KSI-4101-001-00/2014
Nr ewid.166/2014/P/14/055/KSI

Informacja o wynikach kontroli

POSTĘPOWANIE Z ODPADAMI MEDYCZNYMI

MISJĄ
Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

WIZJĄ
Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Dyrektor Departamentu Środowiska:
Anna Krzywicka

Akceptuję:
Wojciech Kutyła

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:
Krzysztof Kwiatkowski

Prezes Najwyższej Izby Kontroli
Warszawa, dnia 4. XII. 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

Spis treści

WPROWADZENIE 7

1. ZAŁOŻENIA KONTROLI 8

2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI 9
   2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności 9
   2.2. Uwagi końcowe i wnioski 13

3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI 14
   3.1. Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i organizacyjne 14
      3.1.1. Charakterystyka obszaru objętego kontrolą 15
   3.2. Istotne ustalenia kontroli 17
      3.2.1. Postępowanie z odpadami medycznymi w podmiotach leczniczych 17
         3.2.1.1. Organizacja postępowania z odpadami medycznymi 17
         3.2.1.2. Działania w zakresie unieszkodliwiania odpadów medycznych, ich ewidencjonowanie i sprawozdawczość 20
         3.2.1.3. Postępowanie dotyczące zawierania i wykonywania umów z podmiotami odbierającymi odpady medyczne 25
      3.2.2. Postępowanie z odpadami w spalarniach zakaźnych odpadów medycznych 28
         3.2.2.1. Charakterystyka instalacji do termicznego przekształcania zakaźnych odpadów medycznych i ich stan formalno-prawny 30
         3.2.2.2. Unieszkodliwianie odpadów medycznych, ich ewidencjonowanie i sprawozdawczość 31
         3.2.2.3. Zawieranie i wykonywanie umów dotyczących unieszkodliwiania odpadów medycznych przez prowadzących instalacje do ich unieszkodliwiania 33
      3.2.3. Sprawowanie zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego nad warunkami higieny środowiska przy postępowaniu z odpadami medycznymi (powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne) 34
         3.2.3.1. Organizacja działalności kontrolnej w zakresie odpadów medycznych 34
         3.2.3.2. Wykonywanie kontroli w zakresie postępowania z odpadami medycznymi 35
         3.2.3.3. Inne działania dotyczące sprawowania zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego w zakresie postępowania z odpadami medycznymi 37
   3.3. Ustalenia innych kontroli 39
   3.4. Pozostałe informacje 39

4. INFORMACJE DODATKOWE 42
   4.1. Przygotowanie kontroli 42
   4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli 42

5. ZAŁĄCZNIKI 45

Zdjęcie na okładce: Marek Wójtowicz, Delegatura NIK w Rzeszowie

Wykaz stosowanych skrótów i pojęć

GIOŚ Główny Inspektor Ochrony Środowiska

GIS Główny Inspektor Sanitarny

GITD Główny Inspektor Transportu Drogowego

gospodarka odpadami wytwarzanie odpadów i gospodarowanie odpadami (art. 3 ust.1 pkt 3 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. *o odpadach* – Dz.U. z 2013 r., poz. 21 z późn. zm.)

gospodarowanie odpadami zbieranie, transport, odzysk i unieszkodliwianie odpadów, w tym również nadzór nad takimi działaniami oraz nad miejscami unieszkodliwiania odpadów (art. 3 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. *o odpadach* – Dz.U. z 2010 r. Nr 185, poz. 1243 z późn. zm. – ustawa uchylona z dniem 23 stycznia 2013 r.)

zbieranie, transport, przetwarzanie odpadów, łącznie z nadzorem nad tego rodzaju działaniami, jak również późniejsze postępowanie z miejscami unieszkodliwiania odpadów oraz działania wykonywane w charakterze sprzedawcy odpadów lub pośrednika w obrocie odpadami (art. 3 ust. 1 pkt 2 *ustawy o odpadach z 2012 r.*)

IOŚ Inspekcja Ochrony Środowiska

kod odpadów zestaw cyfr określających grupę, podgrupę i rodzaj odpadu, zgodnie z załącznikiem do rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 27 września 2001 r. *w sprawie katalogu odpadów* – Dz.U. Nr 112, poz. 1206. Wykaz kodów odpadów medycznych używanych w niniejszej Informacji zawiera Załącznik 5.3.

KPGO Krajowy Plan Gospodarki Odpadami

Mg oznaczenie jednostki masy – 1 Mg = 10^6 g = 10^3 kg, 1Mg = 1t (tona)

odpady medyczne odpady powstające w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzeniem badań i doświadczeń naukowych w zakresie medycyny (art. 3 ust. 3 pkt 5 *ustawy o odpadach z 2001 r.* i art. 3 ust. 1 pkt 8 *ustawy o odpadach z 2012 r.*)

ppis państwowy powiatowy inspektor sanitarny

pwis państwowy wojewódzki inspektor sanitarny

PSSE, psse Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna (zgodnie z art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. *o Państwowej Inspekcji Sanitarnej* – Dz.U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 z późn. zm., państwowy inspektor sanitarny wykonuje zadania przy pomocy podległej mu stacji sanitarno-epidemiologicznej)

spalarnia odpadów zakład lub jego część przeznaczone do termicznego przekształcania odpadów z odzyskiem lub bez odzysku wytwarzanej energii cieplnej, obejmujące instalacje i urządzenia służące do prowadzenia procesu termicznego przekształcania odpadów wraz z oczyszczaniem gazów odlotowych i wprowadzaniem ich do atmosfery, kontrolą, sterowaniem i monitorowaniem procesów oraz instalacjami związanymi z przyjmowaniem, wstępnym przetwarzaniem i magazynowaniem odpadów dostarczonych do termicznego przekształcania oraz instalacjami związanymi z magazynowaniem i przetwarzaniem substancji otrzymanych w wyniku spalania i oczyszczania gazów odlotowych (art. 3 ust. 3 pkt 17 *ustawy o odpadach z 2001 r.* oraz art. 3 ust. 1 pkt 26 *ustawy o* odpadach *z 2012 r.*)

szpital przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (art. 2 ust.1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* – Dz. U. z 2013 r., poz. 217 z późn. zm.)

termiczne przekształcanie odpadów spalanie odpadów przez ich utlenianie, inne procesy termicznego przetwarzania odpadów, w tym piroliza, zgazowanie i proces plazmowy, o ile substancje powstające podczas tych procesów są następnie spalane (art. 3 ust. 3 pkt 20 *ustawy o odpadach z 2001 r*. oraz art. 3 ust. 1 pkt 29 *ustawy o odpadach z 2012 r*.)

unieszkodliwianie odpadów poddanie odpadów procesom przekształceń biologicznych, fizycznych lub chemicznych określonym w załączniku nr 6 do ustawy w celu doprowadzenia ich do stanu, który nie stwarza zagrożenia dla życia, zdrowia ludzi lub dla środowiska (art. 3 ust. 3 pkt 21 *ustawy o odpadach z 2001 r.);*

proces niebędący odzyskiem, nawet jeżeli wtórnym skutkiem takiego procesu jest odzysk substancji lub energii (art. 3 ust. 1 pkt 30 *ustawy o odpadach z 2012 r.)*

ustawa o odpadach z 2001 r. ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. *o odpadach* (utraciła moc obowiązującą 23 stycznia 2013 r.)

ustawa o odpadach z 2012 r. ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. *o odpadach* (weszła w życie 23 stycznia 2013 r.)

zasada bliskości zasada postępowania z odpadami medycznymi, uregulowana w art. 9 ust. 3–5 *ustawy o odpadach z 2001 r.* i w art. 20 ust. 3 pkt 2 i w art. 20 ust. 6 *ustawy o odpadach z 2012 r.*

Zgodnie z art. 9 ust. 3–5 *ustawy o odpadach z 2001 r.*, odpady medyczne o właściwościach zakaźnych powinny być poddane unieszkodliwianiu na obszarze tego województwa, na którym zostały wytworzone, w instalacjach spełniających wymagania najlepszej dostępnej techniki lub technologii, lub w miejscach najbliżej położonych miejsca ich wytworzenia. Odpady medyczne mogły być poddane unieszkodliwianiu na obszarze województwa innego niż to, na terenie którego zostały wytworzone, jeżeli odległość od miejsca wytwarzania odpadów do instalacji przeznaczonej do unieszkodliwiania, spełniającej wymagania najlepszej dostępnej techniki lub technologii, była mniejsza niż odległość do instalacji lub miejsca położonego na obszarze tego samego województwa. (art. 9 ust. 4 *ustawy o odpadach z 2001 r.*)

Zgodnie z art. 20 ust. 3 pkt 2 *ustawy o odpadach z 2012 r.*, zakazuje się unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych i zakaźnych odpadów weterynaryjnych – poza obszarem województwa, na którym zostały wytworzone. Dopuszcza się jednak unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych i zakaźnych odpadów weterynaryjnych na obszarze województwa innego niż to, na terenie którego zostały wytworzone, w najbliżej położonej instalacji, w przypadku braku instalacji do unieszkodliwiania tych odpadów na obszarze danego województwa lub gdy istniejące instalacje nie mają wolnych mocy przerobowych (art. 20 ust. 6 *ustawy o odpadach z 2012 r.*)

zakaźne odpady medyczne odpady medyczne niebezpieczne wykazujące m.in. właściwości H9 „zakaźne" określone w załączniku nr 4 do *ustawy o odpadach z 2001 r.* – substancje zawierające żywe mikroorganizmy lub ich toksyny, o których wiadomo lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do przyjęcia, że powodują choroby człowieka lub innych żywych organizmów i w załączniku nr 3 do *ustawy o odpadach z 2012 r.* jako substancje i preparaty zawierające żywe drobnoustroje lub ich toksyny, o których wiadomo lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do przyjęcia, że wywołują choroby u ludzi lub innych żywych organizmów.

WPROWADZENIE

Kontrola *Postępowanie z odpadami medycznymi* (nr P/14/055) została podjęta z inicjatywy Najwyższej Izby Kontroli. Na potrzebę jej przeprowadzenia wskazywały wyniki wcześniejszych kontroli przeprowadzonych przez NIK[1] oraz doniesienia medialne, wskazujące na duże ryzyko występowania nieprawidłowości w postępowaniu z odpadami medycznymi.

[1] Kontrola, której wyniki opublikowano w „Informacji o wynikach kontroli postępowania z odpadami medycznymi", Najwyższa Izba Kontroli Departament Środowiska, Rolnictwa i Zagospodarowania Przestrzennego, Warszawa grudzień 2007 r. (nr ewid. 9/2007/P06108/KSR) i kontrola, której wyniki przedstawiono w „Informacji o wynikach kontroli działalności związanej z unieszkodliwianiem odpadów medycznych na terenie województwa podkarpackiego", Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie, Rzeszów grudzień 2011 r. (nr ewid. 165/2011/P/11/162/LRZ).

1 ZAŁOŻENIA KONTROLI

Cel kontroli

Celem kontroli była ocena funkcjonowania systemu unieszkodliwiania odpadów medycznych. W szczególności kontrolą objęto:

w podmiotach leczniczych:

- organizację postępowania z odpadami medycznymi;
- działania w zakresie unieszkodliwiania odpadów medycznych, ich ewidencjonowanie i sprawozdawczość;
- postępowanie dotyczące zawierania i wykonywania umów z podmiotami odbierającymi odpady medyczne.

w powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych:

- organizację działalności kontrolnej w zakresie odpadów medycznych;
- wykonywanie kontroli w zakresie postępowania z odpadami medycznymi;
- inne działania dotyczące sprawowania zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego w zakresie postępowania z odpadami medycznymi.

Zakres podmiotowy kontroli

Kontrolą, przeprowadzoną w okresie od 3 marca 2014 r. do 16 czerwca 2014 r., objęto 18 jednostek, z tego 12 podmiotów leczniczych – szpitali[2] (kontrolą objęto po dwa szpitale, w województwach: mazowieckim, podlaskim, kujawsko-pomorskim, łódzkim, opolskim i podkarpackim) i sześć powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych (po jednej w każdym z ww. województw)[3].

W szpitalach kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. *o Najwyższej Izbie Kontroli*[4], z uwzględnieniem kryteriów legalności, rzetelności i gospodarności, natomiast w powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych na podstawie art. 2 ust. 1 *ustawy o NIK*, pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności.

Zakres przedmiotowy kontroli

Kontrolą objęto okres od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2013 r. oraz działania wcześniejsze, o ile miały one wpływ na realizację tych zadań po 1 stycznia 2011 r. lub ich efekty wystąpiły po 1 stycznia 2011 r., a także skutki działań podjętych do dnia zakończenia kontroli.

Do oceny funkcjonowania systemu unieszkodliwiania odpadów medycznych wykorzystano także wyniki kontroli w spalarniach zakaźnych odpadów medycznych, przeprowadzonej na zlecenie NIK (na podstawie art. 12 pkt 3 *ustawy o NIK*) przez Inspekcję Ochrony Środowiska w 29 podmiotach[5]. W Informacji podano dane dotyczące m.in. liczby wytwórców odpadów medycznych i ilości wytwarzanych odpadów medycznych, uzyskane od marszałków województw w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f *ustawy o NIK*, a także informacje dotyczące kontroli transportów odpadów medycznych, uzyskane w tym trybie od Głównego Inspektora Transportu Drogowego.

---

[2] Kontrolą objęto ponad 5% z 220 szpitali, znajdujących się na terenie sześciu województw: mazowieckiego, łódzkiego, kujawsko-pomorskiego, podkarpackiego, podlaskiego i opolskiego (dane według Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą: www.rpwdl.csioz.gov.pl – stan na dzień 23 lipca 2014 r.).

[3] Wykaz skontrolowanych jednostek wraz z ocenami skontrolowanej działalności, zawartymi w wystąpieniach pokontrolnych NIK, zawiera załącznik nr 5.4. do Informacji.

[4] Dz.U. z 2012 r., poz. 82 z późn. zm.

[5] Wykaz podmiotów skontrolowanych przez Inspekcję Ochrony Środowiska stanowi załącznik nr 5.5. do Informacji.

2 PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI

2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie[6] funkcjonowanie systemu unieszkodliwiania odpadów medycznych w badanym obszarze w latach 2011–2013, ze względu na skalę stwierdzonych nieprawidłowości oraz związane z nimi zagrożenia dla zdrowia ludzi oraz środowiska.

NIK stwierdziła brak informacji dotyczących unieszkodliwienia 6,9 tys. Mg, tj. 5,7% wytworzonych w Polsce w latach 2011–2013, odpadów medycznych niebezpiecznych, co może wskazywać, że zostały one zagospodarowane w inny sposób, niż wymagany przepisami. Według informacji uzyskanych od marszałków województw, w ww. latach wytworzono 120,8 tys. Mg takich odpadów, a unieszkodliwiono 113,9 tys. Mg.

NIK ocenia negatywnie nieprzestrzeganie w latach 2011–2013, zarówno przez podmioty lecznicze[7] jak i podmioty prowadzące instalacje do termicznego przekształcania zakaźnych odpadów medycznych (skontrolowane przez Inspekcję Ochrony Środowiska[8]), zasady bliskości[9] określonej w obowiązujących kolejno w kontrolowanym okresie ustawach o odpadach. Zakaźne odpady medyczne przemieszczano pomiędzy województwami, nawet na odległości kilkuset kilometrów (w 12 z 16 województw unieszkodliwiono, w okresie 2011–2013, mniej zakaźnych odpadów medycznych, niż zostało wytworzonych w tych województwach[10]). Wynikało to przede wszystkim ze stosowania przez podmioty lecznicze ceny, jako głównego kryterium wyboru wykonawcy usług unieszkodliwiania odpadów medycznych. Nieprzestrzeganie zasady bliskości i przemieszczanie zakaźnych odpadów medycznych na duże odległości zwiększa ryzyko powstania uciążliwości spowodowanych przez zapach lub hałas oraz może mieć wpływ na powstanie zagrożenia dla zdrowia ludzi i dla środowiska.

W toku kontroli przeprowadzonej w podmiotach leczniczych stwierdzono istotne nieprawidłowości dotyczące postępowania z odpadami medycznymi, nierzetelne prowadzenie ewidencji odpadów oraz przekazywanie błędnych danych o ilości i rodzajach odpadów marszałkom województw. Nieprawidłowości w ww. zakresie wystąpiły również w podmiotach prowadzących instalacje do termicznego unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych, w części z nich stwierdzono także nieprawidłowości związane m.in. z niewłaściwym przeprowadzaniem pomiarów wielkości emisji substancji do powietrza.

---

6 Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

7 Zasada bliskości nie była stosowana w sześciu następujących szpitalach: Brzeskie Centrum Medyczne w Brzegu, Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o., Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku, Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach, Szpital Miejski im. dr. E. Warmińskiego – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy i Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach.

8 Kontrole IOŚ wykazały, że w czterech podmiotach unieszkodliwiano odpady medyczne z naruszeniem zasady bliskości, o której mowa w art. 20 *ustawy o odpadach z 2012 r.*

9 Zachowywanie zasady bliskości umożliwia prowadzenie gospodarki odpadami w sposób zapewniający ochronę życia i zdrowia ludzi oraz środowiska, tj. w sposób zgodny z zasadą ogólną zawartą w art. 16 ustawy *o odpadach z 2012 r.*, który stanowi: „Gospodarkę odpadami należy prowadzić w sposób zapewniający ochronę życia i zdrowia ludzi oraz środowiska, w szczególności gospodarka odpadami nie może:
   1) powodować zagrożenia dla wody, powietrza, gleby, roślin lub zwierząt;
   2) powodować uciążliwości przez hałas lub zapach;
   3) wywoływać niekorzystnych skutków dla terenów wiejskich lub miejsc o szczególnym znaczeniu, w tym kulturowym i przyrodniczym".

10 Cztery województwa, w których unieszkodliwiono więcej zakaźnych odpadów medycznych, niż w nich wytworzono, to: kujawsko-pomorskie, łódzkie, podkarpackie i pomorskie. W pozostałych województwach unieszkodliwiono mniej zakaźnych odpadów medycznych niż zostało w nich wytworzonych.

W kontrolowanej działalności zidentyfikowano następujące nieprawidłowości i problemy:

1. W czterech[11] z 12 skontrolowanych szpitali nie przestrzegano warunków pozwoleń na wytwarzanie odpadów medycznych. Wytworzono o 93,7 Mg więcej odpadów medycznych (4,2% z 2.230,7 Mg odpadów wytworzonych w latach 2011–2013 przez wszystkie skontrolowane jednostki) niż określono w posiadanych decyzjach administracyjnych. Ponadto, dwa[12] badane szpitale wytworzyły 13,8 Mg odpadów medycznych (co stanowiło 0,6 % tych odpadów wytworzonych przez skontrolowane szpitale), których rodzaje nie były uwzględnione w posiadanych decyzjach administracyjnych. (str. 17, 20–21)
2. W dziesięciu[13] szpitalach (tj. 83,3%) naruszano zasady postępowania z odpadami medycznymi, określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. *w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi*[14], m.in. niewłaściwie segregowano odpady medyczne, nie dotrzymywano wymaganych warunków ich magazynowania oraz transportu wewnętrznego z miejsca powstania do miejsca magazynowania. (str. 22)
3. W sześciu[15] szpitalach ewidencję odpadów medycznych[16] wytwarzanych i przekazywanych do unieszkodliwienia prowadzono niezgodnie z art. 36 ust. 1 *ustawy o odpadach z 2001 r.*[17]. Stwierdzone w tym zakresie nieprawidłowości polegały na niewykazywaniu wszystkich wytworzonych odpadów lub wykazywaniu ich pod niewłaściwym kodem. Ponadto nieprawidłowości dotyczyły niezgodności pomiędzy ilością zaewidencjonowanych odpadów, a ilością określoną w fakturach wystawionych przez firmy odbierające odpady. W ocenie NIK, powyższe postępowanie – tj. nierzetelne prowadzenie ewidencji odpadów, mogło skutkować zawyżaniem masy odpadów i kosztów ich unieszkodliwiania ponoszonych przez szpitale. (str. 23–24)
4. Połowa[18] skontrolowanych szpitali podawała nierzetelne dane[19] w zbiorczych zestawieniach danych o rodzajach i ilości odpadów, o sposobach gospodarowania nimi oraz o instalacjach i urządzeniach służących do odzysku i unieszkodliwiania tych odpadów, przekazywanych

---

[11] Publiczny Samodzielny ZOZ Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu, SP ZOZ w Mińsku Mazowieckim, Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu i Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr. E. Warmińskiego SP ZOZ w Bydgoszczy.

