



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Krakowie

LKR.410.004.03.2022

Pan
Jerzy Friediger
Dyrektor
Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Krakowie,
os. Na Skarpie 66, 31-913 Kraków

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	Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie, os. Na Skarpie 66, 31-913 Kraków (<i>Szpital</i>)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jerzy Friediger - Dyrektor od 31 października 2016 r. (<i>Dyrektor</i> ¹) Wcześniej, od września 2013 r. do 30 października 2016 r. Dyrektorem Szpitala był p. Zbigniew Król.
Zakres przedmiotowy kontroli	Postępowanie z wytwarzanymi zakaźnymi odpadami medycznymi, w tym wytwarzanymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. (akta kontroli str. 37-42)
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2019 do 31 marca 2022 r. z wykorzystaniem danych z okresów wcześniejszych w celach porównawczych.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie
Kontroler	Wojciech Zdasień, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKR/26/2022 z 10 lutego 2022 r. (akta kontroli str. 1)

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA	NIK ocenia negatywnie działania Szpitala, związane z postępowaniem z wytwarzanymi na jego terenie zakaźnymi odpadami medycznymi, powstałymi również w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Ocenę negatywną uzasadniają stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości dotyczące naruszeń obowiązujących przepisów prawa, dotyczących postępowania z odpadami medycznymi, jak i przekroczenia limitów wytwarzanych odpadów określonych w decyzjach, we wszystkich pełnych latach okresu objętego kontrolą.
Uzasadnienie oceny ogólnej	Szpital posiadał aktualne procedury postępowania z odpadami, w tym wytworzonymi w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Z procedurami tymi zapoznano pracowników Szpitala. Zastrzeżenia NIK budzi jednak nieuwzględnienie odpadów o kodach 18 01 82* oraz 18 01 04 w kierowanych przez Szpital do Prezydenta Miasta Krakowa wnioskach o wydanie pozwolenia na wytwarzanie odpadów i tym samym nieujęcie takich odpadów w pozwoleniach, pomimo że odpady tego rodzaju wyszczególniono w Procedurze oraz były faktycznie wytwarzane. W konsekwencji w Szpitalu nie segregowano i oraz nie oznaczano tych odpadów w sposób prawidłowy. Szpital nie wyznaczył też w sposób jednoznaczny jednej osoby

¹ W związku z faktem, że niektóre opisywane w niniejszym wystąpieniu pokontrolny działania były podejmowane przez poprzedniego dyrektora, używane w tym wystąpieniu sformułowanie *Dyrektor*, będzie odnosiło się do p. Jerzego Friedigera w okresie, w którym sprawował on funkcję dyrektora. Określenie *b. Dyrektor* odnosi się do działań podejmowanych przed 26 października 2016 r. przez p. Zbigniewa Króla.

² Dz.U. z 2022 r. poz. 623., dalej: *ustawa o NIK*.

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

odpowiedzialnej za nadzór nad przestrzeganiem realizacji Procedury na swoim terenie.

Szpital naruszał zasadę określoną w art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach⁴, która zakazuje mieszania odpadów niebezpiecznych różnych rodzajów oraz mieszania odpadów niebezpiecznych z odpadami innymi niż niebezpieczne, łącząc razem odpady o kodzie 18 01 03* z odpadami o kodach 18 01 82* i 18 01 04. Należy przy tym zauważyć, że już w 2020 r. Dyrektor Szpitala został poinformowany przez Pełnomocnika Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością⁵ o stwierdzeniu mieszania odpadów zakaźnych z niezakaźnymi na Oddziale Dermatologii. Ponadto na skutek opisanego powyżej postępowania, nie wykazywano w prowadzonej ewidencji oraz sprawozdaniach o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami, odpadów o kodach 18 01 82* i 18 01 04, czym naruszono postanowienia art. 4 ust. 1 i art. 66 ust. 1 uod, wg których posiadacz odpadów obowiązany jest do prowadzenia na bieżąco ilościowej i jakościowej ewidencji odpadów, zgodnie z katalogiem odpadów. W konsekwencji, w sprawozdaniach o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami za lata 2019-2021, nie wykazywano odpadów o kodach 18 01 82* i 18 01 04.

We wszystkich latach objętych kontrolą Szpital przekraczał wyznaczony w decyzjach Prezydenta limit wytwarzanych odpadów o kodzie 18 01 03*, ustalony na 170 Mg, przy czym z każdym rokiem objętym kontrolą wymiar tego przekroczenia ulegał zwiększeniu z 17,51 Mg w 2019 r., co stanowiło przekroczenie dopuszczalnego limitu o 10,3%, poprzez 30,392 Mg (17,87%) w 2020 r., do 68,344 Mg (40,2%) na koniec 2021 r. Tak znaczny wymiar przekroczeń w latach 2020 i 2021 uzasadniano skutkami pandemii SARS-CoV-2.

Wyboru odbiorcy zakaźnych odpadów medycznych Szpital dokonywał prawidłowo. Koszty transportu i unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych zwiększyły się z 308,8 tys. zł w 2019 r. do 1 495,7 tys. zł w 2021 r. (o 384,35%), co było skutkiem wybuchu pandemii SARS-CoV-2 i wzrostu od marca 2020 r., stawki za transport i unieszkodliwienie 1 kg odpadów z 1,7 zł do 6,99 zł. W konsekwencji udział kosztu unieszkodliwiania odpadów zakaźnych w całkowitych kosztach odprowadzania odpadów ze Szpitala wzrósł z 65,7% w 2019 r. do 91,3% w I kw. 2022 r.

Szpital nie zapewnił właściwego magazynowania odpadów o kodzie 18 01 02*. Odpady te magazynowano w stacjonarnym urządzeniu chłodniczym, które nie spełniało wymagań określonych w § 7 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi⁶, gdyż brak było możliwości wejścia do niego, jak również otwarcia go od wewnątrz.

W ocenie NIK, wszystkie wymienione wyżej nieprawidłowości wskazują na niedostateczną skuteczność funkcjonującej w Szpitalu kontroli zarządczej⁷.

⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 699, dalej: *uod*.

⁵ Pełniącą tę funkcję od 2008 r., m.in. z przerwą od 19 marca 2018 r. do 16 czerwca 2019 r., dalej: Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością.

⁶ Dz. U. z 2017 r. poz. 1975, dalej: *rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie odpadów medycznych*.

⁷ Standardy kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych - Komunikat nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych (Dz. Urz. MF Nr 15, poz. 8), dalej: *Standardy kontroli zarządczej*.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu faktycznego

1. W Załączniku nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala, wprowadzonego zarządzeniem Dyrektora nr 80/2017 z 29 czerwca 2017 r.⁸, zadania z zakresu sprawowania nadzoru nad właściwym i terminowym usuwaniem odpadów medycznych, zabezpieczaniem miejsc ich składowania, prowadzeniem karty przekazywania odpadów oraz karty ewidencji ich wytwarzania i przekazywania do unieszkodliwiania oraz sporządzania wymaganej sprawozdawczości, zostało przypisane Działowi Logistyki w pionie z-cy Dyrektora ds. technicznych – Sekcji Zaopatrzeniowo-Gospodarczej.

(akta kontroli str. 268-444)

W Załączniku nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala, wprowadzonego zarządzeniem Dyrektora nr 41/2019 z 1 lipca 2019 r. (*Regulamin*), sprawy związane z postępowaniem z odpadami medycznymi oraz sprawozdawczością uregulowano w podobny sposób.

(akta kontroli str. 445-576)

W Procedurze Postępowania z Odpadami Medycznymi w Szpitalu, opracowanej przez Pielęgniarkę Epidemiologiczną Szpitala i zatwierdzonej 27 kwietnia 2018 r.⁹, jako osoby odpowiedzialne za sprawowanie nadzoru nad procesem postępowania z odpadami medycznymi ze strony Szpitala, wskazano kadrę kierowniczą jego oddziałów/komórek, Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych i Antybiotykoterapii oraz Kierownika Działu Logistyki (*KDL*). W Procedurze Segregacji Odpadów oraz Selektynego zbierania odpadów medycznych, opracowanej przez *KDL* i zatwierdzonej przez z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa 11 marca 2021 r.¹⁰, odpowiedzialność za sprawowanie nadzoru nad jej przestrzeganiem określono podobnie jak w Procedurze *P.EPI.28*.

(akta kontroli str. 4-10 i 629-632)

W Zasadach profilaktyki zakażeń związanych z koronawirusem SARS-CoV-2 opracowanej przez *KDE* i zatwierdzonej przez z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa 8 maja 2020 r.¹¹ nie wskazano osób odpowiedzialnych za nadzór nad jej przestrzeganiem, natomiast odpowiedzialność za jej stosowanie przypisano każdemu pracownikowi mającemu kontakt lub sprawującemu bezpośrednią opiekę nad chorym z podejrzeniem lub rozpoznany zakażeniem SARS-CoV-2.

