy zakaźnych odpadów medycznych za zbieranie tych odpadów.

W ocenie NIK, powyższe działania świadczą nie tylko o niedopełnieniu obowiązków rejestracyjnych, ale także o nierzetelnej sprawozdawczości Szpitala w zakresie ewidencjonowania odpadów o kodzie 18 01 03\*, a powierzanie ww. odpadów najemcy mogło powodować finalnie zagrożenie dla życia i zdrowia osób postronnych.

4. Sprawozdanie o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami za 2019 r. zostało złożone 15 stycznia 2021 r. Marszałkowi Województwa Śląskiego z naruszeniem wymaganego terminu. Zgodnie bowiem z ustawą z dnia 14 maja 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie działań osłonowych w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2<sup>32</sup>, termin ten został przesunięty na dzień 31 października 2020 r., a Szpital złożył to sprawozdanie po upływie 2,5 miesiąca od tego terminu.

(akta kontroli str. 255 – 256)

Dyrektor wyjaśniła, że niedochowanie tego terminu wynikało z błędów, które występowały podczas sporządzenia sprawozdania po raz pierwszy w systemie BDO, wielokrotnie poprawiane nieprawidłowości w sprawozdaniu spowodowało przekroczenie wyznaczonego terminu.

---

<sup>32</sup> Dz. U poz. 875 ze zm.

## IV. Uwagi i wnioski

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

Uwaga obowiązkiem kierownictwa Szpitala jest zapewnienie - zgodne z ustawowymi terminami - przekazywania do Marszałka Województwa Śląskiego sprawozdań o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami

oraz przedstawia następujące wnioski:

- Wnioski
1. Dokonać aktualizacji BDO poprzez ujęcie w nim Zakładu Patomorfologii, jako odrębnego miejsca wytwarzania odpadów medycznych.
  2. Podjąć działania w celu rzetelnej ewidencji i klasyfikacji zakaźnych odpadów medycznych wytwarzanych przez Szpital, w tym wytwarzanych w Zakładzie Patomorfologii oraz odpadów o kodzie 18 01 82.
  3. Podjąć działania mające na celu prawidłową utylizację odpadów *Pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych* o kodzie 18 01 82.

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

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

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

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

Katowice, dnia 13 czerwca 2022 r.

**Kontroler**

**Anna Hulboj**

**Gł. specjalista kontroli państwowej**

**Najwyższa Izba Kontroli**

**Delegatura w Katowicach**