[12] Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr. E. Warmińskiego SP ZOZ w Bydgoszczy i ZOZ w Dębicy.

[13] Dotyczyło to: BCM w Brzegu, Wojewódzkiego Szpitala we Włocławku, Szpitala Ogólnego w Kolnie, WSM SPZOZ w Bydgoszczy, Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Skierniewicach, SPZOZ w Łapach, ZOZ w Dębicy, SP ZOZ w Mińsku Mazowieckim, Zduńskowolskiego Szpitala Powiatowego Sp. z o.o. i Publicznego Samodzielnego ZOZ Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu.

[14] Dz.U. Nr 139, poz. 940.

[15] W COM w Jarosławiu, Wojewódzkim Szpitalu we Włocławku, Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Skierniewicach, SP ZOZ w Łapach, ZOZ w Dębicy, Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim w Warszawie Sp. z o.o.

[16] Ponadto, nieprawidłowości w zakresie prowadzenia ewidencji odpadów dotyczyły dwóch szpitali, gdzie nie wszystkie karty ewidencji odpadów medycznych i karty przekazania odpadów medycznych były sporządzane z zastosowaniem wzorów określonych w załącznikach nr 1 i nr 5 do rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 8 grudnia 2010 r. *w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów* (Dz.U. Nr 249, poz. 1673), ośmiu szpitali, w których karty ewidencji odpadów i karty przekazania odpadów nie zawierały wszystkich elementów określonych w ww. rozporządzeniu. W SP ZOZ w Mińsku Mazowieckim stwierdzono brak kart przekazania odpadów medycznych za 2011 r., pomimo iż art. 36 ust. 10 ustawy z 2001 r. *o odpadach* oraz art. 72 ust. 1 ustawy z 2012 r. *o odpadach* nakładały na posiadacza odpadów obowiązek przechowywania dokumentów sporządzonych na potrzeby ewidencji przez okres 5 lat.

[17] Zgodnie z art. 236 ust. 1 *ustawy o odpadach z 2012 r.*, do ewidencji odpadów stosuje się przepisy dotychczasowe do dnia 31 grudnia 2014 r.

[18] COM w Jarosławiu, ZOZ w Dębicy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku, Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach, PS ZOZ Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu i Mazowiecki Szpital Bródnowski Sp. z o.o.

[19] Ogółem, szpitale te zaniżyły ilość wytworzonych odpadów medycznych, wykazanych w zbiorczych zestawieniach o 3,8 Mg odpadów medycznych, co stanowiło 0,2% wytworzonych przez wszystkie skontrolowane szpitale odpadów medycznych.

marszałkom województw[20]. Przekazywanie nierzetelnych informacji o ilości wytworzonych odpadów przez ich wytwórców uniemożliwiło dokonanie oceny, czy wszystkie wytworzone odpady były faktycznie unieszkodliwiane. (str. 25)

5. W trzech szpitalach[21] wewnętrzne uregulowania w zakresie postępowania z odpadami medycznymi były niezgodne z wymogami[22] rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi*. (str. 22)
6. Szpitale (10 z 12 skontrolowanych[23]) nie występowały (na podstawie art. 95 ust. 4 *ustawy o odpadach z 2012 r.*) w kontrolowanym okresie do posiadaczy odpadów, którzy unieszkodliwiali ich zakaźne odpady medyczne, z wnioskiem o wydanie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie tych odpadów. Przyczyną tego stanu – według kontrolowanych podmiotów – był brak określenia przez Ministra Środowiska, w drodze rozporządzenia, wzoru potwierdzenia (Minister Środowiska, zobowiązany do wydania przedmiotowego rozporządzenia na podstawie art. 95 ust. 13 *ustawy o odpadach z 2012 r.,* wydał je dopiero w dniu 13 stycznia 2014 r.). Ponadto, Minister Środowiska, w piśmie (z dnia 15 lutego 2013 r.) dostępnym na stronie internetowej Ministerstwa Środowiska[24], informował, że do czasu wydania przedmiotowego rozporządzenia nie jest wymagana realizacja obowiązku wynikającego z art. 95 ust. 4 i 5 *ustawy o odpadach z 2012 r*. W ocenie NIK, brak aktu wykonawczego określającego m.in. wzór dokumentu nie powinien uniemożliwiać posiadaczowi odpadu pisemnego potwierdzenia wykonania czynności, do której jest zobowiązany zarówno przez ustawę o odpadach, jak i umowę z wytwórcą odpadu. Interpretacja MŚ, dotycząca braku przepisów wykonawczych nie może/nie powinna prowadzić do wyłączenia przepisów powszechnie obowiązujących zawartych w ustawie, bowiem to przepis ustawy (a nie rozporządzenia) wprowadził obowiązek pisemnego potwierdzenia unieszkodliwienia zakaźnych odpadów medycznych na wniosek wytwórcy. Powyższe stanowisko znajduje uzasadnienie w przepisach dotyczących wprowadzenia w życie *ustawy o odpadach z 2012 r.*, gdzie w art. 253 przewidziano, iż ustawa wchodzi w życie po 14 dniach od dnia ogłoszenia i jednocześnie wśród wyjątków od tej zasady nie przewidziano art. 27 i art. 95 ww. ustawy. Zgodnie z art. 27 ust. 5 *ustawy o odpadach z 2012 r.* wytwórca zakaźnych odpadów medycznych jest zwolniony z odpowiedzialności za zbieranie lub przetwarzanie odpadów, z chwilą dokonania unieszkodliwienia odpadów przez następnego posiadacza odpadów przez termiczne przekształcenie w spalarni odpadów niebezpiecznych, na co wymaga się potwierdzenia dokumentem potwierdzającym unieszkodliwienie (art. 27 ust. 6 ww. ustawy). Dlatego, biorąc pod uwagę treść art. 27 ust. 5 i 6, art. 95 ust. 4, 5 i 13 oraz treść przepisów przejściowych *ustawy o odpadach z 2012 r.*, szpitale, chcąc mieć dowód zwolnienia z odpowiedzialności za zbieranie lub przetwarzanie odpadów, powinny występować o wydanie dokumentów potwierdzających unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych. (str. 21) Podmioty unieszkodliwiające odpady, skontrolowane przez Inspekcję Ochrony Środowiska,

[20] Zestawienia przekazywano, realizując obowiązek określony w art. 37 ust. 3 *ustawy o odpadach* z 2001 r. i art. 237 ust. 1 pkt 1 *ustawy o odpadach z 2012 r.*

[21] Zduńskowolski Szpital Powiatowy Spółka z o.o. w Zduńskiej Woli, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku i Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu.

[22] W dwóch szpitalach procedury nie były zgodne z § 4 pkt 2 *rozporządzenia w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami,* a w jednym szpitalu nie opracowano procedury, o której mowa w § 9 ust. 1 ww. rozporządzenia.

[23] O wydanie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie odpadów występowały tylko: SP ZOZ w Łapach i SP ZOZ w Mińsku Mazowieckim.

[24] http://www.mos.gov.pl

wydawały potwierdzenia unieszkodliwienia zakaźnych odpadów medycznych po wejściu w życie rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 13 stycznia 2014 r. *w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych*[25], tj. po dniu 22 lutego 2014 r. (str. 33)

W ocenie NIK, stwierdzone w podmiotach leczniczych nieprawidłowości polegające na nieprzestrzeganiu przepisów prawa, w tym naruszenia zasad postępowania z odpadami medycznymi określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia *w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi,* oraz warunków określonych w decyzjach administracyjnych wskazują, że działające w szpitalach mechanizmy kontroli w obszarze postępowania z odpadami medycznymi były nieskuteczne.

7. W trzech spośród sześciu skontrolowanych PSSE wykazano nierzetelne podejście do kontroli w zakresie postępowania z odpadami medycznymi: w PSSE w Białymstoku nie było informacji o 102 podmiotach wytwarzających odpady medyczne działających na obszarze właściwości terytorialnej PPIS w Białymstoku – tym samym ok. 15% podmiotów wytwarzających odpady nie objęto kontrolami, w PSSE w Skierniewicach nierzetelnie dokonywano ustaleń kontrolnych, a PSSE w Mińsku Mazowieckim nierzetelnie informowała o liczbie i ustaleniach przeprowadzonych kontroli w zakresie postępowania z odpadami medycznymi. (str. 36–37)
8. Inspekcja Ochrony Środowiska przeprowadzając, na zlecenie NIK, kontrole 29 podmiotów prowadzących instalacje termicznego przekształcania zakaźnych odpadów medycznych (które w latach 2011–2013 unieszkodliwiły 83,0 tys. Mg odpadów medycznych) stwierdziła nieprawidłowości w zakresie postępowania z odpadami medycznymi w ponad 62% skontrolowanych podmiotów (w 18 z 29). IOŚ ustaliła m.in., że:
   - w dziesięciu podmiotach nie wykonywano wymaganych prawem pomiarów emisji zanieczyszczeń do powietrza lub wykonywano je z częstotliwością inną, niż określona w decyzjach administracyjnych oraz nieterminowo przekazywano wyniki wykonanych pomiarów wojewódzkim inspektorom ochrony środowiska i marszałkom województw; (str. 32–33)
   - pięć podmiotów naruszyło warunki posiadanych decyzji, poprzez wytworzenie lub unieszkodliwienie odpadów w ilościach większych, niż wynikające z posiadanych zezwoleń/pozwoleń w tym zakresie; (str. 31)
   - w czterech podmiotach nieprawidłowo magazynowano zakaźne odpady medyczne; również w czterech podmiotach nie prowadzono lub nierzetelnie prowadzono ewidencję odpadów, a w trzech podmiotach nierzetelnie sporządzono zbiorcze dane o rodzajach i ilości odpadów, przekazywane marszałkom województw; (str. 31–32)
   - w jednym podmiocie kierownik spalarni nie posiadał wymaganych uprawnień w zakresie gospodarowania odpadami; (str. 30–31)
   - jeden z podmiotów nie posiadał wymaganych pozwoleń na wytwarzanie odpadów i odprowadzanie ścieków. (str. 30)

[25] Dz.U. z 2014 r., poz. 107.

Ponadto, w trakcie kontroli przeprowadzonych przez IOŚ ustalono, że w jednym przypadku skontrolowany podmiot niezgodnie z prawdą poinformował IOŚ o wykonaniu zarządzeń pokontrolnych, a w jednym przypadku nie dopełnił obowiązku poinformowania Inspekcji o wykonaniu zarządzania pokontrolnego[26].

9. W obowiązującym rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2002 r. *w sprawie dopuszczalnych sposobów i warunków unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych*[27] (zgodnie z art. 250 *ustawy o odpadach z 2012 r.*, ww. rozporządzenie Ministra Zdrowia, wydane na podstawie art. 42 ust. 3 *ustawy o odpadach z 2001 r.*, zachowuje moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 95 ust. 11 *ustawy o odpadach z 2012 r.*, nie dłużej jednak niż do dnia 23 stycznia 2015 r.) sprzecznie z art. 95 ust. 2 *ustawy o odpadach z 2012 r.*, dopuszcza się unieszkodliwianie zakaźnych odpadów medycznych innymi metodami niż ich przekształcanie termiczne. Jak wynika z informacji uzyskanych[28] od marszałków województw: zachodniopomorskiego, kujawsko-pomorskiego i wielkopolskiego, na ich terenie znajdowały się instalacje do unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych w inny sposób, niż poprzez przekształcanie termiczne.

2.2 Uwagi końcowe i wnioski

Poza wnioskami sformułowanymi w wystąpieniach pokontrolnych do kierowników kontrolowanych jednostek, NIK wnosi do **Ministra Środowiska** o podjęcie skutecznych działań w celu poprawy stanu przestrzegania zasady bliskości przy postępowaniu z zakaźnymi odpadami medycznymi[29].

Z uwagi na fakt, że w obowiązującym rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2002 r. *w sprawie dopuszczalnych sposobów i warunków unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych*, sprzecznie z art. 95 ust. 2 *ustawy o odpadach z 2012 r.*, dopuszcza się unieszkodliwianie zakaźnych odpadów medycznych innymi metodami, niż ich termiczne przekształcanie, w ocenie NIK, kwestia ta powinna zostać bezzwłocznie uregulowana w rozporządzeniu **Ministra Zdrowia,** przewidzianym do wydania, na podstawie art. 95 ust. 11 pkt 1 i 2 *ustawy o odpadach z 2012 r.*

NIK zwracała na to uwagę w kontroli przeprowadzonej w 2007 r.[30] i wnioskowała o doprowadzenie do zgodności obowiązujących wówczas w tym zakresie przepisów ww. rozporządzenia i *ustawy o odpadach z 2001 r.*

---

26 Ogółem, w wyniku przeprowadzonych na zlecenie NIK kontroli, wojewódzcy inspektorzy ochrony środowiska ukarali grzywnami nałożonymi w drodze mandatu karnego 11 osób oraz udzieli pouczenia siedmiu osobom. Łączna kwota 10 z 11 nałożonych mandatów (w jednym przypadku w protokole kontroli przekazanym przez IOŚ do NIK nie podano kwoty mandatu) wyniosła 3.400 zł.

27 Dz.U. z 2003 r. Nr 8, poz. 104 z późn. zm.

28 W trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f *ustawy o NIK*.

29 Wyniki niniejszej kontroli wskazują na brak skutecznych działań w zakresie realizacji wniosku sformułowanego przez NIK w stosunku do Ministra Środowiska w „Informacji o wynikach kontroli postępowania z odpadami medycznymi" – P/06/108, opublikowanej w 2007 r. – nr ewid. 9/2007/P06108/KSR (wniosek dotyczył: „podjęcia współpracy z marszałkami województw w zakresie wykonania analizy lokalizacji istniejących spalarni odpadów medycznych na terenie kraju, ich wydajności i cen usług oraz podjęcie dalszych związanych z tym działań, które zapewnią bezpieczne dla zdrowia ludzi i środowiska unieszkodliwianie odpadów medycznych.")

30 „Informacja o wynikach kontroli postępowania z odpadami medycznymi" – P/06/108, opublikowana w 2007 r. – nr ewid. 9/2007/P06108/KSR. Wystąpiła wówczas sprzeczność pomiędzy rozporządzeniem Ministra Zdrowia *w sprawie dopuszczalnych sposobów i warunków unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych*, a art. 42 ust. 1a *ustawy o odpadach z 2001 r.*, który został wprowadzony ustawą z dnia 29 lipca 2005 r. *o zmianie ustawy o odpadach oraz zmianie niektórych innych ustaw* (Dz.U. Nr 175, poz.1458).

3 WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

3.1 Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i organizacyjne

Podstawowymi aktami prawnymi obowiązującymi w latach 2011–2013, regulującymi postępowanie z odpadami medycznymi, była ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. *o odpadach*[31] (utraciła moc obowiązującą z dniem 23 stycznia 2013 r.) oraz ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. *o odpadach*[32], która weszła w życie z dniem 23 stycznia 2013 r. Odpadami medycznymi są odpady powstające w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzeniem badań i doświadczeń naukowych w zakresie medycyny (art. 3 ust. 3 pkt 5 *ustawy o odpadach z 2001 r.*, a następnie art. 3 ust. 1 pkt 8 *ustawy o odpadach* z 2012 r.). Art. 9 ust. 3–5 *ustawy o odpadach z 2001 r.* stanowił, że odpady medyczne o właściwościach zakaźnych powinny być poddane unieszkodliwianiu na obszarze tego województwa, na którym zostały wytworzone, w instalacjach spełniających wymagania najlepszej dostępnej techniki lub technologii lub w miejscach najbliżej położonych miejsca ich wytworzenia[33]. Natomiast art. 20 ust. 3 pkt 2 *ustawy o odpadach z 2012 r.* wprowadził zakaz unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych poza obszarem województwa, na którym zostały wytworzone. Dopuszczono jednak unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych i zakaźnych odpadów weterynaryjnych na obszarze województwa innego niż to, na terenie którego zostały wytworzone, w najbliżej położonej instalacji, w przypadku braku instalacji do unieszkodliwiania tych odpadów na obszarze danego województwa lub gdy istniejące instalacje nie mają wolnych mocy przerobowych (art. 20 ust. 6 *ustawy o odpadach z 2012 r.*).

Zgodnie z art. 95 ust. 2 *ustawy o odpadach z 2012 r.* unieszkodliwianie zakaźnych odpadów medycznych może następować wyłącznie poprzez ich termiczne przekształcanie w spalarniach odpadów niebezpiecznych.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawują nadzór m.in. nad warunkami higieny środowiska oraz warunkami higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne – w celu ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych. Wykonywanie powyższych zadań polega na sprawowaniu zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego oraz prowadzeniu działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska, a także na prowadzeniu działalności oświatowo-zdrowotnej (art. 1 i 2 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. *o Państwowej Inspekcji Sanitarnej*[34]).

Szczegółową charakterystykę stanu prawnego, obowiązującego w kontrolowanym okresie, przedstawiono w Załączniku 5.1., a wykaz aktów prawnych w Załączniku 5.2.

W przyjętym w 2010 r. *Krajowym planie gospodarki odpadami 2014*[35] podano, że w 2008 r. wytworzono 35,5 tys. Mg odpadów medycznych (w tym 29,4 tys. Mg odpadów niebezpiecznych), oraz że w roku 2009 funkcjonowało 45 spalarni o łącznej mocy przerobowej 40,4 tys. Mg.

---

31 Dz.U. z 2010 r., Nr 185, poz. 1243 z późn. zm.

32 Dz.U. z 2013 r., poz. 21 z późn. zm.

33 Odpady medyczne mogły być poddane unieszkodliwianiu na obszarze województwa innego niż to, na terenie którego zostały wytworzone, jeżeli odległość od miejsca wytwarzania odpadów do instalacji przeznaczonej do unieszkodliwiania, spełniającej wymagania najlepszej dostępnej techniki lub technologii, była mniejsza niż odległość do instalacji lub miejsca położonego na obszarze tego samego województwa. (art. 9 ust. 4 *ustawy o odpadach z 2001 r.*)

34 Dz.U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 z późn. zm.

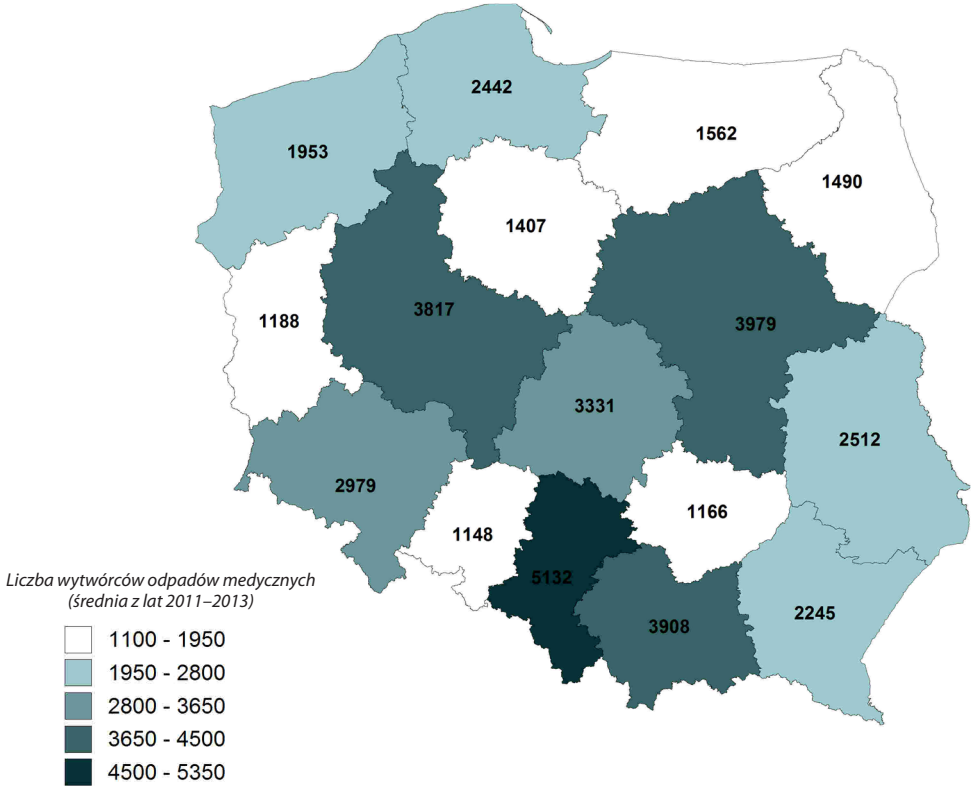
35 Uchwała nr 217 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2010 r. *w sprawie „Krajowego planu gospodarki odpadami 2014"* (M.P. Nr 101, poz. 1183). Na podstawie art. 227 *ustawy o odpadach z 2012 r.*, krajowy plan gospodarki odpadami oraz wojewódzkie plany gospodarki odpadami uchwalone na podstawie przepisów dotychczasowych stają się odpowiednio krajowym planem gospodarki odpadami oraz wojewódzkimi planami gospodarki odpadami w rozumieniu przepisów niniejszej ustawy.