(akta kontroli str. 633-641)

KDE oświadczyła, że podstawą dla opracowania opisanej wyżej procedury *P.WM..EPI.35* były Wytyczne Zespołu Konsultantów w Dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego w zakresie działań mających na celu zapobieżenie rozprzestrzeniania się zakażeń SARS-CoV-2 w środowisku szpitalnym z 16 kwietnia 2020 r. oraz Wytyczne Ministra Klimatu i Głównego Inspektora sanitarnego w sprawie postępowania z odpadami wytwarzanymi w czasie występowania zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 i na wywołaną przez niego chorobę COVID-19.

(akta kontroli str. 1107-1119)

⁸ Uchylone Zarządzeniem Dyrektora nr 41/2019 z 1 lipca 2019 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Organizacyjnego Szpitala.

⁹ Procedura opracowana w ramach przyjętego w Szpitalu Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001-2015 Dalej: *Procedura* lub *P.EPI.28*.

¹⁰ Procedura opracowana w ramach przyjętego w Szpitalu Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001-2015 Dalej: *Procedura Segregacji* lub *P.EPI.28/1*.

¹¹ Procedura opracowana w ramach przyjętego w Szpitalu Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001-2015 Dalej: *Zasady profilaktyki zakażeń SARS-CoV-2* lub *P.WM..EPI.35*.

W poddanych kontroli zakresach obowiązków Lekarzy Kierujących oddziałami: *Chorób Infekcyjnych i Pediatrii oraz Poradni Chorób Zakaźnych Dzieci*¹², *Obserwacyjno-Zakaźnym* oraz *Poradnią Chorób Zakaźnych*¹³ oraz *Urologicznym* wraz z *Poradnią Urologiczną*¹⁴, sformułowano jedynie m.in. zapisy dotyczące nadzoru nad przestrzeganiem reżimu sanitarnego oraz stosowania się do wdrożonych systemów zarządzania jakością, brak było natomiast zapisów odnoszących się do sformułowanego w Procedurze obowiązku dotyczącego nadzoru nad procesem postępowania z odpadami medycznymi.

(akta kontroli str. 689-613)

Do zakresu czynności i obowiązków KDE, w jednym z 19 punktów, uwzględniono koordynowanie i wypracowywanie standardów organizacyjnych dotyczących systemu pracy w Szpitalu, a szczególnie m.in., sposobu zbierania i unieszkodliwiania odpadów, ze szczególnym uwzględnieniem odpadów medycznych. Według przedstawionego zaświadczenia, kierownik ww. działu uczestniczyła w jednodniowym szkoleniu *Nowości w Zakażeniach Szpitalnych*, którego jeden półgodzinny moduł nosił nazwę: *Odpady medyczne - co nowego po zmianach*.

(akta kontroli str. 614-615 i 648-650)

W zakresie obowiązków KDL brak było zapisów związanych z odpowiedzialnością za sprawowanie nadzoru nad procesem postępowania z odpadami medycznymi. Jedenastego marca 2016 r. przeszedł on instruktarz ogólny dotyczący higieny i epidemiologii szpitalnej, m.in. w zakresie metod zapobiegania zakażeniom szpitalnym oraz organizacji pracy Zespołu ds. zakażeń (więcej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 616-618)

Jak wyjaśnił m.in. KDL, nie został on skierowany przez Szpital na szkolenie z zakresu uregulowań prawnych oraz praktyki dotyczącej postępowania z odpadami medycznymi. Jego doświadczenie w tym obszarze wynikało z pracy, w latach 2002-2015 w Szpitalu Zakonu Bonifratrów w Krakowie, gdzie pełnił funkcję pełnomocnika ds. zarządzania środowiskiem w ramach normy ISO z serii 14 000. Tamten szpital każdorazowo otrzymywał certyfikat świadczący o przestrzeganiu norm i zasad środowiskowych. W tamtych latach był również odpowiedzialny za standard *środowisko opieki* w ramach standardów Szpitalnych certyfikowanych przez Centrum Monitorowania Jakością w Służbie Zdrowia. W obu tych przypadkach miał do czynienia z zagadnieniami związanymi z odpadami medycznymi. Uzyskanie posiadanych przez niego certyfikatów, tak w zakresie ISO, jak i akredytacji, było związane z licznymi szkoleniami wewnętrznymi jak i pracą w zespole ds. jakości.

(akta kontroli str. 565-666)

Do zakresu obowiązków szczegółowych referenta w Sekcji Zaopatrzeniowo-Gospodarczej¹⁵ należały m.in.: nadzór nad firmami prowadzącymi w Szpitalu gospodarkę odpadami medycznymi i niebezpiecznymi, prowadzenie dokumentacji odpadów medycznych i niebezpiecznych w oparciu o karty ewidencji odpadów, karty przekazania odpadów oraz decyzje i pozwolenia właściwych organów administracyjnych, jak również koordynacja prac związanych z wywozem odpadów komunalnych dotyczących: dzierżawy ilości i rodzajów kontenerów, zgłaszania potrzeb wywozu oraz składania sprawozdań, deklaracji i rozliczeń. Osoba pełniąca tę funkcję legitymowała się m.in. świadectwem ukończenia studiów podyplomowych

¹² Umowa zawarta z Dyrektorem z 18 listopada 2019 r.

¹³ Umowa zawarta z Dyrektorem z 19 grudnia 2019 r.

¹⁴ Umowa zawarta z Dyrektorem z 28 maja 2019 r.

¹⁵ Zatrudniony od 1 listopada 2021 r.

w zakresie jakości i ochrony środowiska z lipca 2004 r., certyfikatami audytora wewnętrznego w zakresie systemów zarządzania jakością ISO 9001:2000 i 14 000 z 2004 r., certyfikatem uczestnictwa w szkoleniu *Odpady – znowelizowana ustawa i towarzyszące jej akty wykonawcze* z 2011 r. oraz certyfikatem uczestnictwa w szkoleniu *Zarządzanie odpadami medycznymi z uwzględnieniem zmian m.in. w ewidencji odpadów w BDO od 1 stycznia 2020 r.* z 2 marca 2022 r.

(akta kontroli str. 619-621, 653-663 i 1004)

W zakresie obowiązków specjalisty ds. zaopatrzenia¹⁶, w trzech spośród 32 punktów zakresu czynności, uwzględniono prowadzenie gospodarki odpadami medycznymi i niebezpiecznymi, przekazywanie ich do firm specjalistycznych w celu unieszkodliwiania oraz prowadzenie dokumentacji odpadów medycznych i niebezpiecznych zgodnie z wymogami prawa. Osoba pełniąca tę funkcję posiadała certyfikat uczestnictwa w szkoleniu *Zarządzanie odpadami medycznymi z uwzględnieniem zmian m.in. w ewidencji odpadów w BDO od 1 stycznia 2020 r.*

(akta kontroli str. 622-623 i 651-652)

W opracowanych przez KDE Programach instruktarzu wstępnego z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych dla nowoprzyjętych pracowników 27 września 2017 r. i 15 kwietnia 2019 r., tematyka związana z postępowaniem z odpadami medycznymi w Szpitalu stanowiła jeden z dziewięciu podpunktów, spośród trzech punktów szkolenia, którego łączny czas trwania ustalono na jedną godzinę.

(akta kontroli str. 642-643)

Według § 11 ust. 6 załącznika do Regulaminu określającego zadania komórek organizacyjnych Szpitala, do zadań Zespołu Pełnomocników Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością¹⁷ należy doskonalenie kompetencji kierowników komórek organizacyjnych w zakresie zarządzania jakością. Natomiast zgodnie z ust. 7 ww. paragrafu, do zadań ww. Zespołu należało również planowanie, wykonywanie oraz nadzorowanie realizacji audytów wewnętrznych procesów systemu zarządzania jakością i komunikowanie wyników dyrekcji Szpitala.

(akta kontroli str. 445-576)

Jak wyjaśniła Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością¹⁸, nie analizowała ona potrzeb szkoleniowych w zakresie postępowania z odpadami dla kadry kierowniczej oddziałów/komórek Szpitala, Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych i Antybiotykoterapii oraz KDL, gdyż potrzeby szkoleniowe identyfikują bezpośredni przełożeni, dla swojego działu/pionu oraz osoby odpowiedzialne w Szpitalu za poszczególne obszary. Wyniki potrzeb szkoleniowych wpisywane są do rocznego planu szkoleń na dany rok, a następnie przekazywane są do działu kadr.

Ponadto, w sprawie planowania i przeprowadzania audytów w zakresie tematyki odpadów medycznych, w szczególności zgodności obowiązującej Procedury, opracowanej w ramach przyjętego w Szpitalu Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001-2015, z wydanymi przez Prezydenta zezwoleniami na wytwarzanie odpadów medycznych oraz sposobem postępowania przez Szpital z tymi odpadami, Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością wyjaśniła m.in., że audyty wewnętrzne wykonywane są zgodnie z procedurą *Audyt Wewnętrzny*. Audyt wewnętrzny prowadzony jest w oparciu o program zawierający m.in. listę pytań kontrolnych. Lista

¹⁶ Podległego, poprzez kierownika Sekcji Zaopatrzeniowo-Gospodarczej, Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych.

¹⁷ Dalej: *Zespół ds. Zarządzania Jakością*.