W ww. planie założono, iż w okresie do 2022 r. celem działań będzie podniesienie efektywności selektywnego zbierania odpadów medycznych i weterynaryjnych (w tym segregacji odpadów u źródła powstawania), co spowoduje zmniejszenie ilości odpadów innych niż niebezpieczne w strumieniu odpadów niebezpiecznych. Osiągnięcie tego celu wymaga realizacji następujących działań: ukształtowania systemu unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych i weterynaryjnych, zwiększenia nadzoru nad prowadzeniem gospodarki odpadami przez małych wytwórców tych odpadów (źródła rozproszone), przeglądu spalarni odpadów medycznych i weterynaryjnych przynajmniej raz w roku. Wzrost kosztów związanych z unieszkodliwianiem odpadów medycznych był spowodowany, według Ministerstwa Środowiska, m.in. koniecznością dostosowania instalacji do unieszkodliwiania odpadów do nowych wymogów ustawy – *Prawo ochrony środowiska*, warunkami rynkowymi (wzrost cen paliw i mediów) oraz obowiązkiem stosowania zasady bliskości[36].

3.1.1. Charakterystyka obszaru objętego kontrolą

W Polsce odpady medyczne wytwarzane są przez około 40 tys. podmiotów[37]. Na rysunku nr 1 przedstawiono średnią roczną liczbę wytwórców odpadów medycznych w poszczególnych województwach w latach 2011–2013.

Rysunek nr 1
Średnia roczna liczba wytwórców odpadów medycznych w poszczególnych województwach (lata 2011–2013[38])



Źródło: Opracowanie własne NIK.

36 http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=127798B9

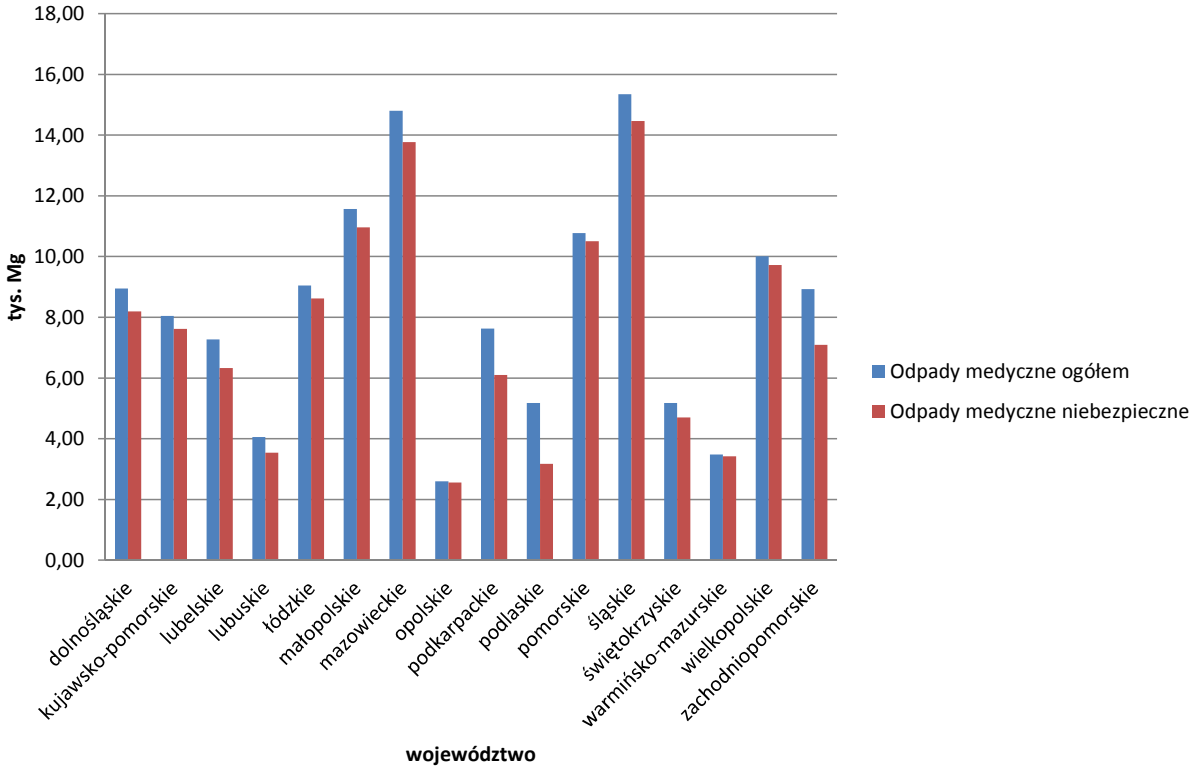
37 Według informacji przekazanych przez 16 marszałków województw, w zbiorczych zestawieniach danych o rodzajach i ilości odpadów, o sposobach gospodarowania nimi oraz o instalacjach i urządzeniach służących do odzysku i unieszkodliwiania tych odpadów wytwarzanie odpadów medycznych wykazało: w 2011 r. – 41.038 podmiotów, w 2012 r. – 40.726 podmiotów, a w 2013 r. – 35.328 podmiotów (za 2013 r. niepełne dane w tym zakresie przekazał Marszałek Województwa Mazowieckiego).

38 Dane dla województwa mazowieckiego uwzględniają średnią z lat 2011–2012 (w związku z podaniem przez Marszałka Województwa Mazowieckiego niepełnych danych za 2013 r.).

Ogółem, w latach 2011–2013 wytworzono 132,9 tys. Mg odpadów medycznych (w 2011 r. – 44,9 tys. Mg, w 2012 r. – 46,9 tys. Mg, w 2013 r. – 41,1 tys. Mg)[39], w tym 120,8 tys. Mg (90,9%) stanowiły odpady niebezpieczne (głównie zakaźne – 119,3 tys. Mg).

Ilość wytworzonych odpadów medycznych w latach 2011–2013 w poszczególnych województwach, zaprezentowano na poniższym wykresie.

Rysunek nr 2
Ilość odpadów medycznych (w tym odpadów medycznych niebezpiecznych) wytworzonych w poszczególnych województwach w latach 2011–2013



Źródło: Opracowanie własne NIK.

Najwięcej odpadów medycznych wytworzono w województwach: śląskim i mazowieckim (w latach 2011–2013 powstało w tych województwach 30,1 tys. Mg odpadów medycznych, co stanowiło 22,6% wszystkich odpadów medycznych).

[39] Według danych przekazanych przez 16 marszałków województw (za 2013 r. niepełne dane w tym zakresie przekazał Marszałek Województwa Mazowieckiego).

3.2 Istotne ustalenia kontroli

3.2.1. Postępowanie z odpadami medycznymi w podmiotach leczniczych

3.2.1.1. Organizacja postępowania z odpadami medycznymi

Kontrola przeprowadzona w 12 podmiotach leczniczych (szpitalach) wykazała, że 10 szpitali[40] posiadało pozwolenia na wytwarzanie odpadów medycznych[41] (stosownie do przepisów m.in. art. 17 ust. 2 *ustawy o odpadach z 2001 r.*, art. 231 ust. 3 *ustawy o odpadach z 2012 r.*), a dwa szpitale (Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr. E. Warmińskiego – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy, Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu) posiadały decyzje zatwierdzające program gospodarki odpadami niebezpiecznymi (stosownie do przepisów m.in. art. 17 ust. 1 *ustawy o odpadach z 2001 r.*, art. 231 ust.1 *ustawy o odpadach z 2012 r.*).
Stwierdzono przy tym, że:

– w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. dr. E. Warmińskiego SPZOZ w Bydgoszczy w latach 2011–2013 wytworzono łącznie 1,315 Mg odpadów medycznych (1,313 Mg odpadów o kodzie 18 01 06* i 0,002 Mg odpadów o kodzie 18 01 10*), których rodzaje nie były uwzględnione w programie gospodarki odpadami niebezpiecznymi z dnia 2 grudnia 2004 r., stanowiącym dla Szpitala podstawę gospodarowania odpadami medycznymi. Nie wystąpiono o dokonanie stosownych zmian w posiadanym programie gospodarki odpadami medycznymi, gdyż (jak wyjaśniono w trakcie kontroli) z uwagi na kończący się w grudniu 2014 r. termin obowiązywania tej decyzji zamierzano to uczynić przy okazji ubiegania się o nową decyzję. Naruszono tym samym art. 17 ust. 1 pkt 1 i art. 20 ust. 1 pkt 1 i 2 *ustawy o odpadach z 2001 r.*, zgodnie z którym Szpital miał obowiązek uzyskania decyzji zatwierdzającej program gospodarki wszystkimi wytwarzanymi odpadami niebezpiecznymi w ilości powyżej 0,1 Mg rocznie.
– w Zespole Opieki Zdrowotnej w Dębicy, w okresie od dnia 1 marca 2013 r. do dnia 9 maja 2013 r., wytworzono bez pozwolenia, wymaganego art. 180a ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. – *Prawo ochrony środowiska*[42] 12,511 Mg odpadów medycznych. Spowodowane to zostało nierzetelnym przygotowaniem wniosku złożonego do Starosty Dębickiego o wydanie decyzji na wytwarzanie odpadów niebezpiecznych, a następnie nieuzupełnieniem tego wniosku w terminie[43]. Ponadto ZOZ w Dębicy nie sporządził informacji wymaganej w art. 17 ust. 1 pkt 2 *ustawy o odpadach z 2001 r.*, dotyczącej 0,013 Mg odpadów niebezpiecznych medycznych, wytworzonych w Punkcie Medycyny Pracy zlokalizowanym przy ul. Słonecznej w Dębicy, za okres od kwietnia 2012 r. do końca 2013 r. Wytwórca odpadów medycznych, zgodnie z ww. przepisem, był zobowiązany do przedłożenia informacji o wytwarzanych odpadach oraz o sposobach gospodarowania nimi, jeżeli wytwarza odpady niebezpieczne w ilości do 0,1 Mg rocznie[44].

---

40 Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim, Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o., Szpital Ogólny w Kolnie, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łapach, Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku, Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach, Zduńskowolski Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Zduńskiej Woli, Brzeskie Centrum Medyczne w Brzegu, Publiczny Samodzielny Zespół Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu.

41 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku prowadził gospodarkę odpadami medycznymi na podstawie pozwolenia na wytwarzanie odpadów, jakie powstają w związku z eksploatacją instalacji wraz z zezwoleniem na prowadzenie działalności w zakresie unieszkodliwiania, zbierania i transportu odpadów. Pozwolenie jest ważne do 31 grudnia 2015 r.

42 Dz.U. z 2013 r., poz.1232 z późn. zm.

43 Ostateczny wniosek złożony został w dniu 22 kwietnia 2013 r., a pozwolenie na wytwarzanie odpadów wydane zostało w dniu 10 maja 2013 r.

44 Powodem niesporządzenia informacji była, według wyjaśnień: „nieprawidłowa interpretacja przepisów."

Kontrolowane podmioty lecznicze posiadały opracowane i zatwierdzone przez dyrektorów szpitali szczegółowe procedury postępowania z odpadami medycznymi[45]. Przyjęte przez dziewięć szpitali uregulowania były zgodne z decyzjami administracyjnymi i z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi*. Natomiast w trzech szpitalach[46] zatwierdzone procedury postępowania z odpadami medycznymi, według oceny NIK, nie odpowiadały w pełni przepisom ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia, co szczegółowo przedstawiono w pkt 3.2.1.2. niniejszej Informacji.

W latach 2011–2013 kontrolowane szpitale nie posiadały instalacji do unieszkodliwiania odpadów medycznych i nie prowadziły w tym zakresie inwestycji. Unieszkodliwianie wytwarzanych odpadów medycznych wykonywane było przez podmioty zewnętrzne na podstawie zawartych umów (rozdział 3.2.1.3. niniejszej Informacji). W badanym okresie tylko w dwóch jednostkach prowadzono remonty i modernizacje obiektów związanych z gospodarowaniem odpadami, tj. w ZOZ w Dębicy (m.in.: przeprowadzono we własnym zakresie remont magazynu odpadów i wygospodarowano pomieszczenia z przeznaczeniem na myjnię wózków transportowych) i w Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim w Warszawie Sp. z o.o. (m.in. przeprowadzono modernizację pomieszczenia magazynu odpadów medycznych).

W celu eliminowania lub ograniczania ilości wytwarzanych odpadów medycznych w miejscu ich powstawania, w 10 szpitalach[47] przeprowadzano m.in. szkolenia pracowników, biorących udział w procesie segregowania, transportu i magazynowania odpadów, stałe szkolenia dla nowego personelu medycznego, a także dla pracowników zewnętrznej firmy sprzątającej (w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim)[48]. Szkolenia swoim zakresem obejmowały procedury postępowania z odpadami medycznymi i wymogi sanitarne przy segregacji i usuwaniu odpadów.

W ocenie NIK skuteczność ww. szkoleń w szpitalach była niewystarczająca, o czym świadczą m.in. wyniki niniejszej kontroli NIK w szpitalach (w tym zwłaszcza naruszenia przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi*, wymienione w załączniku nr 5.6) oraz wyniki kontroli szpitali przeprowadzonych w latach 2011–2013 przez Państwową Inspekcję Sanitarną (56 kontroli) i Inspekcję Ochrony Środowiska (sześć kontroli).

---

45 Procedury, o których mowa w § 9 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30 lipca 2010 r. *w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi.*

46 W Zduńskowolskim Szpitalu Powiatowym Spółka z o.o. w Zduńskiej Woli, w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku i w Publicznym Samodzielnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu.

47 ZOZ w Dębicy, BCM w Brzegu, Szpital Ogólny w Kolnie, Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr. Emila Warmińskiego w Bydgoszczy, Mazowiecki Szpital Bródnowski Sp. z o.o. w Warszawie, SP ZOZ w Mińsku Mazowieckim, Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku, Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu.

48 W ramach szkoleń wewnętrznych, najwięcej osób przeszkolono w Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim w Warszawie Sp. z o.o., w którym w 2011 r. – przeszkolono 447 pracowników, w 2012 r. – 528 pracowników, w 2013 r.– 495 pracowników (dodatkowo przeprowadzano szkolenia pracowników nowo przyjętych do pracy w Szpitalu i tak, w 2012 r. przeszkolono 79 osób, a w 2013 r.– 61 osób). Ponadto, pracownicy trzech szpitali (Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim, Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego w Warszawie Sp. z o.o., Brzeskiego Centrum Medycznego w Brzegu) brali udział również w szkoleniach w zakresie bezpiecznego postępowania z odpadami, organizowanych przez firmy zewnętrzne.

Nieprawidłowości stwierdzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną w dziewięciu szpitalach[49], polegały m.in. na: złym stanie sanitarno-technicznym pomieszczeń do gromadzenia odpadów, niewłaściwym oznakowaniu worków z odpadami, braku szczegółowych zapisów w procedurach postępowania z odpadami medycznymi, nieprawidłowej segregacji odpadów medycznych. Po zakończeniu ww. kontroli wydano zalecenia pokontrolne dla ośmiu[50] szpitali. Wykonanie zaleceń pokontrolnych Państwowej Inspekcji Sanitarnej stwierdzono w sześciu szpitalach, natomiast w jednym szpitalu (ZOZ w Dębicy) nie wykonano zaleceń pokontrolnych (m.in.: nie zapewniono miejsca do dezynfekcji wózków szpitalnych). Inspekcja Ochrony Środowiska wykazała w trakcie przeprowadzonych kontroli nieprawidłowości w dwóch szpitalach[51] polegające m.in. na: przekroczeniach dopuszczalnej ilości wytworzonych odpadów i wytwarzaniu odpadów nieobjętych pozwoleniem.

Zgodnie z art. 68 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. *o finansach publicznych*[52], kontrolę zarządczą w jednostkach sektora finansów publicznych stanowi ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy. Zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej należy, na podstawie art. 69 ust.1 pkt 3 *ustawy o finansach publicznych*, do obowiązków dyrektorów szpitali.

W badanym okresie 11 skontrolowanych szpitali posiadało lub wdrożyło formalnie system kontroli zarządczej. W jednym szpitalu (SP ZOZ w Zduńskiej Woli) system ten obowiązywał do końca 2012 r., ponieważ Szpital został przekształcony w spółkę prawa handlowego i od dnia 2 stycznia 2013 r., zgodnie z art. 9 pkt 14 *ustawy o finansach publicznych*, nie był podmiotem sektora finansów publicznych i nie podlegał przepisom tej ustawy (podobnie jak Mazowiecki Szpital Bródnowski Sp. z o.o. w Warszawie).

W większości szpitali obszar działania kontroli zarządczej obejmował m.in. ocenę zgodności działania w poszczególnych obszarach i stanowiskach pracy z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi, co pośrednio wiązało się z zagadnieniami dotyczącymi postępowania z odpadami medycznymi. Przykładowo w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. dr. E. Warmińskiego SP ZOZ w Bydgoszczy opracowano wewnątrzszpitalny rejestr ryzyka, w którym prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka związanego z niewłaściwą segregacją, przechowywaniem, transportem i odbiorem odpadów szpitalnych określono jako wysokie.

W dwóch szpitalach, tj. w ZOZ w Dębicy i COM w Jarosławiu, w systemie kontroli zarządczej nie określono zadań i celów do realizacji w obszarze postępowania z odpadami medycznymi i nie zdefiniowano ryzyk w tym zakresie, a działania w celu eliminowania i ograniczenia ilości wytwarzanych odpadów medycznych i zapewnienia ich odpowiedniego unieszkodliwienia polegały na kontrolach wewnętrznych.

---

49 ZOZ w Dębicy, BCM w Brzegu, Zduńskowolski Szpital Powiatowy Sp. z o.o., Szpital Ogólny w Kolnie, Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr. Emila Warmińskiego w Bydgoszczy, Mazowiecki Szpital Bródnowski Sp. z o.o. w Warszawie, SP ZOZ w Mińsku Mazowieckim, SP ZOZ w Łapach.

50 W 2011 r. i 2012 r. PWIS w Rzeszowie przeprowadził kontrole w Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu, które dotyczyły m.in. sposobu postępowania z odpadami medycznymi. Ustalone w trakcie ww. kontroli nieprawidłowości dotyczyły: niewłaściwego oznakowania worków z odpadami medycznymi – braku podanej siedziby wytwórcy odpadów i kodu odpadów, nieuwzględnienia w procedurze postępowania z odpadami zapisów obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi, niezgodności ww. procedury z umową na odbiór i unieszkodliwianie tych odpadów. Po powyższych kontrolach PWIS nie wydał zaleceń pokontrolnych dotyczących postępowania z odpadami medycznymi.

51 W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Skierniewicach i w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku.

52 Dz.U. z 2013 r., poz. 885 z późn. zm.

W trzech szpitalach, tj.: w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. dr. E. Warmińskiego SP ZOZ w Bydgoszczy, SP ZOZ w Mińsku Mazowieckim i w Szpitalu Ogólnym w Kolnie, system kontroli zarządczej został wprowadzony w 2013 r. Natomiast polityka kontroli zarządczej w SP ZOZ w Łapach została wprowadzona zarządzeniem Dyrektora SP ZOZ dopiero 12 marca 2014 r. Późne wprowadzenie systemu kontroli zarządczej w tych szpitalach wyjaśniano m.in. brakiem wiedzy dotyczącej istnienia takiego obowiązku[53].

W dalszej części Informacji przedstawione zostały nieprawidłowości dotyczące m.in. postępowania z odpadami medycznymi, ich unieszkodliwiania oraz zawierania i wykonywania umów z podmiotami odbierającymi odpady medyczne. W ocenie NIK, nieprawidłowości te wskazują, że działające w szpitalach mechanizmy kontroli zarządczej w obszarze postępowania z odpadami medycznymi były nieskuteczne i nie spełniały roli, określonej w art. 68 ust. 2 pkt 1 *ustawy o finansach publicznych*[54].

3.2.1.2. Działania w zakresie unieszkodliwiania odpadów medycznych, ich ewidencjonowanie i sprawozdawczość

W okresie od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2013 r., w szpitalach poddanych kontroli wytworzono 2.230,7 Mg odpadów medycznych, powstałych z diagnozowania, leczenia i profilaktyki medycznej.

W czterech szpitalach, tj. 33,3% badanych, wytworzono większą ilość odpadów medycznych niż określoną w posiadanych pozwoleniach na wytwarzanie odpadów medycznych lub w zatwierdzonych decyzjami programach gospodarki odpadami niebezpiecznymi. Przekroczenia ilości wytwarzanych odpadów w stosunku do pozwolenia na ich wytwarzanie wyniosły 93,7 Mg (tj. 4,2% ogółu odpadów wytworzonych w latach 2011–2013 przez skontrolowane szpitale).

- *w Publicznym Samodzielnym ZOZ Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu w 2011 r. wytworzonych zostało o 0,725 Mg[55] więcej odpadów o kodzie 18 01 02* niż określone to zostało w decyzji. Powyższe, według wyjaśnień Zastępcy Dyrektora, wynikało z poprawy segregacji odpadów o kodach 18 01 02* i 18 01 03*. Wskutek wzrostu ilości ww. odpadów, w dniu 25 lipca 2012 r. złożony został wniosek do Prezydenta Miasta Opola o zmianę limitu wytwarzanych odpadów.*
- *w SP ZOZ w Mińsku Mazowieckim w 2013 r. wytworzono 32,040 Mg odpadów medycznych o kodzie 18 01 03*, tj. o 1,040 Mg więcej niż ilość określona w pozwoleniu na wytwarzanie odpadów (31,0 Mg/rok). Zastępca Dyrektora SPZOZ ds. Administracyjno-Eksploatacyjnych wyjaśnił, iż: „przekroczenie wytworzonych odpadów medycznych o kodzie 18 01 03* w 2013 r. spowodowane było wprowadzeniem materiałów jednorazowego użytku typu podkłady, wzrostem hospitalizacji w szpitalu o około 10% oraz udzielonych świadczeń przez Przychodnię Lekarską". W lutym 2014 r. Dyrektor SPZOZ wystąpił do Starosty Mińskiego z wnioskiem o nowe pozwolenie na wytwarzanie odpadów, w którym m.in. zwrócił się z prośbą o zwiększenie ilości odpadów medycznych o kodzie 18 01 03* wytwarzanych przez Szpital do 50 Mg/rok (z dotychczasowych 30 Mg/rok). Pozwolenie uwzględniające wnioskowaną ilość ww. odpadu zostało udzielone decyzją z dnia 27 marca 2014 r. i obowiązuje do dnia 31 grudnia 2023 r.*
- *w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. dr. E. Warmińskiego SP ZOZ w Bydgoszczy roczny limit wytwarzania odpadów o kodzie 18 01 03*, ustalony w programie gospodarki odpadami na 44,0 Mg,*

[53] Ponadto, w toku kontroli ustalono, że dyrektor Szpitala Ogólnego w Kolnie złożył Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej za 2013 r. do Starostwa Powiatowego w Kolnie 11 kwietnia 2014 r., pomimo, że zgodnie z § 43 Procesu Kontroli Zarządczej w Szpitalu Ogólnym w Kolnie, powinno ono zostać złożone do 31 marca 2014 r. NIK nie podziela wyjaśnień dyrektora szpitala w tym zakresie, w których podano, że przyczyną złożenia z opóźnieniem oświadczenia o stanie kontroli zarządczej za 2013 r. był duży natłok pracy związany z przygotowaniem oferty do NFZ na konkurs ogłoszony 18 marca 2014 r., wdrażaniem systemu informatycznego w Szpitalu, badaniem bilansu za 2013 rok oraz przygotowaniem sprawozdania z realizacji planu finansowego i inwestycyjnego Szpitala.

[54] Art. 68 ust. 2 pkt 1 *ustawy o finansach publicznych* stanowi, że celem kontroli zarządczej jest zapewnienie w szczególności: zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi.

[55] W 2011 r. wytworzono 2,225 Mg odpadów o kodzie 18 01 02*, w pozwoleniu dopuszczono 1,5 Mg.

przekroczono w latach objętych kontrolą odpowiednio o: 26,076 Mg (59,3 %), 30,092 Mg (68,4 %) i 31,019 Mg (70,5 %). Szpital, pomimo obowiązku wynikającego z decyzji zatwierdzającej program gospodarki odpadami niebezpiecznymi, nie wystąpił o aktualizację programu, wymaganą w przypadku zaistnienia zmian w zakresie gospodarowania tymi odpadami. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że nie dokonano aktualizacji posiadanego programu gospodarki odpadami niebezpiecznymi, gdyż z uwagi na kończący się w grudniu 2014 r. termin obowiązywania tej decyzji zamierzano to uczynić przy okazji ubiegania się o nową decyzję.

- *w Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu nie przestrzegano warunków (w zakresie ilości wytwarzanych odpadów medycznych o kodzie 18 01 03*) określonych w decyzji z dnia 13 sierpnia 2004 r. Starosty Jarosławskiego, zatwierdzającej program gospodarki odpadami niebezpiecznymi. W decyzji tej Szpitalowi zezwolono na wytwarzanie odpadów o kodzie 18 01 03* do 19,0 Mg rocznie. W 2011 r. wytworzono o 0,137 Mg więcej tych odpadów i w 2012 r. więcej o 4,637 Mg. Szpital nie wystąpił z wnioskiem o zmianę posiadanej decyzji m.in. z uwagi na bliski termin jej wygaśnięcia. Decyzja utraciła ważność z dniem 23 stycznia 2013 r. w związku z wejściem w życie ustawy o odpadach z 2012 r.*

W ocenie NIK, niewystępowanie o aktualizację programu w stosownym czasie, a więc wówczas kiedy oczywiste było, iż ilość wytworzonych odpadów będzie większa od dopuszczonej decyzją administracyjną było działaniem nierzetelnym, a wytwarzanie większej ilości odpadów niż określono w posiadanych decyzjach – działaniem nielegalnym.

Szpitale, jako wytwórcy zakaźnych odpadów medycznych (10 z 12 skontrolowanych) nie występowały (na podstawie art. 95 ust. 4 *ustawy o odpadach z 2012 r.)* w 2013 r. do posiadaczy odpadów, którzy unieszkodliwiali ich zakaźne odpady medyczne, z wnioskiem o wydanie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie tych odpadów. Przyczyną takiego postępowania, według wyjaśnień kierujących szpitalami był brak przepisów wykonawczych[56], o których mowa w art. 95 ust. 13 *ustawy o odpadach* z 2012 r.[57]. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, podstawę prawną takiego wniosku stanowił – i nadal stanowi – art. 95 ust. 4 *ustawy o odpadach z 2012 r.* Brak aktu wykonawczego, określającego m.in. wzór dokumentu, nie powinien uniemożliwiać posiadaczowi odpadu pisemnego potwierdzenia wykonania czynności, do której jest zobowiązany zarówno przez ustawę o odpadach, jak i umowę z wytwórcą odpadu[58]. Ponadto, przejawem rzetelnego postępowania szpitali powinno być podjęcie działań w celu uzyskania informacji o unieszkodliwieniu odpadów (pomimo braku wzoru tego dokumentu w okresie przed dniem 22 lutego 2014 r.), tak aby mogły one udowodnić, że odpady zostały nie tylko unieszkodliwione we właściwy sposób, zgodny z zasadami gospodarki odpadami, ale również, aby zwolnić je z odpowiedzialności za zbieranie i przetwarzanie takich odpadów w myśl art. 27 ust. 5 ww. ustawy.

O wydanie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie odpadów w 2013 r. występowały tylko dwa szpitale, tj. SP ZOZ w Mińsku Mazowieckim i SP ZOZ w Łapach, z tym że tylko ten pierwszy skutecznie wyegzekwował takie potwierdzenie i otrzymał je wraz z fakturami za unieszkodliwienie odpadów.

---

[56] Np. w COM w Jarosławiu, przy wyborze wykonawcy usług w zakresie odbioru i unieszkodliwiania odpadów medycznych w przetargu nieograniczonym przeprowadzonym w maju 2013 r., zawarto zapis (w specyfikacji istotnych warunków zamówienia – siwz), zobowiązujący Wykonawcę, pod rygorem odstąpienia od umowy z przyczyn leżących po jego stronie, do wystawienia dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie w spalarni wskazanej w ofercie, odpadów odebranych od Szpitala. Jednocześnie zaznaczono, że obowiązek taki będzie ciążył od momentu określenia przez ministra właściwego do spraw środowiska szczegółowych sposobów wydania dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie.

[57] Rozporządzenie Ministra Środowiska *w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwianie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych* (Dz.U. z 2014 r., poz. 107) weszło w życie dnia 22 lutego 2014 r.

[58] Np. umowa nr ZP-2413-46/13 z dnia 23 sierpnia 2013 r. zawarta przez WSM SPZOZ w Bydgoszczy z wykonawcą świadczącym usługi m.in. unieszkodliwiania odpadów medycznych na rzecz Szpitala.

W ponad 80% liczby skontrolowanych szpitali naruszano zasady postępowania z odpadami medycznymi, określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia *w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi*, mimo przeszkolenia pracowników, biorących udział w procesie segregowania, transportu i magazynowania odpadów. I tak:

- *w trzech szpitalach nie dostosowano opracowanych procedur postępowania z odpadami medycznymi do wymogów rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi. W Zduńskowolskim Szpitalu Powiatowym Spółka z o.o. w Zduńskiej Woli nie dopełniono obowiązku ustalonego w § 9 ust. 1 rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi, w zakresie opracowania procedury postępowania z odpadami oznaczonymi kodem 18 01 02*, na stanowisku pracy, gdzie odpady te były wytwarzane. W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku stosowana procedura nie zawierała wymogu oznakowania pojemnika nazwą szpitala, co było niezgodne z § 4 pkt 2 ww. rozporządzenia. W Publicznym Samodzielnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu w załączniku nr 10 do procedury określono sposób opisania worka, niezgodnie z § 4 pkt 2 rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi, gdyż nie przewidywał on wskazania siedziby wytwórcy odpadu, a zastosowany w procedurze skrót WCM nie identyfikował wytwórcy odpadów, w zakresie wymaganym ww. przepisem;*
- *w siedmiu szpitalach[59] nieprawidłowości w postępowaniu z odpadami medycznymi polegały m.in. na: mieszaniu odpadów medycznych różnych rodzajów, przechowywaniu ich w workach niewłaściwego koloru, zapełnianiu worków powyżej 2/3 objętości (co nie zapewniało ich bezpiecznego zamknięcia), braku widocznego identyfikującego oznakowania worków i pojemników, tj.: kodu odpadów w nich przechowywanych, lub siedziby wytwórcy odpadu, daty ich zamknięcia – były to naruszenia § 3 ust. 1–3, 5–7 i § 4 pkt 1–3 rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi;*
- *w pięciu szpitalach[60] nie dotrzymywano wymaganych warunków magazynowania odpadów medycznych, w tym dopuszczalnego czasu magazynowania odpadów i/lub wymaganej temperatury w pomieszczeniu magazynowym, czym naruszono m.in. § 5 ust. 2 pkt 4-7, § 5 ust. 3 pkt 6, § 5 ust. 5, § 6 ust.1 rozporządzenia w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi (np. pomieszczenia, w których były magazynowane odpady medyczne nie były zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych, a także — przed dostępem owadów, gryzoni i innych zwierząt, nie posiadały drzwi wejściowych bez progu, nie zostały wyposażone w wentylację, brak było w pomieszczeniu wydzielonych boksów i miejsc na poszczególne rodzaje magazynowanych odpadów medycznych;*
- *w trzech szpitalach[61] nie dotrzymywano warunków transportu wewnętrznego odpadów medycznych z miejsca ich powstania do miejsca magazynowania określonych w § 7 i § 8 rozporządzenia w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi, m.in. środki transportu wewnętrznego były niewłaściwe (nie używano wózków zamykanych lub wózków przewożących pojemniki zamykane do transportu wewnętrznego odpadów medycznych o kodach 18 01 02*, 18 01 03* i 18 01 82*); nie wyznaczono miejsca przeznaczonego do dezynfekcji, mycia i przechowywania środków transportu w obiektach, gdzie udzielane były świadczenia zdrowotne, ściany miejsca przeznaczonego do dezynfekcji i mycia posiadały ubytki, co uniemożliwiało odpowiednią dezynfekcję.*

Zdaniem NIK powyższe działania były nielegalne i zagrażały zdrowiu ludzi oraz środowisku. Występowanie nieprawidłowości w tym zakresie świadczy o niewystarczającym systemie szkolenia pracowników szpitali z procedury postępowania z odpadami medycznymi oraz o nieodpowiednim nadzorze.

Ponadto, Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach poniósł wydatki (w kwocie 7,8 tys. zł.) na zakup worków na odpady medyczne, niespełniających warunków określonych w zawartej umowie. Szpital nie naliczył kary umownej (w kwocie 0,4 tys. zł.) za dostarczenie towaru z wadami, co w ocenie NIK było działaniem nierzetelnym.

---

[59] Dotyczyło to: BCM w Brzegu, Wojewódzkiego Szpitala we Włocławku, Szpitala Ogólnego w Kolnie, WSM SPZOZ w Bydgoszczy, Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Skierniewicach, SPZOZ w Łapach, ZOZ w Dębicy.

[60] Nieprawidłowości w tym zakresie wystąpiły w: ZOZ w Dębicy, Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Skierniewicach, SPZOZ w Łapach, BCM w Brzegu, SP ZOZ w Mińsku Mazowieckim.

[61] Dotyczyło to następujących jednostek: Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Skierniewicach, BCM w Brzegu, WSM SPZOZ w Bydgoszczy.

Zestawienie nieprawidłowości, dotyczących nieprzestrzegania rozporządzenia *w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi* w skontrolowanych szpitalach oraz ich przyczyny zawarto w załączniku nr 5.6.

Szpitale zobowiązane były do prowadzenia ewidencji odpadów medycznych wytwarzanych i przekazywanych do unieszkodliwienia, stosownie do art. 36 ust. 1 i ust. 4 *ustawy o odpadach z 2001 r.*

W co drugim skontrolowanym szpitalu ewidencję odpadów prowadzono niezgodnie z obowiązującym katalogiem odpadów i listą odpadów niebezpiecznych, co stanowiło naruszenie art. 36 ust. 1 *ustawy o odpadach z 2001 r*. Wystąpiły również niezgodności pomiędzy ilością zaewidencjonowanych odpadów, a ilością odpadów przekazanych do unieszkodliwienia.

- *w COM w Jarosławiu nie wykazywano wytworzenia odpadów o kodzie 18 01 82* Pozostałości z żywienia pacjentów z oddziałów zakaźnych*[62]*;*
- *w Wojewódzkim Szpitalu we Włocławku w latach 2011–2012 chemikalia laboratoryjne i analityczne zawierające substancje niebezpieczne, tj. odpady z kodem 16 05 06*, błędnie kwalifikowano jako odpady z kodem 18 01 06* Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, zawierające substancje niebezpieczne*[63]*;*
- *w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Skierniewicach świadomie zaewidencjonowano w kartach ewidencji odpadów i kartach przekazania odpadów 3,979 Mg*[64] *odpadów o kodzie 18 01 03*, jako odpady o kodzie 18 01 04, w związku z przekroczeniem limitu dopuszczalnej ilości wytworzonych odpadów o kodzie 18 01 03*. Ustaleń w powyższym zakresie dokonał WIOŚ w Łodzi w trakcie przeprowadzonej kontroli. Jednocześnie w odpowiedzi na zarządzenie pokontrolne Łódzkiego Wojewódzkiego Inspektora Ochrony Środowiska, który stwierdził to przekroczenie podano, iż wynikało ono z omyłkowo wystawionych kart na odpady o kodach 18 01 03* (co nie było zgodne ze stanem faktycznym), w związku z czym zostały one anulowane i wystawiono karty dla odpadów o kodach 18 01 04. Ujęcie w karcie ewidencji odpadów o kodzie 18 01 04, które powinny posiadać kod 18 01 03*, potwierdził specjalista ds. utrzymania ruchu w Szpitalu, który wyjaśnił, że takie zaewidencjonowanie odpadów miało na celu niewykazanie przekroczenia dopuszczalnych limitów odpadów o kodzie 18 01 03*;*
- *w SP ZOZ w Łapach nie prowadzono karty ewidencji odpadu o kodzie 18 01 06* Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, zawierające substancje niebezpieczne – natomiast w trakcie oględzin stwierdzono, że taki odpad był wytwarzany w Dziale diagnostyki laboratoryjnej, poza tym analiza kart ewidencji odpadów i kart przekazania odpadów wykazała m.in., że w kartach ewidencji odpadów nie wykazano części odpadów medycznych (18 01 02*, 18 01 03*), które (zgodnie z kartami przekazania odpadów) zostały przekazane do unieszkodliwienia;*
- *w ZOZ w Dębicy analiza kart ewidencji odpadu oraz kart przekazania odpadu, wybranych losowo rodzajów odpadów, zaewidencjonowanych i przekazanych do unieszkodliwienia w II półroczu 2011 r., 2012 r. i 2013 r., wykazała niezgodności pomiędzy ilością zaewidencjonowanych odpadów oraz ilością określoną w fakturach wystawionych przez firmę odbierającą odpady*[65]*;*

---

62 Odpady te były mieszane z zakaźnymi odpadami medycznymi o kodzie 18 01 03*, co było niezgodne z art. 11 ust. 1 *ustawy o odpadach* z 2001 r. i art. 21 ust. 1 *ustawy o odpadach z 2012 r.*

63 Ustaleń w powyższym zakresie dokonał WIOŚ w Bydgoszczy w trakcie kontroli przeprowadzonej w 2012 r. Kierownik Działu Gospodarczego Szpitala podał, iż zaliczając wytworzone chemikalia do odpadów z kodem 16 05 06* uwzględniono fakt, że były one wytwarzane w ramach prac laboratoryjnych i analitycznych. Pomimo kontroli WIOŚ, w 2013 r. odpady te (w ilości 0,182 Mg) nadal były błędnie ewidencjonowane, tym razem jako leki cytotoksyczne i cytostatyczne z leczenia weterynaryjnego, tj. z kodem 18 02 07*. Zgodnie z wyjaśnieniami Kierownika Działu Gospodarczego Szpitala niewłaściwa kwalifikacja tych odpadów była spowodowana błędem pracownika prowadzącego ewidencję. W wyniku nieprawidłowości marszałkowi województwa przekazano błędne informacje w tej części sprawozdania.

64 W październiku 2011 r. – 0,778 Mg, w listopadzie 2011 r. – 3,201 Mg. Od 1 grudnia 2011 r. Szpital uzyskał pozwolenie na większy limit wytwarzania odpadów o kodzie 18 01 03*.

65 M.in.: w II półroczu 2011 r. karty przekazania odpadu o kodzie 18 01 03*, zostały sporządzone dla 24,839 Mg ww. rodzaju odpadu, co było ilością mniejszą o 0,596 Mg od łącznej ilości odpadu (25,435 Mg), określonej w załącznikach (Dostawy) do faktur i zapłaconych przez ZOZ. Analiza wystawionych w II półroczu 2012 r. kart przekazania odpadu (kod 18 01 03*) oraz ilości tych odpadów określonych w fakturach wystawionych przez firmę w tym okresie dowiodła, że karty przekazania odpadu zostały wystawione dla 27,647 Mg tego odpadu, a firma odebrała o 0,250 Mg więcej niż wykazano w kartach przekazania odpadu. W II półroczu 2013 r. nie zostały sporządzone przez ZOZ karty przekazania odpadu, dla wytworzonego przez Szpital rodzaju odpadu medycznego o kodzie 18 01 03*, w ilości 0,656 Mg. Karty przekazania odpadu zostały sporządzone dla 29,600 Mg wskazanego odpadu, podczas gdy firma w wystawionych w tym okresie fakturach wykazała – 30,256 Mg.