¹⁸ Celem pobrania wyjaśnień było ustalenie, czy Szpital w ramach kontroli wewnętrznej uwzględniał tematykę związaną z zakaźnymi odpadami medycznymi.

ta uwzględnia również tematykę segregacji odpadów (pkt 32 listy pytań kontrolnych). W 2019 r. badano, czy pojemniki na odpady są prawidłowo opisane (m.in. kod rodzaju odpadów, nazwa jednostki medycznej, data otwarcia i zamknięcia). W 2019 r. audyt wewnętrzny w zakresie segregacji odpadów wykonany był w dwóch oddziałach: Chorób Wewnętrznych oraz Neurologii z pododdziałem, podczas których nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie gospodarki odpadami medycznymi.

W 2020 r. przeprowadzono analogiczny audyt w trzech oddziałach: Chirurgii Dzieci, Urologicznym i Dermatologicznym. Nieprawidłowości stwierdzono w zakresie segregacji odpadów w oddziale Dermatologii i polegały one na nieprawidłowej segregacji odpadów, tj. wyrzucanie odpadów niezakaźnych do worka koloru czerwonego (mieszanie odpadów niezakaźnych z zakaźnymi). Opisano to w raporcie z audytu wewnętrznego z dnia 20 sierpnia 2020 r. Raport ten, zgodnie z przyjętą procedurą, przekazano drogą elektroniczną 27 października 2020 r. lekarzowi kierującemu ww. oddziałem, pielęgniarsce oddziałowej i Dyrektorowi – 28 października, także drogą elektroniczną. Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa zapoznana z wynikami audytów bezpośrednio po ich zakończeniu oraz oficjalnie mailami z 18 i 19 października 2020 r.

W 2021 r. audyty wewnętrzne przeprowadzono w oddziałach: Chirurgii Ogólnej, Ginekologiczno-Położniczym wraz z poradnią, Okulistycznym, Poradni Urologicznej i w Dziale Diagnostyki Obrazowej. Audyty te nie wykazały nieprawidłowości w obszarze związanym z odpadami medycznymi.

(akta kontroli str. 1005-1006)

2. Celem Procedury było wprowadzenie racjonalnych zasad postępowania z odpadami medycznymi, z uwzględnieniem bezpieczeństwa epidemiologicznego i wymogów ochrony środowiska. Wśród wymienionych w Procedurze typów zakaźnych odpadów medycznych uwzględniono odpady o kodach 18 01 02*¹⁹, 18 01 03*²⁰ i 18 01 82*. Procedura dotyczyła wszystkich komórek Szpitala. Odpowiedzialni za prawidłową segregację i gromadzenie odpadów w chwili ich powstania byli wszyscy pracownicy Szpitala, jak również pracownicy świadczący usługi zewnętrzne. W szczególności, pracownicy firmy utrzymania czystości odpowiadali za: usuwanie odpadów z miejsca ich powstania do przejściowych punktów zbiorczych (pomieszczenia/miejsca na odpady) zgodnie z klasyfikacją odpadów, prawidłowe oznakowanie pojemników, worków na odpady, transport odpadów z oddziałów szpitalnych do miejsc magazynowania/odbioru, utrzymanie w należytym czystości (mycie/dezynfekcja) pojemników na odpady, pomieszczeń i środków transportu. Pracowników oddziałów/komórek medycznych, zobowiązano do opisywania pojemników twardeściennych na swoich stanowiskach pracy. Procedura nie wyznaczała jednej osoby odpowiedzialnej za nadzór nad jej realizacją.

(akta kontroli str. 4-10)

Celem Procedury Segregacji było wprowadzenie restrykcyjnych zasad postępowania z odpadami medycznymi, ze szczególnym uwzględnieniem segregacji w miejscu wytwarzania, selektywnego odbioru do miejsc magazynowania oraz bezpieczeństwo epidemiologiczne z uwzględnieniem wymogów ochrony środowiska, w związku z realną możliwością eskalacji pandemii oraz wzrostu ilości wytwarzanych odpadów, a co za tym idzie, wyczerpaniem możliwości unieszkodliwiania i magazynowania odpadów medycznych w województwie małopolskim. Zakres odpowiedzialności za

¹⁹ Części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania.

²⁰ 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 sądzienia, że wywołują choroby u ludzi i zwierząt (np. zainfekowane pielucho majtki, podpaski, podkiadki), z wyłączeniem 18 01 80 i 18 01 82.

realizację Procedury Segregacji określono podobnie jak w P.EPI.28. Procedura ta również nie wskazywała jednej osoby odpowiedzialnej za nadzór nad jej realizacją.

(akta kontroli str. 629-632)

Celem wprowadzenia Zasad profilaktyki zakażeń SARS-CoV-2 było zapobieganie rozprzestrzenianiu się i minimalizacja ryzyka zakażeń koronawirusem oraz zapewnienie bezpieczeństwa personelowi mającemu kontakt z pacjentem zakażonym koronawirusem SARS-CoV-2. Postanowienia tego dokumentu nakazywały traktowanie odpadów medycznych wytworzonych w związku z SARS-CoV-2 jako zakaźnych i postępowanie z nimi wg Procedury P.EPI.28.

(akta kontroli str. 633-641)

Pracownicy Szpitala oraz osoby związane z usuwaniem odpadów medycznych z jego terenu byli systematycznie zaznajamiani z Procedurą. Przykładowo:

- 27 kwietnia 2018 r., tj. w dniu zatwierdzenia Procedury, Dział Epidemiologii rozesłał do m.in. kierujących oddziałami i poradniami Szpitala, w tym do Lekarzy Kierujących oddziałami o charakterze zakaźnym, wykaz 31 wdrożonych procedur epidemiologicznych, także P.EPI.28.
- Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią Procedury podpisywali m.in. pracownicy Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego, Oddziału Chorób Infekcyjnych i Pediatrii, Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Oddziału Chorób Wewnętrznych.
- 11 marca 2021 r. odbyło się szkolenie z zakresu postępowania z odpadami medycznymi oraz procedur w profilaktyce zakażeń, w którym uczestniczyły m.in. osoby transportujące odpady, wybrani pracownicy niemedycyjni oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego i Dermatologicznego oraz kapelan.
- 18 marca 2020 r. na spotkaniu Pielęgniarki Epidemiologicznej z Kierownikiem Obiektu firmy świadczącej usługę utrzymania czystości w Szpitalu²¹ ustalono, że odpady medyczne z Oddziałów Zakaźnego Dorosłych, Chorób Infekcyjnych i Pediatrii, SOR oraz Anestezji i Intensywnej Terapii, traktowane będą jako odpady medyczne wysoko zakaźne, wobec czego sformułowano zalecenia dla pracowników firmy utrzymania czystości, w tym w zakresie ich przeszkolenia.
- Szpital dysponował listami pracowników firmy świadczącej usługę utrzymania czystości, które przeszły przeszkolenie z zakresu postępowania z odpadami medycznymi, ich segregacją oraz selektywnym zbieraniem.
- W trakcie przeprowadzanych przez KDE kontroli²² dotyczących przestrzegania obowiązujących na terenie Szpitala procedur, weryfikacji poddawane było postępowanie z odpadami medycznymi, m.in. pod kątem przestrzegania Procedury. W kontrolach tych nie stwierdzono nieprawidłowości w przedmiotowym zakresie.
- 19 marca 2021 r. na spotkaniu KDE z Kierownikiem Obiektu i KDL, omówiono m.in. segregację odpadów medycznych – w kontekście możliwości eskalacji pandemii, wskazując na konieczność przestrzegania Procedury.
- 22 listopada 2021 r. na spotkaniu KDE z udziałem Pielęgniarki Epidemiologicznej oraz Kierownika Obiektu, omówiono postępowanie z odpadami medycznymi pod

²¹ Dalej: *Kierownik Obiektu*.

²² Przykładowo: kontrole na Oddziale Noworodków w okresie od 10 do 28 stycznia 2020 r. i 23 marca 2021, Oddziale Chorób Infekcyjnych i Pediatrii z 18 lutego 2020 r., Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii od 18 do 21 sierpnia 2020 r.

kątem wymogów Procedury, ze szczególnym uwzględnieniem odpadów wysoce zakaźnych.

- W tematyce szkolenia wstępnego dla nowoprzyjętych pracowników uwzględniono omówienie zasad Procedury.
- W ramach szkoleń przypominających²³ pracownikom procedury profilaktyki zakażeń, Szpital podejmował zagadnienia związane z postępowaniem z odpadami medycznymi, zwracając uwagę na dostępność procedur w Intranecie.

(akta kontroli str. 225-267 i 577-578)

3. Decyzją Prezydenta Miasta Krakowa z 22 czerwca 2012 r.²⁴, Szpital otrzymał pozwolenie na wytwarzanie m.in. odpadów o kodzie 18 01 02* oraz 18 01 03* w ilości odpowiednio 4 Mg i 130 Mg, do 22 czerwca 2022 r. Decyzję tę zmieniono decyzją z 27 kwietnia 2016 r.²⁵, podwyższając roczny limit odpadów o kodzie 18 01 03* do 170 Mg. Decyzje te nie określały limitów odpadów o kodach 18 01 82* i 18 01 04. Wydane decyzje nie uwzględniały odpadów medycznych o kodach 18 01 82* (więcej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 10-15 i 224)

Szpital, pismem SZG/2/2019 z 22 lutego 2019 r. wystąpił o zmianę decyzji WS-06.6221.7.2016.MK z 27 kwietnia 2016 r., tj. o podwyższenie rocznego limitu odpadów o kodzie 18 01 03* z wielkości 170 do 200 MG.