- *w Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim w Warszawie Sp. z o.o., nie ewidencjonowano odpadów o kodzie 18 01 04 (Inne odpady niż wymienione w 18 01 03*). We wniosku o udzielenie pozwolenia na wytwarzanie odpadów, Szpital podał, że odpady o tym kodzie są wytwarzane w ilości ok. 40,0 Mg rocznie, natomiast w rzeczywistości Szpital nie prowadził ewidencji tego rodzaju odpadów i przekazywał je (bez segregacji) jako odpady komunalne.*

Ponadto, w SP ZOZ w Mińsku Mazowieckim stwierdzono brak kart przekazania odpadów medycznych za 2011 r., pomimo iż art. 36 ust. 10 *ustawy o odpadach z 2001 r.* oraz art. 72 ust. 1 *ustawy o odpadach z 2012 r.* nakładały na posiadacza odpadów obowiązek przechowywania dokumentów sporządzonych na potrzeby ewidencji przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym sporządzono te dokumenty. Z uzyskanych wyjaśnień wynika, że karty zostały zagubione, prawdopodobnie podczas przeprowadzki w związku z reorganizacją w 2013 r.

W dwóch szpitalach[66] nie wszystkie karty ewidencji odpadów medycznych i karty przekazania odpadów medycznych były sporządzane z zastosowaniem wzorów zawartych w załącznikach nr 1 i 5 do rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 8 grudnia 2010 r. *w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów*[67].

Jako przyczyny nieprawidłowości w ewidencjonowaniu odpadów medycznych najczęściej wskazywano błędy rachunkowe i niewystarczającą obsadę kadrową. W ocenie NIK, nierzetelne prowadzenie ewidencji odpadów, może skutkować zawyżaniem masy odpadów przez jednostki je odbierające i kosztów ich unieszkodliwiania ponoszonych przez szpitale, a tym samym sprzyjać mechanizmom korupcjogennym. Ponadto powyższe powodowało sporządzanie nierzetelnych sprawozdań o ilościach i rodzajach wytwarzanych odpadów medycznych, które następnie były przekazywane do marszałków województw.

Analiza kart ewidencji odpadów medycznych wytwarzanych i przekazywanych do unieszkodliwienia oraz kart przekazania odpadów wykazała, że w ośmiu szpitalach[68] karty nie zawierały wszystkich elementów, określonych w rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 8 grudnia 2010 r. *w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów* – w załączniku nr 1 w przypadku kart ewidencji i załączniku nr 5 do ww. rozporządzenia w przypadku kart przekazania odpadów. Np. w kartach ewidencji odpadów masę wytworzonych odpadów medycznych wyrażono w kg, zamiast w Mg, nie wykazano danych dotyczących masy przekazanych odpadów oraz numerów kart ewidencji i kart przekazania odpadów. W kartach przekazania odpadów m.in. nie wskazywano: rodzaju procesu przetwarzania odpadów, rodzaju odpadu, masy przekazanych odpadów w Mg, nr REGON szpitala, miejsca przeznaczenia odpadu, daty potwierdzenia przejęcia odpadu i daty transportu odpadu, numeru rejestracyjnego pojazdu odbierającego odpady, posiadacza odpadu, który przekazuje odpad; brak było podpisów potwierdzających usługę transportu i przyjęcia odpadów. Jako przyczyny ww. nieprawidłowości podawano omyłki lub niedopatrzenia pracowników zajmujących się ewidencją. W ocenie NIK dopuszczenie do powstania ww. nieprawidłowości świadczy o nieskutecznym funkcjonowaniu nadzoru w tym zakresie.

---

66 Dotyczyło to Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego w Warszawie Sp. z o.o., w którym stosowano nieaktualne druki i Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Włocławku, w którym korzystano z niewłaściwych druków sporządzanych przez odbiorcę odpadów.

67 Dz.U. Nr 249, poz. 1673.

68 W ZOZ w Dębicy, w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Skierniewicach, SPZOZ w Łapach, w SP ZOZ Szpitalu Powiatowym w Mińsku Mazowieckim, w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku, Szpitalu Ogólnym w Kolnie, w Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim Sp. z o.o. w Warszawie, w Zduńskowolskim Szpitalu Powiatowym Sp. z o.o. w Zduńskiej Woli.

Zgodnie z art. 237 ust. 1 pkt 1 *ustawy o odpadach z 2012 r.* podmioty, o których mowa w art. 73 i art. 75 tej ustawy, obowiązane przed dniem wejścia w życie ww. ustawy do sporządzania i składania zbiorczych zestawień danych o rodzajach i ilości odpadów, o sposobach gospodarowania nimi oraz o instalacjach i urządzeniach służących do odzysku i unieszkodliwiania tych odpadów, sporządzają i składają je, stosując przepisy *ustawy o odpadach z 2001 r.* W myśl art. 37 ust. 3 *ustawy o odpadach z 2001 r.* zbiorcze zestawienia danych, o których mowa w ust. 1, posiadacz odpadów obowiązany był przekazać marszałkowi województwa właściwemu ze względu na miejsce wytwarzania, odbierania odpadów komunalnych, zbierania, odzysku lub unieszkodliwiania odpadów, w terminie do dnia 15 marca za poprzedni rok kalendarzowy.

Tylko jedna jednostka z 12 kontrolowanych – Brzeskie Centrum Medyczne w Brzegu, przekazała Marszałkowi Województwa Opolskiego zbiorcze zestawienie danych o rodzajach i ilości odpadów, o sposobach gospodarowania nimi, za 2013 r., z opóźnieniem (wynoszącym 10 dni). Przyczyną opóźnienia było błędne zinterpretowanie terminu wysłania zbiorczego zestawienia danych o ilościach i rodzajach odpadów i przesłanie go razem z pozostałymi informacjami sprawozdawczymi dotyczącymi opłat środowiskowych.

Sześć[69] z 12 skontrolowanych szpitali, w okresie objętym kontrolą, przekazywało marszałkom województw nierzetelne dane w zbiorczych zestawieniach danych o rodzajach i ilości odpadów, per saldo zaniżając o 3,8 Mg ilość wytworzonych odpadów medycznych. Wynikało to z nierzetelnego przygotowania tych zestawień oraz braku właściwego nadzoru nad ich sporządzaniem. Np.:

- *Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o. w zbiorczych zestawieniach danych o rodzajach i ilości odpadów, przekazanych Marszałkowi Województwa Mazowieckiego wykazał dane niezgodne z danymi wynikającymi z rozliczeń umów na odbiór i unieszkodliwienie odpadów medycznych. Według zbiorczych zestawień za lata 2011, 2012, 2013 ilość wytworzonych odpadów medycznych wynosiła 322,875 Mg, natomiast według danych zawartych w rozliczeniach umów na odbiór i unieszkodliwienie odpadów medycznych wytworzono o 3,360 Mg więcej tych odpadów;*
- *w Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu w zestawieniach przekazanych Marszałkowi Województwa Podkarpackiego: za 2011 r. zawyżono ilość wytworzonych odpadów o kodzie 18 01 02* o 0,015 Mg, za 2012 r. zaniżono ilość wytworzonych odpadów o kodzie 18 01 03* o 0,235 Mg, a za 2013 r. wykazano odpady o kodzie 18 01 09 w ilości 0,007 Mg, które nie zostały wytworzone w Szpitalu.*

W ocenie NIK, przekazywanie marszałkom województw nierzetelnych danych dotyczących ilości i rodzaju wytwarzanych odpadów medycznych uniemożliwia rzetelne prowadzenie wojewódzkich i centralnej bazy danych, dotyczących wytwarzania i gospodarowania odpadami[70], a także bezpieczne dla środowiska planowanie gospodarowania tymi odpadami.

3.2.1.3. Postępowanie dotyczące zawierania i wykonywania umów z podmiotami odbierającymi odpady medyczne

W badanym okresie osiem szpitali[71] zawarło – na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – *Prawo zamówień publicznych*[72] – umowy na wywóz i unieszkodliwianie odpadów medycznych.

---

69 Nieprawidłowości stwierdzono w COM w Jarosławiu, ZOZ w Dębicy, Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku, Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Skierniewicach, PS ZOZ w Opolu i w Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim Sp. z o.o.

70 Art. 238 ust. 3 *ustawy o odpadach z 2012 r.* w odniesieniu do art. 37 ust. 6 i 10 *ustawy o odpadach z 2001 r.*

71 Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim, Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o., Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku, Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr. E. Warmińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy, Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu, Brzeskie Centrum Medyczne w Brzegu.

72 Dz.U. z 2013 r., poz. 907 z późn. zm.

Łączna wartość zawartych umów wyniosła 2.294,6 tys. zł brutto. W czterech szpitalach[73] obowiązywały umowy zawarte przed 2011 r., lub udzielano zamówień publicznych o wartości nieprzekraczającej 14.000 Euro, do których nie stosuje się przepisów ustawy – *Prawo zamówień publicznych*.

W badanym okresie łączne koszty usług związanych z odbiorem i unieszkodliwianiem odpadów medycznych w 12 skontrolowanych szpitalach wyniosły w 2011 r. – 1.059,7 tys. zł, w 2012 r. – 1.113,7 tys. zł (wzrost o 5,1%) i 2013 r. – 1.245,9 tys. zł (wzrost w stosunku do 2012 r. o 11,9%). Najwyższy wzrost ceny usługi w stosunku do roku poprzedniego odnotowano w Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu (o 181% z 24,0 tys. zł w 2011 r., do 67,5 tys. zł w 2013 r.). Koszty odbioru i unieszkodliwiania odpadów medycznych wynosiły od 1,22 zł/kg (w Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu w 2011 r.) do 3,24 zł/kg (w SPZOZ w Łapach) i stanowiły – zależnie od roku i szpitala – od 0,04% do ok. 0,2% rocznych kosztów działania szpitala.

Zgodnie z art. 9 ust. 3–5 *ustawy o odpadach z 2001 r.*, odpady medyczne o właściwościach zakaźnych powinny być poddane unieszkodliwianiu na obszarze tego województwa, na którym zostały wytworzone, w instalacjach spełniających wymagania najlepszej dostępnej techniki lub technologii, lub w miejscach najbliżej położonych miejsca ich wytworzenia.[74] Natomiast art. 20 ust. 3 pkt 2 *ustawy o odpadach z 2012 r.* wprowadził zakaz unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych poza obszarem województwa, na którym zostały wytworzone[75] (tzw. zasada bliskości). Zasada bliskości nie była stosowana w sześciu następujących szpitalach:

- *odpady medyczne z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Włocławku transportowane były do instalacji zlokalizowanych: w województwie mazowieckim, w Ostrołęce, tj. na odległość ok. 213 km, w województwie pomorskim, w Tczewie, tj. na odległość ok. 187 km, w województwie pomorskim, w Chojnicach, tj. na odległość ok. 185 km , pomimo że w Bydgoszczy (w odległości 93 i 97 km od Szpitala) znajdowały się dwie instalacje do unieszkodliwiania odpadów medycznych, a najbliżej położona instalacja zlokalizowana była w Koninie – 85 km od Szpitala. Dwie umowy na odbiór, transport i unieszkodliwianie odpadów, obowiązujące w okresie od 16 czerwca 2009 r. do 18 czerwca 2011 r. oraz od 10 sierpnia 2011 r. do 9 sierpnia 2013 r., zostały zawarte po przeprowadzeniu przetargów nieograniczonych, gdzie jedynym kryterium oceny ofert była cena. Wydatki na transport i unieszkodliwianie odpadów medycznych w latach objętych kontrolą wyniosły 624,5 tys. zł. W Szpitalu nie dokonywano analizy czy zachodziły przesłanki umożliwiające unieszkodliwianie odpadów medycznych poza województwem kujawsko-pomorskim, a niestosowanie zasady bliskości podyktowane było aspektem ekonomicznym;*
- *odpady z Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Skierniewicach były spalane, w zależności od aktualnych mocy przerobowych, z uwzględnieniem postojów, napraw bieżących i planowanych remontów, w instalacjach w Ostrołęce, Tczewie i Chojnicach prowadzonych przez przedsiębiorstwo wybrane do świadczenia usługi odbioru i unieszkodliwiania odpadów medycznych. Szpital dokonując wyboru oferty wykonawcy, z którym zawarł umowę na okres od 10 czerwca 2012 r. do 9 czerwca 2014 r., naruszył art. 89 ust. 1 pkt 2 i art. 24 ust. 2 pkt 3 i 4 ustawy – Prawo zamówień publicznych. Naruszenia te dotyczyły zasady bliskości wymaganej zarówno art. 9 ust. 3–5 ustawy o odpadach z 2001 r., jak i specyfikacji istotnych warunków zamówienia. Wykonawca nie spełniał warunku udziału w postępowaniu, ponieważ nie posiadał uprawnień do wykonywania określonej*

[73] W: Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Łapach, Szpitalu Ogólnym w Kolnie, Publicznym Samodzielnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu, Zduńskowolskim Szpitalu Powiatowym Spółka z o.o.

[74] Odpady medyczne mogą być poddane unieszkodliwianiu na obszarze województwa innego niż ww. jeżeli odległość od miejsca wytwarzania odpadów do instalacji przeznaczonej do unieszkodliwiania, spełniającej wymagania najlepszej dostępnej techniki lub technologii, jest mniejsza niż odległość do instalacji lub miejsca położonego na obszarze tego samego województwa, (art. 9 ust. 4 *ustawy o odpadach z 2001 r.*).

[75] Dopuszcza się unieszkodliwianie zakaźnych odpadów medycznych i zakaźnych odpadów weterynaryjnych na obszarze województwa innego niż to, na którym zostały wytworzone, w najbliżej położonej instalacji, w przypadku braku instalacji do unieszkodliwiania tych odpadów na obszarze danego województwa lub gdy istniejące instalacje nie mają wolnych mocy przerobowych (art. 20 ust. 6 *ustawy o odpadach z 2012 r.*).

działalności, tj. stosownego zezwolenia dotyczącego unieszkodliwiania i zbierania odpadów[76], i jednocześnie złożył oświadczenie o spełnianiu warunku udziału w postępowaniu. Jedynym kryterium oceny ofert złożonych w postępowaniu była cena usługi. Do 31 marca 2014 r. Szpital poniósł wydatki związane z realizacją umowy w wysokości 162,9 tys. zł;

- *odpady z Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dr. E. Warmińskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy wywożone były do Zakładu Unieszkodliwiania Odpadów Medycznych i Weterynaryjnych we Włocławku, województwo kujawsko-pomorskie (autoklawowanie), a następnie do Zakładu Termicznej Utylizacji Odpadów Medycznych i Weterynaryjnych w Bełchatowie, województwo łódzkie (przekształcanie termiczne), położonych w odległości odpowiednio ok. 109 i 188 km od Szpitala, oraz Spalarni w Chojnicach – województwo pomorskie (przekształcanie termiczne), znajdującej się w odległości ok. 98 km od Szpitala. Instalacje te prowadzone były przez przedsiębiorstwa wybrane do świadczenia usług odbioru i unieszkodliwiania odpadów medycznych. W Bydgoszczy znajdowały się dwie instalacje do termicznego unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: „Szpital zobowiązany jest stosować do realizacji zamówień przepisy ustawy Prawo zamówień publicznych (...)W 2013 r. (…) bydgoska spalarnia (...) nie zgłosiła się do przetargu, a w 2012 r. jej oferta nie została wybrana z uwagi na wysoką cenę, o 25% wyższą od zaproponowanej przez firmę, której udzielono zamówienia". Koszt całkowity odbioru i unieszkodliwienia odpadów medycznych z naruszeniem zasady bliskości wyniósł w badanym okresie łącznie 305,4 tys. zł;*
- *odpady wytwarzane przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach były unieszkodliwiane w spalarni w Ostrołęce (województwo mazowieckie), oddalonej od Szpitala o ok. 97 km i prowadzonej przez przedsiębiorstwo wybrane[77] do świadczenia usługi odbioru i unieszkodliwiania odpadów medycznych. Przy wyborze firmy odbierającej odpady decydujące znaczenie miała cena usługi;*
- *Brzeskie Centrum Medyczne w Brzegu – na podstawie umowy obowiązującej od 20 kwietnia 2009 r. do 11 kwietnia 2013 r., odpady wytworzone przez ten podmiot unieszkodliwiane były w spalarni zlokalizowanej w Bełchatowie, podczas gdy najbliższa instalacja do unieszkodliwiania odpadów medycznych znajdowała się w Publicznym Samodzielnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej – Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu (była to jedyna tego typu instalacja w województwie opolskim). Kierownik kontrolowanej jednostki wyjaśnił, że w postępowaniu na wybór wykonawcy usługi polegającej na odbiorze i unieszkodliwianiu odpadów złożono tylko jedną ważną ofertę;*
- *w umowach zawartych przez Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o. na odbiór i unieszkodliwianie odpadów medycznych nie określono miejsca ich unieszkodliwienia, a Szpital nie miał rozeznania co do miejsca ich unieszkodliwiania. W wyniku kontroli NIK ustalono, że przedsiębiorstwo wybrane do świadczenia tej usługi posiadało zezwolenie na unieszkodliwianie odpadów medycznych w prowadzonych przez nie instalacjach w Łodzi oraz w Rzeszowie. W wyniku przetargów wybrano ofertę wykonawcy, który przedstawił najniższą cenę.*

Na problemy ze stosowaniem zasady bliskości Najwyższa Izba Kontroli zwracała uwagę już w 2007 r.[78] oraz w 2011 r.[79]. NIK wskazała wówczas, że problemy te wynikały m.in. z dokonywania w szpitalach wyboru odbiorcy odpadów bez uwzględnienia wymagań ustawy o odpadach oraz wyrażanego poglądu, że konieczność zachowania wymogów określonych w ustawie o odpadach, nie powinna eliminować założeń *Prawa zamówień publicznych*, dotyczących zachowania konkurencji pomiędzy wykonawcami ubiegającymi się o zamówienie.

Wymogi wynikające z art. 20 ust. 3–5 *ustawy o odpadach z 2012 r.* (wcześniej art. 9 *ustawy o odpadach z 2001 r.*) są warunkiem, który musi spełnić każdy z oferentów ubiegających się o uzyskanie zamówienia publicznego na odbiór i unieszkodliwiania odpadów medycznych. W ocenie NIK

[76] Wykonawca nie posiadał obowiązującego zezwolenia na unieszkodliwianie odpadów w Ostrołęce, tj. w jednym z miejsc wykazanych w ofercie, gdzie odpady miały być unieszkodliwiane. Wykonawca przedłożył takie zezwolenie, lecz jego ważność wygasała przed dniem terminu składania ofert.

[77] Ze względu na niską wartość, wykonanie usług transportu i unieszkodliwiania odpadów zlecano bez stosowania ustawy – *Prawo zamówień publicznych.*

[78] „Informacja o wynikach kontroli postępowania z odpadami medycznymi" P/06/108 (Nr ewid. 9/2007/P06108/KSR).

[79] „Informacja o wynikach kontroli działalności związanej z unieszkodliwianiem odpadów medycznych na terenie województwa podkarpackiego" P/11/162 (Nr ewid. 165/2011/162 LRZ).

wymóg stosowania zasady bliskości powinien być warunkiem udzielania przez wytwórcę odpadów medycznych zamówienia publicznego na ich odbiór i unieszkodliwianie.

W dwóch szpitalach nie zabezpieczono interesu zamawiającego w zawartych umowach, dotyczących odbioru i unieszkodliwiania odpadów. Dotyczyło to:

- *Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Skierniewicach. Umowy na wywóz i unieszkodliwianie odpadów obowiązujące w latach 2011–2013 nie zawierały zapisów zabezpieczających interes Szpitala, tj. określenia wysokości kar umownych dla wykonawców z tytułu: nieterminowego odbioru odpadów medycznych, nieprawidłowego sporządzania kart przekazania odpadów czy unieszkodliwiania odpadów w innym miejscu, niż wykonawca wskazywał w ofercie. Zapisy takie nie zostały również wprowadzone w aneksach do umów. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, iż w umowach zawarto klauzulę, zgodnie z którą w sprawach nieuregulowanych umowami zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego, w związku z czym w razie niewykonania lub nienależytego wykonania wykonawca zobowiązany jest zapłacić karę umowną zgodnie z tymi przepisami, nawet bez umownego zastrzeżenia kar.*
- *SPZOZ w Łapach, gdzie w umowach na odbiór i unieszkodliwianie odpadów nie zawarto postanowień dotyczących kar umownych za niewłaściwe lub nieterminowe wykonanie usługi. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że „brak kar umownych jest efektem pozycji dominującej wykonawcy nad zamawiającym. Firma odmawia podpisania umowy z zapisami kar umownych. Jak do tej pory nie zaistniała sytuacja związana z nieterminowym odbiorem odpadów".*

NIK nie podziela wyjaśnień kierowników kontrolowanych jednostek, bowiem art. 44 ust. 3 *ustawy o finansach publicznych* wskazuje, że wydatki publiczne powinny być dokonywane, w sposób celowy i oszczędny z zachowaniem m.in. optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów, oraz w sposób umożliwiający terminową realizację zadań.

Ponadto ustalono, że w Zduńskowolskim Szpitalu Powiatowym Spółka z o.o., w 2011 r. i 2013 r. odbiór odpadów o kodzie 18 01 02* następował raz w tygodniu, pomimo że zgodnie z umową odpady te powinny być odbierane dwa razy w tygodniu. Odbiór raz w tygodniu uniemożliwiał przestrzeganie dopuszczalnego czasu przechowywania tych odpadów[80]. Szpital nie naliczał i nie występował o zapłatę kar umownych (w wysokości 0,2% wartości odpadów odebranych z opóźnieniem za każdy roboczy dzień zwłoki) z tytułu niedotrzymania przez wykonawcę terminu wykonania przedmiotu umowy[81].

3.2.2. Postępowanie z odpadami w spalarniach zakaźnych odpadów medycznych

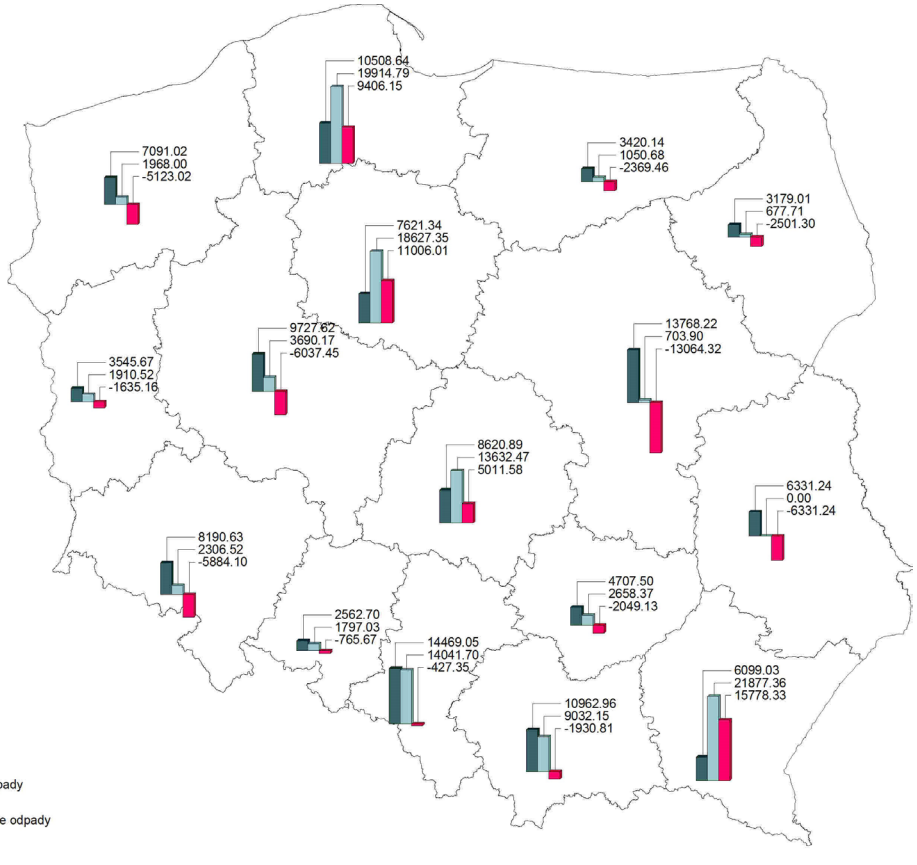
Liczba instalacji do unieszkodliwiania odpadów medycznych w Polsce w kontrolowanych latach wynosiła: 54 w 2011 r., 41 w 2012 r. i 42 w 2013 r. Dane dotyczące ilości wytworzonych i unieszkodliwionych w latach 2011–2013 zakaźnych odpadów medycznych w poszczególnych województwach[82], przedstawia poniższy rysunek:

[80] Zgodnie z § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi,* magazynowanie odpadów medycznych o kodzie 18 01 02* może odbywać się tylko w temperaturze do 10^{0}C, a czas ich przechowywania nie może przekroczyć 72 godzin.

[81] W wyjaśnieniach Dyrektor Szpitala podał, że w związku z przekształceniem SP ZOZ w Spółkę z o.o. oraz przeprowadzonymi zmianami kadrowymi, brak jest możliwości ustalenia przyczyn powyższych nieprawidłowości i wskazania osób odpowiedzialnych.

[82] Na podstawie informacji uzyskanych od marszałków województw w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f *ustawy o NIK.*

Rysunek nr 3
Porównanie ilości (w Mg) odpadów medycznych niebezpiecznych wytworzonych i unieszkodliwionych w Polsce (według województw) w latach 2011–2013



Źródło: Materiały własne NIK.

Ogółem w latach 2011–2013 wytworzono 120,8 tys. Mg odpadów medycznych niebezpiecznych, a unieszkodliwiono 113,9 tys. Mg. Brak było informacji o unieszkodliwieniu 6,9 tys. Mg odpadów medycznych niebezpiecznych (5,7% masy takich odpadów wytworzonych w latach 2011–2013). Lokalizacja instalacji do unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych w Polsce nie gwarantuje w pełni możliwości unieszkodliwiania ich w tym województwie, w którym są wytwarzane. Np. w okresie objętym kontrolą nie było czynnej instalacji do unieszkodliwiania odpadów medycznych w województwie lubelskim, na terenie którego w latach 2011–2013 wytworzono 7,3 tys. Mg odpadów medycznych (w tym 6,3 tys. Mg zakaźnych); wydajność jedynej czynnej instalacji na terenie województwa mazowieckiego zapewniała możliwość unieszkodliwienia ok. 5% zakaźnych odpadów medycznych z tego województwa[83]. Ogółem szacuje się, że w okresie 2011–2013 pomiędzy województwami przemieszczono ok. 55,0 tys. Mg zakaźnych odpadów medycznych[84], co stanowi 45,5% wytworzonych odpadów.

[83] Wydajność instalacji do unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych w Ostrołęce wynosiła 300,0 Mg/r, natomiast na terenie województwa mazowieckiego powstaje rocznie ponad 6.000,0 Mg zakaźnych odpadów medycznych.

[84] Na rysunku nr 3 obrazuje to kolumna „Różnica" (dane ze znakiem minus), przedstawiająca różnicę pomiędzy odpadami wytworzonymi a unieszkodliwionymi na terenie poszczególnych województw.

Inspekcja Ochrony Środowiska[85] przeprowadziła na zlecenie NIK kontrolę 29 spalarni zakaźnych odpadów medycznych (kontrolą objęto 28 spalarni funkcjonujących w dniu 31 grudnia 2013 r. oraz jedną, której eksploatację zakończono we wrześniu 2011 r.[86]). Wyniki kontroli IOŚ[87] wykazały nieprawidłowości w 18 z 29 skontrolowanych podmiotów.

3.2.2.1. Charakterystyka instalacji do termicznego przekształcania zakaźnych odpadów medycznych i ich stan formalno-prawny

Skontrolowane przez IOŚ instalacje do termicznego przekształcania zakaźnych odpadów medycznych zostały oddane do eksploatacji w latach 1994-2013, z tego trzy instalacje zostały oddane do użytku w latach 2011–2013. Wszystkie skontrolowane instalacje posiadały wyposażenie zgodne z określonym w pkt 3 załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie dopuszczalnych sposobów i warunków unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych*.

Wszystkie, z wyjątkiem jednego, skontrolowane przez IOŚ zakłady termicznego przekształcenia zakaźnych odpadów medycznych posiadały uregulowany stan prawny w zakresie gospodarki odpadami, tj. odpowiednie pozwolenia/zezwolenia[88]. Nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono w jednym podmiocie (ECO-ABC Sp. z. o.o.), który eksploatował instalację do termicznego przekształcania odpadów (na terenie przy ul. Grzybowej w Miliczu) powodującą wytwarzanie odpadów w postaci żużli poprocesowych powstałych z czyszczenia komory pieca, odpadów w postaci wypełnienia z tworzyw sztucznych usuniętych z wieży mokrego oczyszczania spalin oraz popiołów usuniętych z leja filtra suchego oczyszczania spalin – bez wymaganego pozwolenia na ich wytwarzanie (czym naruszono art. 180 i 180a *ustawy – Prawo ochrony środowiska*). Ponadto ten sam kontrolowany podmiot wprowadzał, bez wymaganego pozwolenia, do urządzeń kanalizacyjnych innego podmiotu ścieki przemysłowe zawierające substancje szczególnie szkodliwe dla środowiska wodnego, których wprowadzanie wymaga uzyskania pozwolenia wodnoprawnego (art. 122 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 18 lipca 2001 r. – *Prawo wodne*[89]).

Również w przypadku jednego ze skontrolowanych podmiotów (ECO-ABC Sp. z o.o. Bełchatów, Spalarnia Odpadów Medycznych w Sandomierzu) stwierdzono, że kierownik spalarni nie posiadał uprawnień w zakresie gospodarowania odpadami, tj. świadectwa, stwierdzającego kwalifikacje w zakresie gospodarowania odpadami (art. 49 ust. 1 *ustawy o odpadach* z 2001 r. i art. 156 ust. 2

---

85 Kontrole zostały przeprowadzone przez 15 wojewódzkich inspektoratów ochrony środowiska (z wyłączeniem WIOŚ w Lublinie).

86 Spalarnia w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Leczniczym, ul. Szwajcarska 3, Poznań.

87 Wyniki tych kontroli zostały przedstawione w pkt 3.2.2.1., 3.2.2.2. i 3.2.2.3 niniejszej Informacji.

88 Mogły to być m. in. następujące decyzje:
a) pozwolenie zintegrowane;
b) zezwolenie na prowadzenie działalności w zakresie unieszkodliwiania odpadów niebezpiecznych/termicznego przekształcania odpadów medycznych;
c) zezwolenie na prowadzenie działalności w zakresie zbierania i/lub transportu odpadów;
d) zezwolenie na zbieranie zakaźnych odpadów medycznych (wydawane w trybie art. 23 ust. 4 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. *o odpadach);*
e) pozwolenie na wytwarzanie odpadów powstających w wyniku eksploatacji instalacji do ich unieszkodliwiania, lub decyzję zatwierdzającą program gospodarki odpadami niebezpiecznymi;
f) pozwolenie na wprowadzenie gazów i pyłów do powietrza (z uwzględnieniem emisji zanieczyszczeń pyłowych i gazowych określonych w rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 22 kwietnia 2011 r. *w sprawie standardów emisyjnych z instalacji*) ;
g) pozwolenie wodnoprawne, w przypadku odprowadzania ścieków poprocesowych (z oczyszczania gazów odlotowych) do odbiornika.

89 Dz.U. z 2012 r., poz. 145 z późn. zm.

ustawy o odpadach z 2012 r.). W wydanym zarządzeniu pokontrolnym[90] zobowiązano kontrolowany podmiot do podjęcia działań organizacyjnych w celu zapewnienia wypełnienia wymogu określonego w art. 156 ust. 2 *ustawy o odpadach z 2012 r.*, tj. posiadania przez kierownika spalarni odpadów uprawnień w zakresie gospodarowania odpadami, w terminie do 31 sierpnia 2014 r.

3.2.2.2. Unieszkodliwianie odpadów medycznych, ich ewidencjonowanie i sprawozdawczość

W okresie objętym kontrolą w skontrolowanych przez IOŚ instalacjach termicznego przekształcania odpadów medycznych unieszkodliwiono 83,0 tys. Mg odpadów medycznych, z tego: w 2011 r. – 26,9 tys. Mg, w 2012 r. – 27,2 tys. Mg i w 2013 r. – 28,9 tys. Mg.

W wyniku kontroli:

a) w czterech (13,8%) podmiotach stwierdzono nieprawidłowości dotyczące magazynowania odpadów, w tym:
   - *pomieszczenia do magazynowania odpadów nie posiadały wydzielonych boksów i miejsc w zależności od rodzajów magazynowanych odpadów (SPZOZ w Gryficach);*
   - *magazynowanie zakaźnych odpadów medycznych na terenie częściowo nieutwardzonym w pootwieranych pojemnikach, rozładunek odpadów do nieszczelnych pojemników, niekierowanie odpadów do lodówek przeznaczonych do ich czasowego magazynowania („Md-proeco" Sp. z o.o., Bydgoszcz);*
   - *część odpadów medycznych magazynowana była niezgodnie z posiadanym zezwoleniem w zakresie zbierania odpadów (ECO-ABC Sp. z o.o. Bełchatów, Spalarnia Odpadów Medycznych w Miliczu);*
   - *przekroczenie terminu magazynowania odpadów przeznaczonych do termicznego unieszkodliwienia (SPZOZ w Hajnówce[91]).*

b) w dwóch podmiotach stwierdzono nieprawidłowości polegające na unieszkodliwieniu odpadów medycznych w ilościach większych, niż wynikające z posiadanych zezwoleń/pozwoleń w tym zakresie:
   - *w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach w 2013 r. unieszkodliwiono łącznie o 69,9 Mg odpadów medycznych więcej, niż określono w decyzji (odpady o kodach 18 01 02*, 18 01 04, 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 09);*
   - *w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach, w roku 2013 zostały przekroczone ilości odpadów poddanych termicznemu przekształceniu o 3,44 Mg (odpady o kodzie 18 01 04).*

Ponadto, w trzech podmiotach[92] IOŚ stwierdziła wytwarzanie odpadów w ilości o 915,1 Mg większej, niż wynikająca z posiadanych zezwoleń/pozwoleń.

c) w czterech podmiotach stwierdzono nieprawidłowości w zakresie prowadzenia ewidencji odpadów medycznych przekazywanych do unieszkodliwienia, tj. karty ewidencji odpadu (prowadzonej dla każdego rodzaju odpadu odrębnie) i karty przekazania odpadu oraz ewidencji odpadów wytworzonych (poprocesowych), wymaganej na podstawie art. 36 ust. 1 i 4 *ustawy o odpadach z 2001 r.* Dotyczyło to:
   - *ECO-ABC Sp. z o.o. Bełchatów (Spalarnia Odpadów Medycznych w Miliczu) gdzie stwierdzono, że na wszystkich kartach ewidencji odpadów medycznych poddawanych unieszkodliwianiu za okres wrzesień–grudzień 2013 r. błędnie określono rodzaj odpadu oraz nie wypełniono kolumny dotyczącej numeru kart przekazania odpadów przyjętych do unieszkodliwiania; brak było kart ewidencji odpadów poprocesowych wytwarzanych w instalacji*

---

90 Zarządzenie pokontrolne znak: IK.703.0.121.47.2014.ZA.kjj z 4 czerwca 2014 r.

91 W trakcie kontroli stwierdzono przypadki magazynowania worków z odpadami dłużej niż 30 dni (odpady o kodzie 18 01 03*), co naruszało § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi.*

92 Dotyczyło to: Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie; Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach i Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach.

w związku z termicznym unieszkodliwianiem odpadów medycznych za okres wrzesień–grudzień 2013 r., a także kart przekazania oraz kart ewidencji odpadów zbieranych oraz unieszkodliwianych na terenie spalarni oraz odpadów wytworzonych i przekazanych kolejnym posiadaczom odpadów za rok 2014 r.; dane zawarte w kartach przekazania odpadów przyjętych do unieszkodliwienia w okresie wrzesień–grudzień 2013 r. nie były zgodne z danymi zawartymi w kartach ewidencji odpadów unieszkodliwianych;

- *SPZZOZ w Gryficach, gdzie ewidencja odpadów prowadzona była nierzetelnie oraz na drukach niezgodnych z wzorem określonym w rozporządzeniu Ministra Środowiska w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów;*
- *Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy, gdzie w karcie przekazania odpadu nie zamieszczono daty potwierdzającej przyjęcie odpadu; w karcie ewidencji prowadzonej dla odpadów przyjmowanych do unieszkodliwienia brak było numerów kart przekazania odpadu;*
- *„Md-proeco" Sp. z o.o. Bydgoszcz, gdzie w karcie przekazania odpadu brak było daty potwierdzającej przyjęcie odpadu oraz stwierdzono nieprawidłowe zapisy w rubrykach w części „Gospodarowanie odpadami we własnym zakresie".*

d) ustalono, że trzy podmioty przedstawiły nierzetelne dane w zbiorczych zestawieniach danych o rodzajach i ilości odpadów, o sposobach gospodarowania nimi oraz o instalacjach i urządzeniach służących do odzysku i unieszkodliwiania tych odpadów, przekazanych marszałkom województw:

- *w ECO-ABC Sp. z o.o. Spalarnia Odpadów w Miliczu dane zawarte w zbiorczym zestawieniu danych o rodzajach i ilościach wytwarzanych odpadów oraz o sposobach gospodarowania nimi za rok 2013 nie były zgodne z prowadzonymi kartami ewidencji odpadów w odniesieniu do unieszkodliwianych odpadów. Niezgodności dotyczyły m.in. odpadów o kodach: 18 01 02* (w zbiorczym zestawieniu 7,802 Mg, w karcie ewidencji 8,271 Mg) i 18 01 03* (w zbiorczym zestawieniu 329,891 Mg, w karcie ewidencji 338,175 Mg);*
- *w SPZZOZ w Gryficach w zbiorczym zestawieniu danych za 2013 r. zawarto nieprawidłowe dane (w dziale czwartym zbiorczego zestawienia danych o rodzajach i ilościach zebranych odpadów zawarto wszystkie dane o odpadach, które przyjęto do unieszkodliwienia od innych posiadaczy odpadów, zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 34 ustawy o odpadach z 2012 r., zamiast danych o rodzajach i ilości odpadów, które z powodu przestoju instalacji prowadzący instalację przekazał następnemu posiadaczowi odpadów do miejsca przetwarzania);*
- *w Centrum Onkologii w Gliwicach nieprawidłowo wypełniono dział czwarty zestawienia za lata 2011–2013 (popełniono ten sam rodzaj błędu, co w SPZZOZ w Gryficach).*

Wszystkie skontrolowane podmioty terminowo przekazywały właściwym marszałkom województw zbiorcze zestawienia danych o rodzajach i ilościach odpadów oraz o sposobie gospodarowania wytworzonymi odpadami.

e) stwierdzono nieprawidłowości w zakresie wykonywania i przekazywania wyników pomiarów emisji w co trzecim skontrolowanym podmiocie (w 10 z 29). Kontrolowane przez IOŚ podmioty były zobowiązane do wykonywania pomiarów emisji, zgodnie z § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 4 listopada 2008 roku *w sprawie wymagań w zakresie prowadzenia pomiarów wielkości emisji oraz pomiarów ilości pobieranej wody*[93] oraz do przekazywania wyników tych pomiarów właściwym organom ochrony środowiska oraz wojewódzkiemu inspektorowi ochrony środowiska – zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 19 listopada 2008 r. *w sprawie rodzaju wyników pomiarów prowadzonych w związku z eksploatacją instalacji lub urządzenia i innych danych oraz terminów i sposobów ich prezentacji*[94]. Nieprawidłowości w ww. zakresie polegały na:

- *niewykonywaniu pomiarów (Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny w Szczecinie);*

[93] Dz.U. Nr 206, poz. 1291.

[94] Dz.U. Nr 215, poz. 1366.