(akta kontroli str. 16)

W odpowiedzi na ww. pismo, Prezydent Miasta Krakowa przesłał 20 marca 2019 r. odpowiedź znak WS-06.6221.7.2019.MK informującą, że w związku ze zmianą przepisów ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo ochrony środowiska oraz uod [dane promulgacyjne zgodne z datą pisma – *przypis kontrolera*], wniosek o zmianę decyzji WS-06.6221.7.2016.MK z 27 kwietnia 2016 r., winien spełniać wymagania obecnie obowiązujących przepisów ww. ustaw, w związku z czym wezwał Szpital do jego uzupełnienia m.in. poprzez:

- przedłożenie dowodu wpłaty opłaty skarbowej w wysokości 1 005,5 zł w terminie 7 dni od daty otrzymania pisma w tej sprawie,
- przedstawienie uzasadnienia dla wnioskowanego zwiększenia ilości wytwarzanych odpadów o kodzie 18 01 03*.
- Załączenie do akt sprawy operatu przeciwpożarowego spełniającego wymagania określone w art. 42 ust. 4b pkt 1 uod oraz w przepisach wydanych na podstawie art. 43 ust. 8 tej ustawy, wykonanego przez właściwego rzeczoznawcę.
- Załączenie postanowienia Komendanta Miejskiego Państwowej Straży Pożarnej w Krakowie, o którym mowa w art. 42 ust. 4c uod, stanowiącego uzgodnienie operatu przeciwpożarowego.
- Załączenie zaświadczenia o niekaralności prowadzącego instalację za przestępstwa przeciwko środowisku – na podstawie art. 184 ust. 4 pkt 7 w związku z art. 186 ust. 1 pkt 9 ustawy Prawo ochrony środowiska.

(akta kontroli str. 17-29)

Dyrektor wyjaśnił m.in., że Szpital nie wnosił wcześniej o uwzględnienie odpadów o kodzie 18 01 82* w decyzji z 22.06.2012 roku jak również w decyzji z 16.04.2016

²³ Na przykładzie szkoleń oddziałowych z 26 sierpnia i 2 grudnia 2021 r.

²⁴ Znak WS-06.6221.1.32.2012 MK.

²⁵ Znak WS-06.6221.7.2016.MK na wniosek Szpitala z 15 marca 2016 r.

roku. W szpitalu przyjęta była zasada że odpady pokonsumpcyjne są odbierane przez firmę świadczącą usługę żywienia (do 18.11.2020 roku), od tego czasu umowę na odbiór odpadów pokonsumpcyjnych posiada Szpital. Odpady pokonsumpcyjne o kodzie 18 01 82* występowały przez cały ten okres w bardzo znikomej ilości i były klasyfikowane do odpadów o kodzie 18 01 03* tzn. pakowane w czerwone worki i przeznaczone do termicznej utylizacji.

Szpital nie występował o wydanie zezwolenia na wytwarzanie odpadów o kodzie 18 01 82*, gdyż magazyn odpadów niebezpiecznych nie spełniał przepisów przeciwpożarowych i nie mógł uzyskać pozytywnej opinii zarówno Państwowej Straży Pożarnej, jak i rzeczoznawcy p-pożarowego wykonującego operat przeciwpożarowy. Koszt adaptacji pomieszczeń w celu spełnienia wymagań był rażąco wysoki w stosunku do zamierzonego efektu. W 2016 roku Szpital rozpoczął działania remontowe i w ramach prac projektowych zostało zaplanowane wybudowanie pomieszczenia na odpady o odpowiedniej wielkości, spełniającego wymagania p-pożarowe, wymagania prawne w tym zakresie oraz dogodne usytuowane zarówno pod względem transportu wewnętrznego odpadów jak i transportu zewnętrznego. Budowa nowych pomieszczeń została ukończona w 2021 roku, a oddanie do użytkowania 2 lutego 2021 roku (więcej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 579-584)

Według Sprawozdania o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami za 2019 r., Szpital wytworzył m.in. 2,17 Mg odpadów o kodzie 18 01 02* i 187,51 Mg odpadów o kodzie 18 01 03*. (więcej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 842-848)

Według Sprawozdania o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami za 2020 r., Szpital wytworzył m.in. 2,45 Mg odpadów o kodzie 18 01 02* i 200,392 Mg odpadów o kodzie 18 01 03*. (więcej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 879-882)

Według Sprawozdania o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami za 2021 r., Szpital wytworzył m.in. 2,518 Mg odpadów o kodzie 18 01 02* i 238,344 Mg odpadów o kodzie 18 01 03*. (więcej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 930-933)

Procedura, Procedura Segregacji oraz Zasady profilaktyki zakażeń SARS-CoV-2 nie stały w sprzeczności z wydanymi przez Prezydenta decyzjami. Należy jednak zauważyć, że ww. dokumenty uwzględniały wytwarzanie przez Szpital odpadów o kodzie 18 01 82*, podczas gdy decyzje Prezydenta, w zakresie niebezpiecznych odpadów medycznych, dotyczyły tylko odpadów o kodach 18 01 02* i 18 01 03*, gdyż Szpital nie wnioskował o wydanie pozwolenia na wytwarzanie odpadów o kodzie 18 01 82*.

(akta kontroli str. 4-14, 582-584 i 629-641)

Szpital posiadał wpis do rejestru BDO²⁶.

²⁶ Dalej: <https://rejestr-bdo.mos.gov.pl/Application/Preview/Edit/404e49aa-50eb-460e-bcaf-2c3ea4a24a7e>

4. Ogólna ilość wytworzonych przez Szpital odpadów w poszczególnych latach objętych kontrolą wynosiła:

- w 2019 r. - 731,84 Mg w tym 189,8 Mg (25,93%) odpadów medycznych, 539,66 Mg (73,74%) odpadów komunalnych²⁷ i 2,38 Mg (0,3%) innych odpadów,
- w 2020 r. – 936,586 Mg w tym 202,962 Mg (21,67%) odpadów medycznych, 731,1,66 Mg (78%) odpadów komunalnych i 2,52 Mg (0,4%) innych odpadów,
- w 2021 r. – 972,734 Mg w tym 240,982 Mg (24,78%) odpadów medycznych, 727,4 Mg (74,8%) odpadów komunalnych i 4,35 Mg (0,44%) innych odpadów,
- I kw. 2022 r. – 306,434 Mg, z czego odpady medyczne o masie 59,5 Mg stanowiły 19,4% a odpady komunalne o masie 246,92 Mg – 80,6%

(akta kontroli str. 1072 i 1088)

Udział zakaźnych odpadów medycznych w całkowitej masie odpadów medycznych wytwarzanych w latach 2019-2021 i w I kw. 2022 r., przekraczał 99,93%.

Zgodnie z informacją Szpitala nie było możliwości wydzielenia odpadów wytwarzanych w związku z leczeniem pacjentów zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2. Sposób postępowania z takimi odpadami odpowiadał odpadom 18 01 03*.

(akta kontroli str. 984-985)

Analiza ilości wytworzonych przez Szpital odpadów o kodzie 18 01 03* w miesiącach: styczeń, luty, marzec i kwiecień 2019 r., maj, czerwiec, lipiec, sierpień 2020 r., wrzesień, październik, listopad, grudzień 2021 r. oraz styczeń i luty 2022 r.²⁸, wg kart przekazania odpadów wykazała, że były one zgodne z KEO, dla badanych miesięcy.

(akta kontroli str. 667-672 i 841-983)

Zakaźne odpady medyczne wytworzone przez Szpital przekazywane były do instalacji, znajdującej się w Krakowie²⁹. W umowach zawieranych ze Szpitalem na transport i unieszkodliwianie odpadów medycznych podmiot ten oświadczał m.in., że jest uprawniony do prowadzenia działalności w zakresie odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa oraz że dysponuje zezwoleniem na prowadzenie działalności w zakresie unieszkodliwiania i transportu odpadów niebezpiecznych, wydanym w drodze decyzji przez właściwe organy, z uwzględnieniem uregulowań zawartych w uod.

Do września 2019 r. Szpital posiadał dokumenty potwierdzające unieszkodliwienie przekazanych odpadów medycznych.

(akta kontroli str. 86-88, 150-155, 986-997)

Artykuł 27 ust. 5 uod stanowi, że wytwórca zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych 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 lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych w spalarni odpadów niebezpiecznych.

²⁷ Według przelicznika 1m³=250 kg.

²⁸ Łącznie zbadano ewidencję 244,474 Mg odpadów, w tym: za 2019 r. - 59,936 Mg, 2020 r. - 65,203 Mg, 2021 r. - 81,132 mg i 2022 r. - 38,203 Mg.