- *wykonywaniu pomiarów z częstotliwością inną, niż określona w decyzjach administracyjnych (Port Service Sp. z o.o. w Gdańsku, ECO-ABC Sp. z o.o. Spalarnia Odpadów Medycznych w Miliczu, Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica, Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach, Eko-Top Spalarnia w Bielsku-Białej);*
- *nieterminowym przekazywaniu wyników ciągłych pomiarów emisji do powietrza (EMKA S.A. Spalarnia Odpadów w Ostrołęce, Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy, Wielospecjalistyczny Szpital SP ZOZ w Nowej Soli) lub przekazywaniu niepełnych wyników pomiarów (ECO-ABC Sp. z o.o. Spalarnia Odpadów Medycznych w Miliczu, Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach, Zakład Utylizacji Odpadów w Katowicach).*

Ponadto, w dwóch skontrolowanych podmiotach IOŚ stwierdziła przekroczenie dopuszczalnej emisji:

- *Spalarnia Opadów w Ostrołęce (EMKA S.A.) – analiza wyników pomiarów ciągłych za 2013 r. wykazała naruszenie warunków pozwolenia, udzielonego decyzją Marszałka Województwa Mazowieckiego, w zakresie emisji pyłu, CO i HCl;*
- *Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny w Szczecinie – wyniki pomiarów z dnia 30 czerwca 2011 r. wykazały przekroczenie emisji dopuszczalnej pyłu oraz dioksyn i furanów, a wyniki pomiarów z dnia 30 marca 2012 r. wykazały przekroczenie emisji dopuszczalnej w zakresie sumy metali ciężkich, dioksyn i furanów oraz pyłu.*

f) IOŚ stwierdziła, że skontrolowane podmioty, unieszkodliwiające zakaźne odpady medyczne[95], w okresie od dnia wejścia w życie ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. *o odpadach*, tj. od dnia 23 stycznia 2013 r. do dnia 22 lutego 2014 r., tj. dnia wejścia w życie rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 13 stycznia 2014 r. *w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych nie wydawały dokumentów potwierdzających unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych*. Zgodnie z art. 95 ust. 4 *ustawy o odpadach z 2012 r.*, posiadacz odpadów, który unieszkodliwia zakaźne odpady medyczne lub zakaźne odpady weterynaryjne, przez termiczne przekształcanie w spalarni odpadów niebezpiecznych, wystawia taki dokument na wniosek wytwórcy zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych. Część kontrolowanych podmiotów, uzasadniając niewydawanie dokumentów potwierdzających unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych w ww. okresie, wskazywało na brak przepisów wykonawczych w tym zakresie. Ponadto, podmioty te wskazywały na pisma Ministerstwa Środowiska, w których informowano o braku obowiązku wystawiania dokumentów potwierdzających unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych[96].

3.2.2.3. Zawieranie i wykonywanie umów dotyczących unieszkodliwiania odpadów medycznych przez prowadzących instalacje do ich unieszkodliwiania

IOŚ nie stwierdziła nieprawidłowości w zakresie realizowania przez kontrolowane podmioty zawartych umów z wytwórcami odpadów medycznych (w zakresie rodzaju i ilości odbieranych odpadów). Kontrolowane podmioty miały bardzo różną liczbę dostawców odpadów medycznych – wynosiła ona od jednego do 4.000. Ceny przyjęcia odpadów do spalenia, podane przez 15 skontrolowanych podmiotów, kształtowały się w przedziale od 0,80 do 15,0 zł (netto) za 1 kg

[95] W trakcie niniejszej kontroli, NIK ustaliła, że dwa szpitale (SP ZOZ w Mińsku Mazowieckim, SP ZOZ w Łapach) występowały w 2013 r. z wnioskiem o potwierdzenie unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych do podmiotów unieszkodliwiających te odpady (str. 19 niniejszej Informacji).

[96] Ministerstwo Środowiska w piśmie z dnia 15 lutego 2013 r. znak DGOgt-022-4/6593/13/MSk (dostępne na stronie internetowej MŚ) podało: „do czasu wydania przedmiotowego rozporządzenia nie jest wymagana realizacja obowiązku wynikającego z art. 95 ust. 4 i 5 ustawy o odpadach (…)". W piśmie z dnia 7 marca 2014 r. znak DGOgt-022-8/9869/14/MSk Ministerstwo Środowiska wskazało: „(…) pierwszym miesiącem, za który powinien być wystawiony dokument potwierdzający unieszkodliwianie odpadów zakaźnych jest marzec 2014 r.".

odpadów[97]. Cena przyjęcia odpadów medycznych była uzależniona m.in. od ilości dostarczonych odpadów, np. jeden z kontrolowanych podmiotów stosował cenę ok. 2,5 zł za 1 kg dla szpitali i ok. 4,21 zł za 1 kg dla tzw. „małych" dostawców (w przypadku samodzielnego dostarczania odpadów przez te podmioty).

Prowadzący cztery instalacje, w których unieszkodliwiano zakaźne odpady medyczne, nie przestrzegali zasady bliskości, o której mowa w art. 9 ust. 3–5 *ustawy o odpadach z 2001 r.* i w art. 20 ust. 3 pkt 2 i ust. 6 *ustawy o odpadach z 2012 r.*:

- *w instalacji zlokalizowanej na terenie województwa łódzkiego unieszkodliwiano odpady medyczne pochodzące m.in. z województw: mazowieckiego, opolskiego i śląskiego[98];*
- *w instalacji zlokalizowanej w województwie wielkopolskim unieszkodliwiano m.in. odpady medyczne pochodzące z województwa lubuskiego (przewożone na odległość 142 km [99]);*
- *w instalacji położonej w województwie pomorskim unieszkodliwiano odpady pochodzące z województw: warmińsko-mazurskiego, mazowieckiego, zachodniopomorskiego, kujawsko-pomorskiego;*
- *w instalacji znajdującej się na terenie województwa zachodniopomorskiego unieszkodliwiano odpady wytworzone w województwach: lubuskim i wielkopolskim.*

W przypadku ww. czterech instalacji, IOŚ w wydanych zarządzeniach pokontrolnych zobowiązała kontrolowane podmioty do przestrzegania zasady bliskości, o której mowa w art. 20 *ustawy o odpadach z 2012 r.*

3.2.3. Sprawowanie zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego nad warunkami higieny środowiska przy postępowaniu z odpadami medycznymi (powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne)

3.2.3.1. Organizacja działalności kontrolnej w zakresie odpadów medycznych

We wszystkich sześciu zbadanych powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych kontrole w zakresie odpadów medycznych były prowadzone przez wyznaczone komórki organizacyjne w ramach kontroli podmiotów leczniczych. Działania w tym zakresie prowadziły komórki ds. epidemiologii oraz komórki ds. higieny komunalnej. Podstawą planowania działalności

97 Według informacji przekazanych przez skontrolowane podmioty, o wysokości kosztów spalania odpadów decydują głównie koszty związane z mediami, tj. gaz, energia elektryczna, koszty pracowników, amortyzacja, prowadzenie badań monitoringowych, koszty serwisu, napraw itd.

98 W protokole kontroli WIOŚ podano m.in.: Ponadto (….) przywoziła do spalarni w (…) i unieszkodliwiała w spalarni w (…) w 2013 r. odpady medyczne w tym zakaźne wytworzone na terenie nw. podmiotów leczniczych położonych poza terenem woj. łódzkiego (…) woj, mazowieckie: Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny (…) – [164 km] (…) woj, opolskie: Brzeskie Centrum Medyczne SPZOZ (…) [170 km], (…) woj, dolnośląskie: Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka Centrum Medycyny Ratunkowej (…)[190 km], woj, śląskie: Szpital Miejski w Zabrzu sp. z o.o. (…) [158 km (…). W czasie kontroli (…) w (…) nie udokumentowała, że instalacje do unieszkodliwiania odpadów medycznych na terenie woj. mazowieckiego, opolskiego, śląskiego nie miały wolnych mocy przerobowych. W związku z powyższym (…) wbrew zakazowi: unieszkodliwiała na obszarze województwa łódzkiego w spalarni w (…) odpady zakaźne medyczne wytworzone poza obszarem województwa łódzkiego – na obszarze woj. mazowieckiego, opolskiego, śląskiego z naruszeniem zasady bliskości.

99 W protokole z kontroli WIOŚ podano m.in.: „Spalarnia nie jest w stanie dokładnie określić od jakich wytwórców odbierane były odpady medyczne do unieszkodliwienia, ponieważ w niektórych przypadkach przekazywano je do spalarni przez firmy pośredniczące. (…) Firma (…) w czasie trwania kontroli wystosowała pismo w którym wskazała, że powodem dla którego odpady medyczne z Szpitala M. trafiły do spalarni w (…) była niemożność ich przyjęcia w spalarni odpadów działającej przy Wojewódzkim Szpitalu w Gorzowie Wielkopolskim. Odnosząc się do powyższego należy stwierdzić, że na terenie Województwa Lubuskiego zlokalizowana jest również spalarnia odpadów medycznych w Nowej Soli działająca w ramach Wielospecjalistycznego Szpitala Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli, zdolna do unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych".

kontrolnej państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych, w tym w zakresie postępowania z odpadami medycznymi, były coroczne wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego oraz państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych.

Pracownicy skontrolowanych psse uczestniczyli w szkoleniach, konferencjach albo warsztatach, dotyczących postępowania z odpadami medycznymi. Ponadto PSSE we Włocławku zorganizowała w 2012 r. konferencję naukową pt. *„Odpad, a jednak cenny surowiec"*, której adresatami byli przedstawiciele zakładów świadczących usługi komunalne, przedstawiciele samorządu terytorialnego z terenu miasta Włocławek i powiatu włocławskiego, pracownicy Stacji oraz pracownicy innych stacji sanitarno-epidemiologicznych. Pozostałe skontrolowane psse nie organizowały konferencji, szkoleń lub seminariów dotyczących postępowania z odpadami medycznymi.

3.2.3.2. Wykonywanie kontroli w zakresie postępowania z odpadami medycznymi

Analiza raportów o stanie sanitarnym kraju w latach 2011, 2012 i 2013 sporządzonych przez Głównego Inspektora Sanitarnego[100] wykazała, że w okresie tym Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadzała kontrole stanu sanitarnego zakładów opieki zdrowotnej, obejmujące m.in. zagadnienia dotyczące postępowania z odpadami medycznymi. Np. w 2011 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadziła kontrolę, pod względem stanu sanitarnego, 19.015 zakładów opieki zdrowotnej (71% ujętych w ewidencji). Stan sanitarny oceniono negatywnie w 478 obiektach, co stanowiło 2,5% ogółu skontrolowanych w tej grupie, a największy problem stanowiły nieprawidłowości związane z postępowaniem z bielizną oraz odpadami medycznymi. W 2013 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna skontrolowała pod względem gospodarki odpadami medycznymi 980 (85,4%) spośród 1.148 szpitali, 21.146 (55,7%) spośród 37.979 ambulatoriów oraz 14.610 (55,9%) spośród 26.137 obiektów, w których wykonywana była praktyka zawodowa. Uchybienia stwierdzono w 114 (11,6%) szpitalach, 281 (1,3%) ambulatoriach oraz w 130 (0,9%) obiektach, w których wykonywana była praktyka zawodowa. Stwierdzone nieprawidłowości polegały w szczególności na braku zachowania kolorystyki worków, niewłaściwym transporcie odpadów medycznych z miejsca powstania do miejsca magazynowania, nieprawidłowym kodowaniu worków po krwi i preparatach krwiopodobnych, niewłaściwym sposobie przechowywania odpadów medycznych, braku dokumentacji dotyczącej przekazania odpadów do unieszkodliwienia, niedostosowaniu pomieszczeń do przechowywania odpadów, braku umywalek z bieżącą ciepłą i zimną wodą, braku mydła i środków dezynfekcyjnych, braku oznakowania pomieszczeń znakami ostrzegającymi przed zagrożeniem biologicznym, braku umów na odbiór i spalanie odpadów medycznych.

Według danych posiadanych przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych objętych kontrolą, na obszarze ich działania było: w 2011 r. – 1.412, w 2012 r. – 1.467, w 2013 r. – 1.474 podmiotów leczniczych, z których skontrolowano: w 2011 r. –1.080 (76,5%), w 2012 r. – 1.115 (76,0%), a w 2013 r. – 1.236 (83,8%) podmiotów. Nieprawidłowości stwierdzono: w 2011 r. – w 16 (1,5%) skontrolowanych podmiotach, w 2012 r. – w 14 (1,3%) podmiotach, a w 2013 r. – w 10 (0,8%) podmiotach. Najwięcej nieprawidłowości w postępowaniu z odpadami medycznymi polegało na niewłaściwym przechowywaniu tych odpadów (łącznie 20 stwierdzonych naruszeń wymagań w tym zakresie) i złym stanie sanitarnym pomieszczeń: w 2011 r. – 11 przypadków

[100] *Stan sanitarny kraju w roku 2011*: http://www.gis.gov.pl/ckfinder/userfiles/files/SSK.pdf;*Stan sanitarny kraju w roku 2012*:http://www.gis.gov.pl/ckfinder/userfiles/files/SSK.pdf; *Stan sanitarny kraju w roku 2013*: http: //gis.gov.pl/ckfinder/userfiles/files/BI/Stan%20sanitarny%20kraju%202013.pdf;

(z tego 10 ujawnionych przez PPIS w Białymstoku), w 2012 r. – 13 przypadków (z tego 10 ujawnionych przez PPIS w Białymstoku) i w 2013 r. – pięć przypadków – wszystkie ujawnione przez PPIS w Białymstoku. Żaden spośród skontrolowanych PPIS nie prowadził kontroli zakładów termicznego unieszkodliwiania odpadów medycznych, przy czym na obszarze właściwości miejscowej pięciu ppis nie było takich instalacji. Jak wynika z ustaleń kontroli NIK, w PSSE w Białymstoku nie prowadzono kontroli instalacji termicznego unieszkodliwiania odpadów medycznych działającej w strukturze Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, ponieważ zgodnie z art. 155–161 *ustawy o odpadach z 2012 r.*, kontrolowanie spalarni odpadów było w kompetencji Inspekcji Ochrony Środowiska.

W PSSE w Białymstoku harmonogramy kontroli podmiotów leczniczych ustalano w oparciu o nieaktualne wykazy tych podmiotów. Przeprowadzona przez NIK analiza informacji uzyskanych w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Podlaskiego dotyczących podmiotów z terenu Miasta Białystok i powiatu białostockiego, które za 2012 r. złożyły sprawozdania o rodzajach i ilości wytworzonych odpadów medycznych[101], wpisanych do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Podlaskiego oraz zawartych w wykazie podmiotów leczniczych PSSE i harmonogramie kontroli na 2012 r., wykazała, że w 2012 r. w Stacji nie było żadnych informacji o 102 podmiotach leczniczych, które w tym roku wytworzyły odpady medyczne i powinny podlegać kontroli PSSE. W latach 2011–2013 podejmowano nieskuteczne działania w kierunku aktualizacji danych o podmiotach wytwarzających odpady medyczne, co uprawnia do stwierdzenia, że także w 2011 i 2013 r. PSSE nie miała wiedzy o wszystkich podmiotach podlegających kontroli. Odnosząc się do nieaktualizowania posiadanego wykazu w oparciu o rejestry prowadzone przez Marszałka Województwa Podlaskiego i przez Wojewodę Podlaskiego, PPIS w Białymstoku wyjaśnił, że nie było żadnych wytycznych jednostek nadrzędnych w zakresie pozyskiwania informacji o podmiotach podlegających kontroli.

Porównanie rezultatów kontroli przeprowadzonych w latach 2011–2013 przez pracowników PSSE w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Skierniewicach z wynikami kontroli przeprowadzonej w tym szpitalu przez NIK wykazało np., że w wyniku kontroli PSSE stwierdzono, że pojemniki na odpady wymieniane były co 72 godz., podczas gdy z ustaleń kontroli NIK wynika, że nie zachowano powyższych warunków odbioru odpadów; ponadto w wyniku kontroli PSSE stwierdzono niezgodnie ze stanem faktycznym, że pomieszczenia magazynowe, w których przechowywano odpady medyczne były zabezpieczone przed dostępem owadów, drzwi wejściowe były bez progów, oraz że oznakowanie pojemników, w których przechowywano odpady medyczne, było prawidłowe. W wyjaśnieniach dotyczących przyczyn powstania nieprawidłowości, podano m.in.: że podczas wypełniania formularzy, po dokonanych oględzinach zbierano pozostałe informacje poprzez analizę dokumentacji i zadawanie pytań kontrolowanym (z uwagi na upływ czasu brak jest możliwości odtworzenia całego procesu wypełniania formularza). W ocenie NIK kontrola PSSE w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Skierniewicach została przeprowadzona nierzetelnie.

W PSSE w Mińsku Mazowieckim NIK stwierdziła nierzetelne podawanie w dokumentach sprawozdawczych danych dotyczących liczby wykonanych kontroli, w tym obejmujących postępowanie z odpadami medycznymi. Np. w rocznym sprawozdaniu z realizacji harmonogramu

[101] Analizą objęto tylko 2012 r., bowiem dane ze sprawozdań za 2013 r. nie były jeszcze wprowadzone przez Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego do systemu komputerowego, zaś w odniesieniu do 2011 r. PSSE posiadała harmonogram kontroli wyłącznie w formie papierowej (nie było harmonogramu w postaci elektronicznej).

nadzoru nad obiektami za 2012 r., przekazanym do PWIS w Warszawie podano, że przeprowadzono 171 kontroli, które swoim zakresem obejmowały tematykę związaną z postępowaniem z odpadami medycznymi, zaś w sprawozdaniu MZ-45[102] za 2012 r. podano 177 takich kontroli.

W ocenie NIK, podawanie w dokumentach różnych wartości dotyczących tych samych danych świadczy o nierzetelnym ich sporządzaniu, a także o niewystarczającym nadzorze i nieodpowiednim funkcjonowaniu mechanizmów kontroli zarządczej w obszarze sporządzania sprawozdań.

3.2.3.3. Inne działania dotyczące sprawowania zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego w zakresie postępowania z odpadami medycznymi

Wszyscy skontrolowani PPIS, zgodnie z art.12a ust. 3 *ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej*, raz w roku przedstawiali radom powiatu informacje o stanie bezpieczeństwa sanitarnego na terenie powiatu oraz oceny stanu sanitarnego powiatu. W dokumentach tych odnoszono się także do zagadnień dotyczących postępowania z odpadami medycznymi. Np. PPIS w Dębicy w informacjach o stanie bezpieczeństwa sanitarnego powiatu dębickiego pozytywnie ocenił warunki wytwarzania i gospodarkę odpadami medycznymi, wskazując, że wynikające stąd szkodliwości i uciążliwości środowiskowe nie zagrażały życiu i zdrowiu ludzkiemu i były objęte skutecznym nadzorem sanitarnym oraz działalnością zapobiegawczą i przeciwepidemiologiczną. PPIS w Brzegu wskazywał, że przeprowadzone w latach 2011–2013 przez PSSE kontrole nie wykazały nieprawidłowości w zakresie gromadzenia, transportu, unieszkodliwiania i magazynowania odpadów medycznych, w przypadku prywatnych praktyk lekarskich i pielęgniarskich, natomiast w przypadku innych podmiotów leczniczych przedstawiono stwierdzone nieprawidłowości.

W sporządzonej przez PPIS w Mińsku Mazowieckim informacji o stanie bezpieczeństwa sanitarnego na terenie powiatu pt. *„Stan sanitarny powiatu mińskiego za 2013 r."* zapisano: *„Nie stwierdza się nieprawidłowości w postępowaniu z odpadami"*, pomimo że dwie kontrole przeprowadzone w 2013 r. wykazały nieprawidłowości w przechowywaniu odpadów medycznych, a na winnych nałożono grzywny w drodze mandatu karnego. Z wyjaśnień PPIS wynika, iż: *„(…)Stwierdzone uchybienia nie miały istotnego wpływu na jakość świadczonych usług medycznych ani nie powodowały zagrożenia dla środowiska. Dlatego też informacja o stwierdzonych uchybieniach nie musiała być omawiana na sesji powiatu"*. Zdaniem NIK, informacja o stanie bezpieczeństwa sanitarnego na terenie powiatu powinna rzetelnie odzwierciedlać stan rzeczywisty, w tym wyniki kontroli postępowania z odpadami medycznymi.