²⁹ Fragment wystąpienia pokontrolnego usunięty na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r. poz. 902).

Specjalista ds. zaopatrzenia wyjaśniła, że Szpital po wrześniu 2019 r. nie posiadał wiedzy na temat unieszkodliwienia przekazanych spółce³⁰ niebezpiecznych odpadów medycznych, gdyż po zmianie ustawy o odpadach z września 2019 r., uchylony został art. 95 ust. 4, który nakładał na podmiot odpowiedzialny za unieszkodliwienie odpadów, obowiązek informowania ich wytwórcy o tym fakcie. Potwierdzał to załącznik do faktury VAT nr 27641/19/FSVB z 31 sierpnia 2019 r., podpisany przez prokurenta spółki³¹, informujący o ustaniu obowiązku informowania Szpitala przez tę spółkę o fakcie unieszkodliwienia przekazanych przez niego odpadów. Kopię tego dokumentu załączono do złożonych wyjaśnień.

(akta kontroli str. 1100-1101)

5. W wyniku oględzin pomieszczenia chłodni do wstępnego magazynowania w Szpitalu niebezpiecznych odpadów medycznych, przeprowadzonych w dniach 19 i 21 kwietnia 2022 r. stwierdzono, że miało ono powierzchnię 42,79 m² i było zlokalizowane w przyziemiu. Wejście do chłodni poprowadzone było pochylnią dla wózków od strony zewnętrznej budynku, na końcu której znajdował się fragment instalacji odprowadzającej ciepło z pomieszczenia. Wejście do chłodni poprzedzała śluza (pomieszczenie o pow. około 8,29 m²), wyposażona m.in. w umywalkę, środki do mycia rąk, środki odkażające, ręczniki papierowe oraz krany do utrzymania czystości pomieszczenia z zimną i ciepłą wodą, na podłodze położone były płytki ceramiczne oraz kratka ściekowa. Ponadto do pomieszczenia tego, za częściowym przepierzeniem, przylegało pomieszczenie postojowe dla wózków, o powierzchni ok. 15,57 m², w którym zainstalowany był sterownik obsługujący chłodnię. Na drzwiach wejściowych do przedmiotowego pomieszczenia był napis na czerwonym tle „Magazyn odpadów medycznych 18 01 01, 18 01 02* i 18 01 03”. Stan sanitarny przedsionka oraz pomieszczenia postojowego dla wózków nie wzbudził zastrzeżeń. W pomieszczeniu chłodni, do którego z przedsionka prowadziły zamykane drzwi, znajdowały się pojemniki plastikowe, w których były umieszczone czerwone foliowe worki z zakaźnymi odpadami medycznymi. Na workach naklejone były etykiety informujące, że znajdują się w nich zakaźne odpady medyczne. Na widocznej etykietce jednego worka podany był/a m.in.: kod odpadu medycznego, nazwa Szpitala, jego regon, nr księgi rejestrowej wytwórcy odpadów, organ rejestrujący oraz data zamknięcia. Brak było informacji o dacie i godzinie otwarcia worka oraz o godzinie zamknięcia. Nad jednym z pojemników zawieszona została informacja, że przeznaczony jest on na odpady o kodzie 18 01 02*. W pomieszczeniu chłodni zainstalowane były antybakteryjne lamy ultrafioletowe. Termometr w pomieszczeniu chłodni w momencie oględzin wskazywał temperaturę 17°C. Stan sanitarny pomieszczenia chłodni nie wzbudził zastrzeżeń. W toku oględzin transportowane były zakaźne odpady medyczne. Kontener zawierający odpady w trakcie transportu zakryty był pokrywą. Po otwarciu pokrywy pojemnika widoczne były odpady w czerwonych, prawidłowo oznakowanych workach. Więcej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1073-1082)

Zgodnie z § 8 ust 1-3 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie odpadów medycznych, wstępne magazynowanie odpadów medycznych o kodzie 18 01 02* odbywa się tylko w temperaturze do 10°C.

³⁰ Fragment wystąpienia pokontrolnego usunięty na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r. poz. 902).

³¹ Fragment wystąpienia pokontrolnego usunięty na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r. poz. 902).

Dyrektor wyjaśnił, że odpady medyczne o kodzie 18 01 02* są w Szpitalu przechowywane w przeznaczonych do tego celu chłodziarkach, znajdujących się w trakcie porodowym oraz w wydzielonym, zamkniętym pomieszczeniu w tunelu szpitala. Temperatura przechowywania wynosi do 10°C, a czas ich przechowywania nie przekracza 72 godz. W magazynie odpadów medycznych (wstępne magazynowanie) znajduje się pojemnik oznakowany kodem 18 01 02* do umieszczenia w nim wyłącznie odpadów o tym kodzie, przyniesionych z chłodziarek, po uzgodnieniu telefonicznym z pracownikiem firmy Eko ABC tj. odbierającym odpady, bezpośrednio (15 min.) przed ich odbiorem.

(akta kontroli str. 1091-1092)

W wyniku przeprowadzonych 13 maja 2022 r. oględzin jednego z dwóch wymienionych w wyjaśnieniach Dyrektora pomieszczeń do wstępnego magazynowania w Szpitalu odpadów o kodzie 18 01 02* stwierdzono, że znajdowało się ono w jego podziemiach, było zamykane na klucz i nie posiadało oznaczeń od strony wejścia (korytarza). Odpady o kodzie 18 01 02* były przechowywane w oznakowanej i zamykanej na klucz zamrażarce. Pomieszczenie w którym znajdowała się zamrażarka było wyposażone m.in. w umywalkę, środki do mycia rąk, środki odkażające, ręczniki papierowe oraz krany do utrzymania czystości pomieszczenia z zimną i ciepłą wodą. Podłoga pomieszczenia była zmywalna. Ponadto na ścianie pomieszczenia umieszczona była karta do monitorowania temperatury wewnątrz zamrażarki. Z zapisów na karcie wynikało, że utrzymywana wewnątrz zamrażarki temperatura była stale zbliżona do -14°C. Więcej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1084-1086)

Z kart przekazania odpadów o kodzie 18 01 02* wynika, że pomiędzy godziną 5.27 dnia 18 kwietnia 2022 r., a godziną 3.24 dnia 20 kwietnia 2022 r., tj. w przedziale czasowym w którym wykonane zostały pierwsze oględziny pomieszczenia do wstępnego magazynowania niebezpiecznych odpadów medycznych, Szpital wytworzył 14 kg odpadów o ww. kodzie.

(akta kontroli str. 1007-1016)

Według fotografii sposobu gromadzenia odpadów z żywienia pacjentów oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego Szpitala, wykonanych przez pracownika i przesłanych kontrolerowi 16 lutego 2022 r., odpady te znajdowały się w zamkniętym worku koloru czerwonego, oznakowanym datą 16.02.22, i treścią: *Odpady konsumpcyjne, 180-103, obserwacyjno zakaźny*. Więcej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 585-588)

Użytkowane przez Szpital pomieszczenia do wstępnego magazynowania odpadów niebezpiecznych zostały dopuszczone do użytkowania decyzją Powiatowego Inspektora Nadzoru Budowlanego znak ROIK II.5121.16.2021.DWI z 2 lutego 2021 r.

(akta kontroli str. 998-1003)

Dyrektor wyjaśnił, że do ww. daty, pomieszczenie do wstępnego magazynowania odpadów niebezpiecznych było bezpośrednio związane z pawilonem F1 przed rozbudową. W trakcie trwania rozbudowy pawilonu, miejsce wstępnego magazynowania odpadów znajdowało się w specjalnie do tego celu przystosowanych kontenerach. Zarówno pomieszczenia, jak i kontenery tymczasowe były zabezpieczone w odpowiednią temperaturę przez urządzenia chłodnicze. Powierzchnie ścian i podłóg były wykonane z materiałów łatwo zmywalnych, a w pomieszczeniach znajdowała się umywalka.

(akta kontroli str. 838 i 840)

W sprawie sposobu informowania pacjentów Szpitala o regulach postępowania z odpadami Dyrektor wyjaśnił, że w oddziałach/poradniach, na tablicy informacyjnej lub w innym widocznym miejscu, zamieszczona była ulotka informacyjna o treści: Informacja dla pacjenta (segregacja odpadów). W przypadku reżimu sanitarnego, wszystkie odpady traktowane są jako odpady medyczne zakaźne (worek czerwony).

(akta kontroli str. 1091-1092)

6. W specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) prowadzonego przez Szpital w trybie przetargu nieograniczonego³² z 30 stycznia 2018 r. znak ZP 3/2018 na *Świadczenie usług w zakresie transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych wraz z udostępnieniem kontenerów*, jako sposób gospodarowania odpadami, wskazano ich odbiór z terenu Szpitala trzy razy w tygodniu³³, transport do zakładu unieszkodliwiającego oraz ich unieszkodliwienie zgodnie z uod. W warunkach uczestnictwa podmiotów ubiegających się o udział w postępowaniu wymieniono m.in. posiadanie zezwolenia na prowadzenie działalności w zakresie transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych, wydanego w drodze decyzji, ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzenia działalności związanej z przedmiotem zamówienia na sumę gwarancyjną minimum 450 tys. zł przez cały okres obowiązywania umowy oraz wykazanie się co najmniej dwoma usługami w zakresie transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych, świadczonymi przez okres co najmniej jednego roku, o wartości nie mniejszej niż 350 tys. zł brutto każda, oraz załączenie dowodów, że zostały one wykonane należycie. SIWZ określała także typy i szacowane masy wytwarzanych miesięcznie odpadów medycznych, w tym m.in. 18 01 02* - 0,240 Mg miesięcznie (2,88 MG/rok – *przyp. kontrolera*) oraz 18 01 03* - 13,82 Mg miesięcznie (165,84 Mg/rok – *przyp. kontrolera*), tj. zgodnie z limitami określonymi w decyzjach Prezydenta z 22 czerwca 2012 r. i 27 kwietnia 2016 r. SIWZ nie obejmowała odpadów o kodzie 18 01 82*

(akta kontroli str. 43-85)

Umowa z wyłonionym w drodze tego postępowania podmiotem³⁴, została podpisana przez Szpital 1 marca 2018 r., a jej przedmiotem było świadczenie przez wykonawcę kompleksowej usługi polegającej na transporcie i unieszkodliwianiu odpadów medycznych wraz z udostępnianiem kontenerów o poj. 1.1 m³ każdy, w liczbie ośmiu sztuk. Termin realizacji zamówienia ustalono na 36 miesięcy od dnia podpisania umowy. Cenę za wywiezienie i unieszkodliwienie 1 kg odpadów określono na 1,7 zł brutto. Wykonawca oświadczył, że dysponuje zezwoleniem na prowadzenie działalności w zakresie unieszkodliwiania i transportu odpadów niebezpiecznych i innych niż niebezpieczne, wydanym w drodze decyzji przez właściwe organy z uwzględnieniem uregulowań zawartych w uod. W wykazie odpadów szpitalnych podlegających unieszkodliwieniu, stanowiącym załącznik nr 5 do umowy, wyszczególniono m.in. odpady o kodach 18 01 02* i 18 01 03*, nie uwzględniono natomiast grupy odpadów o kodzie 18 01 82*. Umowa nie ustanawiała limitu wagowego odbieranych przez wykonawcę odpadów medycznych.

(akta kontroli str. 43-95)

³² Na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych [dane promulgacyjne wg daty ogłoszenia – *przyp. kontrolera*].

³³ W poniedziałki, środy i piątki oraz na każde telefoniczne wezwanie zamawiającego.

³⁴ Instalacja do unieszkodliwiania niebezpiecznych odpadów medycznych należąca do tego podmiotu była umiejscowiona w odległości ok. 6 km od Szpitala. Do postępowania przystąpiło dwóch oferentów. Fragment wystąpienia pokontrolnego usunięty na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r. poz. 902).

W SIWZ z 11 grudnia 2020 r. znak ZP/27/2020, do kolejnego przetargu nieograniczonego³⁵ ogłoszonego przez Szpital na świadczenie usług w zakresie transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych wraz z udostępnianiem kontenerów, sposób gospodarowania odpadami określono w sposób podobny jak w SIWZ 30 stycznia 2018 r. W warunkach uczestnictwa podmiotów ubiegających się o udział w postępowaniu wymieniono m.in. posiadanie aktualnego zezwolenia na prowadzenie działalności w zakresie objętym przedmiotem zamówienia oraz wykazanie się co najmniej dwoma usługami, tj. usługi transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych, świadczonych przez okres co najmniej jednego roku o wartości nie mniejszej niż 400 tys. zł brutto każda. SIWZ określała także typy i szacowane masy wytwarzanych miesięcznie odpadów medycznych, w tym m.in. 18 01 02* - 0,240 Mg miesięcznie (2,88 MG/rok – *przyp. kontrolera*) – zgodnie z limitem określonym w decyzji Prezydenta z 22 czerwca 2012 r. oraz 18 01 03* - 17,240 Mg miesięcznie (206,88 Mg/rok – *przyp. kontrolera*), tj. szacunkowo o 36,88 Mg powyżej limitu określonego w decyzji Prezydenta z 27 kwietnia 2016 r. SIWZ nie obejmowała odpadów o kodzie 18 01 82*.

(akta kontroli str. 86-149)

Umowa z wyłonionym w drodze tego postępowania podmiotem³⁶, została podpisana przez Szpital 26 lutego 2021 r., a jej przedmiotem było świadczenie przez wykonawcę kompleksowej usługi polegającej na transporcie i unieszkodliwianiu odpadów medycznych wraz z udostępnianiem 10 kontenerów. Termin realizacji zamówienia ustalono od 2 marca 2021 r. do 2 marca 2022 r.³⁷. Cenę za wywiezienie i unieszkodliwienie 1 kg odpadów wynosiła na 6,99 zł brutto. Wykonawca oświadczył, że dysponuje zezwoleniem na prowadzenie działalności w zakresie unieszkodliwiania i transportu odpadów niebezpiecznych i innych niż niebezpieczne, wydanym w drodze decyzji przez właściwe organy z uwzględnieniem uregulowań zawartych w uod. W wykazie odpadów szpitalnych objętych usługą wyszczególniono m.in. grupę 18 01 02* i 18 01 03*, nie uwzględniono natomiast grupy 18 01 82*. Umowa nie ustanawiała limitu wagowego odbieranych przez wykonawcę odpadów.

(akta kontroli str. 150-163)

W SIWZ z 25 stycznia 2022 r. znak ZP/37/2021, do przetargu nieograniczonego³⁸ ogłoszonego przez Szpital na świadczenie usług w zakresie transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych wraz z udostępnianiem kontenerów oraz odbiór skratek, sposób gospodarowania odpadami określono jak w wyżej opisanych SIWZ. W warunkach uczestnictwa podmiotów ubiegających się o udział w postępowaniu wymieniono m.in. posiadanie aktualnego zezwolenia na prowadzenie działalności w zakresie objętym przedmiotem zamówienia oraz przedstawienie dokumentu potwierdzającego wpis do rejestru BDO. SIWZ określała także typy i szacowane masy wytwarzanych miesięcznie odpadów medycznych, w tym m.in. 18 01 02* - 0,240 Mg miesięcznie (2,88 MG/rok – *przyp. kontrolera*) – zgodnie z limitem określonym w decyzji Prezydenta z 22 czerwca 2012 r. oraz 18 01 03* - 21,5 Mg miesięcznie (258 Mg/rok – *przyp. kontrolera*), tj. szacunkowo o 88 Mg

³⁵ Na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych [dane promulgacyjne wg daty ogłoszenia – *przyp. kontrolera*].

³⁶ Fragment wystąpienia pokontrolnego usunięty na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r. poz. 902).

³⁷ Z możliwością przedłużenia terminu obowiązywania umowy, na podstawie jednostronnego oświadczenia złożonego wykonawcy przed upływem terminu zakończenia okresu umowy, o czas niezbędny na zrealizowanie umowy w całym jej zakresie przedmiotowym.

³⁸ Na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych [dane promulgacyjne wg daty ogłoszenia – *przyp. kontrolera*].

powyżej limitu określonego w decyzji Prezydenta z 27 kwietnia 2016 r. SIWZ nie obejmowała odpadów o kodzie 18 01 82*.

(akta kontroli str. 164-223)

7. Poniesione przez Szpital koszty związane z transportem oraz unieszkodliwianiem zakaźnych odpadów medycznych wyniosły:

- w 2019 r. – 308,81 tys. zł (brak wzrostu kosztów względem 2018 r.), co stanowiło 65,72% całkowitego kosztu usuwania przez Szpital odpadów w tym roku w wysokości 469,84 tys. zł,
- w 2020 r. – 347,22 tys. zł (wzrost względem 2019 r. o 12,4% - początek pandemii SARS-CoV-2), co stanowiło 69,95% całkowitego kosztu usuwania przez Szpital odpadów w tym roku w wysokości 496,41 tys. zł,
- w 2021 r. – 1 495,7 tys. zł (wzrost względem 2020 r. o 330,8%, w tym w I kw. 211,8 tys. zł – rozwój pandemii oraz wzrost stawki za wywóz i unieszkodliwienie 1 kg odpadów z 1,7 zł do 6,99 zł – od 2 marca 2021 r.), co stanowiło 90,15% całkowitego kosztu usuwania przez Szpital odpadów w tym roku w wysokości 1 659,11 tys. zł,
- w I kw. 2022 r. - 404,8 tys. zł (wzrost względem I kw. 2021 r. o 91% - dalsze trwanie pandemii oraz wzrost stawki za wywóz i unieszkodliwienie 1 kg odpadów z 1,7 zł do 6,99 zł względem analogicznego okresu 2021 r.), co stanowiło 91,3% całkowitego kosztu usuwania przez Szpital odpadów w tym okresie w wysokości 443,35 tys. zł.

Szpital nie wyodrębniał kosztów transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych powstałych w związku z leczeniem pacjentów zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2.

(akta kontroli str. 43-95, 150-163, 985 i 1083)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W zakresie obowiązków Kierownika Działu Logistyki nie wskazano zadań wynikających z Procedury. Ponadto z dostarczonych dokumentów oraz złożonych przez niego wyjaśnień wynikało, że nie został on skierowany na szkolenie dotyczące tematyki w zakresie przypisanej mu w Procedurze odpowiedzialności związanej z nadzorem nad procesem postępowania z odpadami medycznymi. 11 marca 2016 r. przeszedł on jedynie instruktaż ogólny dotyczący higieny i epidemiologii szpitalnej, dotyczący m.in. metod zapobiegania zakażeniom szpitalnym oraz organizacji pracy Zespołu ds. zakażeń.

(akta kontroli str. 4-10, 616-618 i 665-666)

Treść pkt. 2 i 3 Standardów kontroli zarządczej stanowi m.in., że należy zadbać, aby osoby zarządzające i pracownicy posiadali wiedzę, umiejętności i doświadczenie pozwalające skutecznie i efektywnie wypełniać powierzone zadania. Należy zapewnić rozwój kompetencji zawodowych pracowników jednostki i osób zarządzających. Zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności jednostek, poszczególnych komórek organizacyjnych jednostki oraz zakres podległości pracowników powinien być określony w formie pisemnej w sposób przejrzysty i spójny. Aktualny zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności powinien być określony dla każdego pracownika.

Odnosnie przyczyn niepowierzenia KDL, w jego zakresie obowiązków, zadań wynikających z Procedury i nieskierowania go na szkolenie odpowiadające merytorycznie zagadnieniom w niej opisanych Dyrektor wyjaśnił m.in., że na szkolenie był skierowany pracownik sekcji zaopatrzeniowo-gospodarczej, bezpośrednio odpowiedzialny za sprawę odpadów medycznych. KDL zostanie skierowany na dodatkowe szkolenie w 2022 r.

(akta kontroli str. 1091-1092)

2. Szpital w kierowanych do Prezydenta Miasta Krakowa wnioskach o wydanie pozwolenia na wytwarzanie odpadów, nie uwzględnił odpadów o kodach 18 01 82* i 18 01 04, pomimo że odpady takie wyszczególniono w Procedurze oraz były faktycznie wytwarzane. W konsekwencji wydane przez Prezydenta Miasta Krakowa pozwolenia nie obejmowały tych grup odpadów. Postępowanie takie stanowiło naruszenie zasady określonej w art. 21 ust. 1 uod, który m.in. zakazuje mieszania odpadów niebezpiecznych różnych rodzajów oraz mieszania odpadów niebezpiecznych z odpadami innymi niż niebezpieczne.

(akta kontroli str. 4-10, 16, 224, 579-584)

W sprawie przyczyn niewystąpienia do Prezydenta z wnioskiem o wydanie pozwolenia na wytwarzanie odpadów o kodzie 18 01 82* Dyrektor wyjaśnił, że w latach 2019 -2021 szacunkowa ilość odpadów o kodzie 18 01 82* wynosiła 1 300 kg z oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego i Oddziału Chorób Infekcyjnych i Pediatrii oraz 252 kg z pozostałych oddziałów czasowo przekształconych na oddziały Covidowe. W roku 2022 szacunkowa ilość odpadów 18 01 82* wynosi 94 kg z oddziałów jw. i 45 kg z oddziałów czasowo przekształconych. W sprawie przyczyn niewystąpienia do Prezydenta z wnioskiem o wydanie pozwolenia na wytwarzanie odpadów o kodzie 18 01 04 Dyrektor podał m.in., że odpady odpowiadające tej grupie nie są zanieczyszczone krwią oraz płynami ustrojowymi. W pracy Szpitala segregacja odpadów 18 01 03* i 18 01 04 jest wręcz niewykonalna i mogłaby doprowadzić tylko do zwiększenia kosztów, jak i do wyrzucania odpadów 18 01 04 do odpadów komunalnych. Ze względu na ich znikomą ilość przyjęto zasadę, iż są one klasyfikowane do odpadu o charakterystyce kodu 18 01 03* i zgodnie z procedurą utylizowane. Koszt unieszkodliwiania odpadów o kodach 18 01 03* i 18 01 04 jest taki sam, a jedyną różnicą jest fakt, że odpady o kodzie 18 01 04 mogą być dłużej przechowywane w miejscu wstępnego magazynowania odpadów. Istotą podziału jest to, aby odpady o kodzie 18 01 04 nie trafiały do odpadów komunalnych w celu obniżenia kosztów. Podział odpadów 18 01 03* i 18 01 04 może być skuteczny w gabinetach, przychodniach, gdzie przyjmuje się ograniczoną liczbę pacjentów lub są to gabinety o charakterze konsultacyjnym. Również stanowisko GIS mówi o odpadach szpitalnych, w tym o odpadach 18 01 04, że ze względu na bezpośredni kontakt z chorymi stanowią zagrożenie infekcyjne. Odpady szpitalne, są to odpady potencjalnie zainfekowane, powstające w miejscu przebywania chorych ludzi. Odpady o kodzie 18 01 04 są traktowane jako odpady o kodzie 18 01 03* i sposób postępowania określa procedura. Ilość tych odpadów jest bardzo znikoma.

(akta kontroli str. 579-584, 838-841)

3. W sprawozdaniach o wytwarzanych odpadach i gospodarowaniu odpadami za lata 2019–2021 Szpital nie wykazywał odpadów o kodzie 18 01 82*, pomimo prowadzenia dwóch oddziałów o charakterze zakaźnym.

Zgodnie z art. 66 ust. 1 uod posiadacz odpadów obowiązany jest do prowadzenia na bieżąco ilościowej i jakościowej ewidencji odpadów zgodnie z katalogiem

odpadów. Ponadto art. 4 ust. 1 uod stanowi, że odpady klasyfikuje się przez ich zaliczenie do odpowiedniej grupy, podgrupy i rodzaju odpadów.

Jak wyjaśnił m.in. Dyrektor, odpady pokonsumpcyjne o charakterystyce 18 01 82* występowały przez okres objęty kontrolą w bardzo znikomej ilości i były klasyfikowane do odpadów o kodzie 18 01 03*. W latach 2019-2021 szacunkowa ilość odpadów odpowiadających temu kodowi wynosiła łącznie ok 1,552 Mg³⁹, a w 2022 r.⁴⁰ 0,139 Mg.

(akta kontroli str. 579-584)

NIK zwraca uwagę, że artykuł 21 ust. 1 i 2 uod stanowi, że zakazuje się mieszania odpadów niebezpiecznych różnych rodzajów, mieszania odpadów niebezpiecznych z odpadami innymi niż niebezpieczne, a także mieszania odpadów niebezpiecznych z substancjami, materiałami lub przedmiotami, w tym rozcieńczania substancji niebezpiecznych, natomiast dopuszcza się mieszanie odpadów niebezpiecznych różnych rodzajów, mieszanie odpadów niebezpiecznych z odpadami innymi niż niebezpieczne, a także mieszanie odpadów niebezpiecznych z substancjami, materiałami lub przedmiotami, jeżeli ich zmieszanie służy poprawie bezpieczeństwa procesów przetwarzania odpadów powstałych po zmieszaniu i jeżeli w wyniku prowadzenia tych procesów nie nastąpi wzrost zagrożenia dla życia i zdrowia ludzi lub środowiska.

W swoich wyjaśnieniach Dyrektor zapewnił, że w nowym wniosku o zezwolenie na wytwarzanie odpadów, Szpital uwzględni m.in. o odpad o kodzie 18 01 82*.

(akta kontroli str. 579-584)

Szpital 20 kwietnia 2022 r., tj. w trakcie trwania kontroli, wystąpił do Urzędu Miasta Krakowa o wydanie zezwolenia na wytwarzanie odpadów, w tym m.in.: 18 01 02* - 4 Mg, 18 01 03* - 320 Mg, 18 01 82* - 2 Mg i 18 01 04 – 1 Mg.

(akta kontroli str. 1017-1071)

4. Szpital nie wykazywał faktu wytwarzania odpadów o kodzie 18 01 04 i traktował je jak odpady o kodzie 18 01 03*, tym samym mieszał odpady niebezpieczne z odpadami innymi niż niebezpieczne i nie uwzględnił faktycznie wytwarzanych odpadów w prowadzonej przez siebie ewidencji, czym naruszył przepisy art. 4, 21 ust. 1 i 2 oraz 66 ust. 1 uod.

(akta kontroli str. 841-984)

Dyrektor, w sprawie takiego stanu rzeczy wyjaśnił m.in., że w pracy Szpitala segregacja odpadów 18 01 03* od 18 01 04 jest wręcz niewykonalna i mogłaby doprowadzić tylko do zwiększenia kosztów, jak również prowadzić do wyrzucania odpadów o kodzie 18 01 04 do odpadów komunalnych. Ze względu na ich znikomą ilość przyjęto zasadę, że są one klasyfikowane do odpadu o charakterystyce kodu 18 01 03* i zgodnie z procedurą utylizowane. Koszt unieszkodliwiania odpadu o kodzie 18 01 03* i o kodzie 18 01 04 jest taki sam, a jedyną różnicą jest fakt, że odpady o kodzie 18 01 04 mogą być dłużej przechowywane w miejscu wstępnego magazynowania odpadów. Istotą podziału jest to, aby odpady o kodzie 18 01 04 nie trafiały do odpadów komunalnych, w celu obniżenia kosztu.

(akta kontroli str. 840-841)

5. W każdym z lat objętych kontrolą Szpital przekraczał limity masy wytworzonych odpadów, określonych decyzją Prezydenta Miasta Krakowa. I tak:
 - W Sprawozdaniu o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami za 2019 r., Szpital poinformował m.in. o wytworzeniu w ciągu roku 187,51 Mg

³⁹ Z Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego, Oddziału Chorób Infekcyjnych i Pediatrii oraz z pozostałych oddziałów czasowo przekształconych na oddziały covidowe.

⁴⁰ Do 22 lutego.

odpadów o kodzie 18 01 03*, tj. o 17,51 Mg (10,3%) więcej, niż wynikało to z decyzji Prezydenta z 27 kwietnia 2016 r. znak WS-06.6221.7.2016.MK.

- W Sprawozdaniu o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami za 2020 r., Szpital poinformował m.in. o wytworzeniu 200,392 Mg odpadów o kodzie 18 01 03*, tj. o 30,392 Mg (17,87%) więcej, niż wynikało to z ww. decyzji Prezydenta.
- W Sprawozdaniu o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami za 2021 r., Szpital poinformował m.in. o wytworzeniu 238,344 Mg odpadów o kodzie 18 01 03*, tj. o 68,344 Mg (40,2%) więcej, niż wynikało to z ww. decyzji Prezydenta.

(akta kontroli str. 10-15, 841, 879-882, 930-933 i 984)

W dniu 22 lutego 2019 r. Szpital zawnioskował do Urzędu Miasta Krakowa o zwiększenie limitu wytworzonych niebezpiecznych odpadów medycznych o kodzie 18 01 03* ze 170 do 200 Mg, co wraz z odpowiedzią Prezydenta opisano w pkt 3 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli str. 16-29)

6. Na worku z odpadami z żywienia pacjentów oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego z 16 lutego 2022 r. widniało oznaczenie 16.02.22 i treść: *Odpady konsumpcyjne, 180-103, obserwacyjno-zakaźny.*

Zgodnie z treścią katalogu odpadów, stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 2 stycznia 2020 r. w sprawie katalogu odpadów⁴¹, pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych oznaczane są kodem 18 01 82*.

Ponadto oznakowanie worka z odpadami nie zawierało:

- nazwy oraz numeru REGON wytwórcy odpadów medycznych, co było wymagane postanowieniami § 6 ust. 1 pkt 2 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie odpadów medycznych,
- numeru księgi rejestrowej wytwórcy odpadów medycznych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴², wraz z podaniem organu rejestrowego, co było wymagane treścią § 6 ust. 1 pkt 4 przywołanego wyżej rozporządzenia,
- daty i godzinę otwarcia (rozpoczęcia użytkowania) oraz zamknięcia worka, co było wymagane treścią § 6 ust. 1 pkt 5 i 6 tego rozporządzenia.

(akta kontroli str. 585-588)

Dyrektor wyjaśnił, że na boku worka niewidocznym na zdjęciu, znajdowały się informacje dotyczące nazwy, numeru REGON, numeru księgi oraz daty i godziny rozpoczęcia użytkowania worka i jego zamknięcia, natomiast co do sposobu błędnego opisu na worku, osoba odpowiedzialna za oznakowanie worka w tym dniu została pouczona o zasadach jego prawidłowego oznakowania.

(akta kontroli str. 838-841)

8. W trakcie oględzin pomieszczenia do wstępnego przechowywania odpadów niebezpiecznych stwierdzono, że na etykiecie worka z odpadami brak było informacji o dacie i godzinie otwarcia worka oraz o godzinie jego zamknięcia, pomimo że obowiązek umieszczenia takich informacji wynikał z treści § 6 ust. 1 pkt 5 i 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie odpadów medycznych.

⁴¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 10, dalej: *katalog odpadów*

⁴² Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260

(akta kontroli str. 1073-1082)

Dyrektor wyjaśnił, że doszło do przeoczenia ze strony pracownika firmy świadczącej usługę utrzymania czystości w Szpitalu. O zaistniałej sytuacji poinformowano Kierownika Obiektu firmy świadczącej kompleksowe usługi utrzymania czystości w Szpitalu. W związku z tym, zostało przeprowadzone szkolenie przypominające o obowiązku oznakowania worków na odpady medyczne zgodnie z wymogami rozporządzenia MZ z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi.

(akta kontroli str. 1091-1092)

9. Dyrektor wyjaśnił, że pomieszczenie w którym wstępnie magazynowane są niebezpieczne odpady medyczne o kodzie 18 01 02* Szpital traktuje jako *pomieszczenie do czasowego przechowywania odpadów o kodzie 18 01 02* ze stacjonarnym urządzeniem chłodniczo-zamrażającym.*

(akta kontroli str. 1104-1106)

Treść § 7 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie odpadów medycznych, przewiduje wstępne magazynowanie niebezpiecznych odpadów medycznych w trzech formach, tj. w odpowiednio przystosowanym do tego celu pomieszczeniu albo stacjonarnym lub przenośnym urządzeniu chłodniczym, z których dla każdej sformułowane zostały szczegółowe warunki.

Wobec przywołanych wyżej wyjaśnień Dyrektora należy uznać, że odpady o kodzie 18 01 02*, przechowywane są w stacjonarnym urządzeniu chłodniczym, które powinno spełniać m.in. następujące warunki, określone w § 7 ust. 3 pkt. 6 i 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie odpadów medycznych, tj. posiadać zamknięcie drzwi wejściowych umożliwiające ich otwarcie od wewnątrz oraz przedsionek przed wejściem do urządzenia.

Z przeprowadzonych oględzin, w trakcie których stwierdzono, że odpady o kodzie 18 01 02* przechowywane są w zamrażarce wynika, że warunki przechowywania nie spełniają wymagań określonych w § 7 ust. 3 pkt. 6 i 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie odpadów medycznych.

Dyrektor wyjaśnił, że ww. odpady są przechowywane czasowo w pomieszczeniu ze stacjonarnym urządzeniem chłodniczym. Temperatura przechowywania, jak również czas przechowywania są zgodne z rozporządzeniem Ministra Klimatu z 11 września 2020 r. w sprawie szczegółowych wymagań dla magazynowania odpadów⁴³. Zarówno pomieszczenie, jak i stacjonarne urządzenie chłodnicze są zamknięte.

(akta kontroli str. 1120-1122)

NIK zwraca uwagę, że zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 7 lit. d przywołanego powyżej w wyjaśnieniach rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań dla magazynowania odpadów, przepisów tego rozporządzenia nie stosuje się do magazynowania odpadów, których sposób magazynowania został określony w przepisach wydanych na podstawie art. 33 ust. 2 ustawy o odpadach, tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie odpadów medycznych. W związku z powyższym do magazynowania zakaźnych odpadów medycznych o kodzie 18 01 02* zastosowanie znajdują przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie odpadów medycznych.

⁴³ Dz.U.2020.1742

IV. Uwagi i wnioski

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

Wnioski pokontrolne

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

- 1) skierowanie Kierownika Działu Logistyki, wskazanego w Procedurze jako odpowiedzialnego za nadzór nad procesem postępowania z odpadami medycznymi, na dedykowane w tym kierunku szkolenie;
- 2) doprowadzenie do zgodności pomiędzy zakresem czynności i kompetencji Kierownika Działu Logistyki, a jego odpowiedzialnością wynikającą z treści Procedury P.EPI.28.;
- 3) zaniechanie mieszania odpadów niebezpiecznych różnych rodzajów oraz mieszania odpadów niebezpiecznych z odpadami innymi niż niebezpieczne, co stanowi naruszenie w art. 21 ust. 1 uod;
- 4) uwzględnianie w prowadzonej w Szpitalu ewidencji wszystkich kategorii wytwarzanych odpadów, tj. postępowanie zgodnie z art. 4, 21 ust. 1 i 2 oraz 66 ust. 1 uod;
- 5) przestrzeganie określonych w decyzjach Prezydenta Miasta Krakowa limitów masy wytworzonych odpadów;
- 6) oznaczanie worków zawierających niebezpieczne odpady medyczne zgodnie z wymogami § 3 ust. 1 oraz § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie odpadów medycznych;
- 7) dostosowanie warunków wstępnego magazynowania odpadów o kodzie 18 01 02* do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie odpadów medycznych;
- 8) wzmocnienie nadzoru nad postępowaniem w Szpitalu z zakaźnymi odpadami medycznymi.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Krakowie. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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

Kraków, maja 2022 r.

Kontroler
Wojciech Zdasień

główny specjalista kp.