Kontrola NIK wykazała, że trzech z sześciu skontrolowanych państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych współpracowało w zakresie gospodarowania odpadami medycznymi z innymi podmiotami, co należy zaliczyć do zasad dobrych praktyk. I tak:

- *PPIS we Włocławku we współpracy z Przedsiębiorstwem Gospodarki Komunalnej z siedzibą we Włocławku podjął działania w celu wyjaśnienia przypadku znalezienia pojemnika z odpadami medycznymi wśród odpadów komunalnych, opracował i przekazywał Państwowemu Wojewódzkiemu Inspektorowi Sanitarnemu w Bydgoszczy oceny stanu sanitarnego placówek medycznych w zakresie zagadnień higieny komunalnej;*
- *PPIS w Skierniewicach w 2011 r. na prośbę Urzędu Marszałkowskiego w Łodzi rozpropagował wśród podmiotów posiadających lub transportujących niebezpieczne odpady informację o obowiązku składania do urzędu marszałkowskiego rocznych zestawień o ilości wytworzonych odpadów. Informacja taka została przez PSSE rozpropagowana za pośrednictwem poczty elektronicznej i telefonicznie;*

[102] Przekazywanym do Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

- *PPIS w Dębicy współpracował w latach 2011–2013 ze służbami Wojewody Podkarpackiego w zakresie rejestru funkcjonujących podmiotów medycznych, wykorzystywanego do konfrontowania danych z własnymi ewidencjami przy planowaniu kontroli podmiotów wytwarzających odpady medyczne w powiecie dębickim. W tym celu współpracowano również z samorządem lekarzy, położnych i pielęgniarek. Przewidziano również współpracę z Podkarpackim Wojewódzkim Inspektorem Ochrony Środowiska, poprzez powiadamianie o nieprawidłowościach wymagających postępowania tego organu. W latach 2011–2013 nie wystąpiła konieczność kierowania takich powiadomień. Współpracę i współdziałanie z Inspekcją Ochrony Środowiska uregulowano w księdze jakości, opracowanej na podstawie wytycznych akredytacji jednostek inspekcyjnych.*

W czterech z sześciu skontrolowanych psse stwierdzono późne wprowadzenie lub niewłaściwe funkcjonowanie mechanizmów kontroli zarządczej (wynikające głównie z nieznajomości uregulowań prawnych w tym zakresie) oraz uchybienia w zakresie prowadzenia audytu wewnętrznego.

- *w PSSE w Mińsku Mazowieckim procedury określające system kontroli zarządczej wprowadzono dopiero 18 kwietnia 2013 r., a wzór oświadczenia o stanie kontroli zarządczej, określony w załączniku do zarządzenia Dyrektora PSSE w Mińsku Mazowieckim, był niezgodny w formie i treści ze wzorem określonym w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 2 grudnia 2010 r. w sprawie wzoru oświadczenia o stanie kontroli zarządczej[103]. W oświadczeniu złożonym przez Dyrektora PSSE, nie określono w jakim stopniu w PSSE funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza, nie odniesiono się również do ewentualnych zastrzeżeń dotyczących kontroli zarządczej w 2013 r. W kontrolowanym okresie nie dokonano samooceny, o której mowa w komunikacie Nr 3 Ministra Finansów z dnia 16 lutego 2011 r. w sprawie szczegółowych wytycznych w zakresie samooceny kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych;*
- *w PSSE w Białymstoku procedury dotyczące kontroli zarządczej wprowadzono dopiero w 2012 r. – po otrzymaniu od WSSE w Białymstoku pisma z dnia 17 maja 2012 r. z zapytaniem, czy w jednostkach zostały wdrożone i obowiązują standardy kontroli zarządczej. W ocenie NIK, kontrola zarządcza w PSSE funkcjonowała w ograniczonym stopniu, czego dowodem był brak wiedzy o 102 podmiotach leczniczych, które w 2012 roku wytworzyły odpady medyczne (co omówiono w rozdziale 3.2.3.2);*
- *w PSSE w Dębicy nie unormowano systemu kontroli zarządczej, a jako przyczynę podano restrukturyzację, którą zakończono 1 lutego 2014 r.;*
- *w PSSE we Włocławku, wprawdzie wprowadzone zostały procedury kontroli zarządczej, i w ramach wdrożonego systemu jakości, zgodnego z normami: PN-EN ISO/IEC 17020:2006 „Ocena zgodności – Ogólne kryteria działania różnych rodzajów jednostek prowadzących Inspekcję" oraz PN-EN ISO/IEC 17025 „Ogólne wymagania dotyczące kompetencji laboratoriów badawczych i wzorcujących", przeprowadzono audyty wewnętrzne, jednak pracownicy przeprowadzający audyt wewnętrzny systemu zarządzania jakości nie spełniali przesłanki niezależności, o której mowa w art. 272 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, co stwierdzono w toku kontroli NIK.*

W PSSE w Brzegu i w Skierniewicach nie stwierdzono nieprawidłowości dotyczących wprowadzenia kontroli zarządczej. Np. Dyrektor PSSE w Brzegu w 2010 r. wprowadził do stosowania Zasady kontroli zarządczej oraz Instrukcję zarządzania ryzykiem w polityce rachunkowości, czym wypełnił obowiązek określony w art. 68-69 *ustawy o finansach publicznych*. System ten określał m.in. strukturę organizacyjną, powierzanie obowiązków, cele i zarządzanie ryzykiem, identyfikację i analizę ryzyka, instrukcję zarządzania ryzykiem. W myśl złożonych przez Dyrektora PSSE oświadczeń o stanie kontroli zarządczej, zasoby przydzielone do realizacji zadań jednostki zostały wykorzystane w zamierzonych celach i zgodnie z zasadą dobrego zarządzania finansowego, a ustalone procedury wewnętrzne zapewniały realizację operacji gospodarczych zgodnie z prawem, w sposób oszczędny, efektywny, skuteczny, terminowy oraz w zgodzie z zasadami etycznego postępowania. Powyższe było zgodne ze stanem faktycznym w zakresie postępowania z odpadami medycznymi.

[103] Dz.U. z 2010 r. Nr 238, poz.1581 z późn. zm.

3.3 Ustalenia innych kontroli

W 2014 r. Delegatura NIK w Rzeszowie przeprowadziła kontrolę dotyczącą wykonania wniosków skierowanych do Marszałka Województwa Podkarpackiego po kontroli w zakresie unieszkodliwiania odpadów medycznych na terenie województwa podkarpackiego (P/11/162). W wyniku kontroli oceniono pozytywnie działalność Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podkarpackiego w kontrolowanym zakresie i stwierdzono, że wszystkie wnioski pokontrolne[104] zostały zrealizowane. M.in. efektem realizacji wniosku pokontrolnego, dotyczącego zapewnienia planowania i przeprowadzania kontroli unieszkodliwiania odpadów medycznych w sposób i w zakresie odpowiadającym uprawnieniom marszałka województwa, było zaplanowanie i przeprowadzenie (przez Departament Środowiska Urzędu Marszałkowskiego) w 2013 r. trzech takich kontroli. Po przeprowadzonych kontrolach skierowano do prokuratury dwa zawiadomienia, w związku z ustalonym w toku kontroli przyjmowaniem przez dwie spółki zakaźnych odpadów medycznych spoza województwa podkarpackiego.

3.4 Pozostałe informacje

Z informacji, uzyskanych w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f *ustawy o NIK*, od 16 marszałków województw wynika, że w latach 2011–2013 czterech marszałków województw przeprowadziło kontrole przestrzegania i stosowania przepisów o ochronie środowiska w zakresie postępowania z odpadami medycznymi (na podstawie art. 379 ust. 1 ustawy – *Prawo ochrony środowiska*), a siedmiu marszałków województw wzywało do korekty zbiorczych zestawień danych o rodzajach i ilości odpadów, o sposobach gospodarowania nimi oraz o instalacjach i urządzeniach służących do odzysku i unieszkodliwiania tych odpadów[105].

Główny Inspektor Transportu Drogowego[106], podał, że w latach 2011–2013 inspektorzy Inspekcji Transportu Drogowego przeprowadzili łącznie 47 kontroli przewozu odpadów medycznych, w wyniku których stwierdzono pięć przypadków naruszenia przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. *o przewozie towarów niebezpiecznych*[107], a także trzy przypadki naruszenia przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. *o transporcie drogowym*[108] (łączna kwota nałożonych kar wyniosła 5,3 tys. zł.). Zatrzymano dwa dowody rejestracyjne pojazdu.

---

[104] Wnioski te dotyczyły: zapewnienia należytej weryfikacji wniosków o udzielenie zezwolenia na unieszkodliwianie odpadów medycznych oraz prawidłowości i terminowości wydawania decyzji administracyjnych w tych sprawach; zapewnienia planowania i przeprowadzania kontroli unieszkodliwiania odpadów medycznych w sposób i w zakresie odpowiadającym uprawnieniom marszałka województwa, rzetelnego weryfikowania zbiorczych zestawień oraz reagowania na przypadki naruszenia prawa w zakresie unieszkodliwiania odpadów medycznych (w szczególności wynikające z danych zawartych w zbiorczych zestawieniach danych o rodzajach i ilości odpadów, o sposobach gospodarowania nimi oraz o instalacjach i urządzeniach służących do unieszkodliwiania tych odpadów), skorygowania Sprawozdania w zakresie danych o instalacjach do unieszkodliwiania odpadów medycznych oraz zapewnienia rzetelności sporządzenia sprawozdania z realizacji planu gospodarki odpadami za lata 2009–2010, podjęcia działań w celu wyeliminowania uchybień Wojewódzkiego Systemu Odpadowego (WSO).

[105] W okresie 2011–2013 wystąpiło 1.545 przypadków zobowiązania do złożenia korekty zbiorczych zestawień (w tym Marszałek Województwa Wielkopolskiego poinformował o 1.310 takich przypadkach w odniesieniu do wszystkich rodzajów odpadów). Jednocześnie, w kontrolowanym okresie, złożono 117.886 zbiorczych zestawień danych o rodzajach i ilości odpadów, o sposobach gospodarowania nimi oraz o instalacjach i urządzeniach służących do odzysku i unieszkodliwiania tych odpadów, w których wykazano wytwarzanie, zbieranie lub unieszkodliwianie odpadów medycznych.

[106] Pismo z dnia 27 maja 2014 r., znak: BNI.WAS.073.13.2.2014.0564.

[107] Dz.U. Nr 227, poz. 1367 z późn. zm.

[108] Dz.U. z 2013 r., poz. 1414 z późn. zm.

Ponadto Główny Inspektor Transportu Drogowego poinformował, że inspektorzy Inspekcji Transportu Drogowego przeprowadzają głównie wspólne kontrole z Wojewódzkimi Inspektoratami Ochrony Środowiska w zakresie przemieszczania odpadów, bez szczególnego uwzględniania przewozu odpadów medycznych (m.in. w ramach projektu IMPEL TFS „Europejskie Akcje Inspekcyjne"). Wynika to z faktu, iż udział przewozu odpadów medycznych w stosunku do całego transportu odpadów jest znikomy oraz większość przewozów odpadów medycznych jest wykonywana pojazdami o dopuszczalnej masie całkowitej poniżej 3,5 t., które nie podlegają kontroli Inspekcji Transportu Drogowego w zakresie wykonywanego przewozu drogowego rzeczy. Inspekcja Transportu Drogowego nie przeprowadzała wspólnych kontroli z Państwową Inspekcją Sanitarną ani nie korzystała z danych sieci viaTOLL[109] w celu monitorowania i ewidencjonowania transportu odpadów medycznych.

NIK, po kontroli postępowania z odpadami medycznymi, której wyniki opublikowano w *Informacji o wynikach kontroli postępowania z odpadami medycznymi* z grudnia 2007 r.[110], mając na uwadze zagrożenia stwarzane przez transport takich odpadów dla zdrowia i życia ludzi oraz dla środowiska oraz ograniczenie kontroli Inspekcji Transportu Drogowego, wyspecjalizowanej w tym zakresie, do pojazdów o dopuszczalnej masie całkowitej powyżej 3,5 tony, wnosiła do Prezesa Rady Ministrów o rozważenie podjęcia inicjatywy legislacyjnej polegającej na zmianie przepisu art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. *o transporcie drogowym*, uprawniającej Inspekcję Transportu Drogowego do kontroli wszystkich przewozów niebezpiecznych odpadów medycznych, bez względu na dopuszczalną masę całkowitą samochodów, którymi są dokonywane. Do dnia zakończenia niniejszej kontroli Inspekcja takich uprawnień nie otrzymała.

W pięciu szpitalach sprawdzono stan realizacji wniosków, sformułowanych przez NIK po zakończeniu kontroli postępowania z odpadami medycznymi, przeprowadzonej w 2006 i 2007 r. (P/06/108). Stan realizacji tych wniosków przedstawiał się następująco.

Po kontroli w Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim w Warszawie, NIK sformułowała cztery wnioski pokontrolne, z tego szpital zrealizował dwa wnioski[111], w przypadku dwóch pozostałych Szpital nie dysponował dokumentacją dotyczącą wykonania wniosków, gdyż w związku z likwidacją Wojewódzkiego Szpitala Bródnowskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej dokumentacja ta została przekazana do archiwum Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego[112].

---

109 Sieć viaTOLL – uruchomiony w lipcu 2011 r. system elektronicznego poboru opłat drogowych (ESP), oparty na technologii komunikacji bezprzewodowej krótkiego zasięgu, w skład którego wchodzą m.in. bramownice wyposażone w anteny i przekaźniki umożliwiające odbiór oraz przekazywanie do Centrum Zarządzania Operatora Systemu sygnałów radiowych, wysyłanych przez urządzenia viaBOX zamontowane w pojazdach samochodowych, co pozwala na rejestrację ich przejazdu, ustalenie stawek oraz automatyczne naliczanie i pobór opłat z konta.

110 Nr ewid. 9/2007/P06108/KSR.

111 Wnioski te dotyczyły: zabezpieczenia przed dostępem osób postronnych tymczasowego pomieszczenia dla gromadzenia odpadów medycznych i wyeliminowanie przypadków nieterminowego przekazywania Marszałkowi Województwa Mazowieckiego zbiorczych zestawień danych o rodzajach i ilości wytworzonych odpadów oraz o sposobach gospodarowania nimi.

112 Dotyczyło to następujących wniosków: 1. Uzyskania pozwolenia Prezydenta m.st. Warszawy na wytwarzanie odpadów w Pracowni Bakteriologii oraz zapewnienie ich unieszkodliwiania w procesie termicznego przekształcania; 2. Doprowadzenia do wyeliminowania nieprawidłowości w ewidencjonowaniu przez Szpital wytworzonych odpadów medycznych oraz skorygowania danych w tym zakresie, przekazanych w informacji do Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Ochrony Środowiska i w zbiorczych zestawieniach do Marszałka Województwa Mazowieckiego.

Po kontroli w Szpitalu Ogólnym w Kolnie, NIK sformułowała trzy wnioski, z tego dwa wnioski zrealizowano[113], natomiast wniosek dotyczący prowadzenia pełnej i rzetelnej ewidencji posiadanych i przekazanych odpadów medycznych, zgodnej z wymogami ustawy o odpadach oraz rozporządzenia w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów został zrealizowany częściowo, gdyż na kartach przekazania odpadu brakowało określenia rodzaju odpadu.

Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach spośród pięciu wniosków pokontrolnych, zrealizował tylko jeden wniosek, dotyczący sporządzania karty ewidencji odpadu dla każdego rodzaju odpadu odrębnie. Natomiast nie zrealizował czterech wniosków, które dotyczyły: wytwarzania odpadów w ilościach określonych w zezwoleniach na ich wytwarzanie, prawidłowego wypełniania kart przekazania odpadu oraz pełnego i rzetelnego prowadzenia ewidencji odpadów, podjęcia działań organizacyjnych stwarzających warunki do prowadzenia prawidłowej gospodarki odpadami medycznymi, wyłaniania wykonawców usług wywozu i unieszkodliwienia odpadów medycznych z przestrzeganiem postanowień warunków określonych w ustawie o odpadach.

Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu spośród trzech wniosków pokontrolnych, zrealizował dwa wnioski[114], natomiast wniosek dotyczący respektowania postanowień decyzji zezwalającej na wytwarzanie odpadów medycznych w zakresie rodzajów i ilości wytwarzanych odpadów medycznych nie został w pełni zrealizowany, gdyż jak wykazała kontrola w 2011 r. w WCM wytworzonych zostało o 0,725 Mg więcej odpadów o kodzie 18 01 02*, niż przewidziane to zostało w decyzji wydanej w dniu 16 września 2009 r. przez Prezydenta Miasta Opola.

Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy spośród trzech wniosków pokontrolnych zrealizował dwa wnioski[115], a jeden wniosek, dotyczący sporządzania w sposób rzetelny zbiorczych zestawień danych o wytwarzanych odpadach oraz o sposobie gospodarowania wytworzonymi odpadami, nie został zrealizowany.

---

113 Dotyczyły one wytwarzania odpadów medycznych w ilości określonej w decyzji Starosty Kolneńskiego i przekazywania Marszałkowi Województwa Podlaskiego rzetelnych danych o rodzaju i ilości wytworzonych odpadów.

114 Wnioski te dotyczyły: 1. Podjęcia działań w celu dostosowania karty ewidencji odpadów medycznych wytwarzanych w WCM do obowiązującego wzoru druku ustalonego rozporządzeniem Ministra Środowiska z dnia 14 lutego 2006 r. *w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów* – obecnie jest to rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 8 grudnia 2010 r. *w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów* (Dz. U. Nr 249, poz. 1673); 2. Podjęcia działań pozwalających na rzetelne wywiązywanie się przez WCM z obowiązków określonych w art. 37 ust. 3 *ustawy o odpadach* – obecnie art. 76 ust. 1 pkt 1 i 2 *ustawy o odpadach*.

115 Dotyczące: 1. Niedopuszczania do przekraczania określonych w pozwoleniu ilości wytwarzanych odpadów. 2. Prowadzenia ewidencji wytwarzanych i odbieranych do unieszkodliwienia odpadów medycznych według wzorów podanych w rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 14 lutego 2006 r. *w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów* (Dz.U. Nr 30, poz. 213) – obecnie jest to rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 8 grudnia 2010 r. *w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów* (Dz.U. Nr 249, poz. 1673).

4 INFORMACJE DODATKOWE

4.1 Przygotowanie kontroli

Kontrola poprzedzona została analizą stanu prawnego, wyników wcześniejszych kontroli NIK w tym zakresie oraz skarg i wniosków napływających do NIK, a także informacji o spalarniach zakaźnych odpadów medycznych, uzyskanej od Głównego Inspektora Ochrony Środowiska na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f *ustawy o NIK*.

Założono przeprowadzenie kontroli w 12 podmiotach leczniczych – szpitalach (w tym w pięciu wybranych losowo spośród podmiotów, które skontrolowano w trakcie kontroli postępowania z odpadami medycznymi P/06/08) oraz siedmiu wybranych dodatkowo spośród szpitali, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd województwa lub powiatu.

Założono też przeprowadzenie kontroli w sześciu powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych. Zaplanowano przeprowadzenie kontroli w następujących województwach: mazowieckim, kujawsko-pomorskim, łódzkim, opolskim, podkarpackim i podlaskim.

4.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

W kontroli wzięło udział sześć jednostek organizacyjnych NIK: Departament Środowiska oraz delegatury NIK w Białymstoku, Bydgoszczy, Łodzi, Opolu i Rzeszowie. Wykaz podmiotów objętych kontrolą oraz jednostek organizacyjnych NIK przeprowadzających czynności kontrolne zawiera Załącznik 5.4.

Ponadto, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f *ustawy o NIK*, uzyskano dodatkowe informacje:

a) u Głównego Inspektora Transportu Drogowego w zakresie:
   - dokonywania kontroli transportu drogowego odpadów medycznych przez Inspekcję Transportu Drogowego;
   - przeprowadzania wspólnych kontroli w zakresie odpadów medycznych z Inspekcją Ochrony Środowiska i Inspekcją Sanitarną;
   - korzystania przez ITD z danych sieci viaTOLL w zakresie monitorowania i ewidencjonowania transportu odpadów medycznych.

b) u marszałków województw w zakresie danych o wytwarzanych odpadach medycznych oraz o sposobach gospodarowania wytworzonymi odpadami, weryfikacji informacji zawartych w zbiorczych zestawieniach danych, wydanych w tym zakresie decyzji oraz przeprowadzonych kontroli.

Do kierowników jednostek kontrolowanych skierowano 18 wystąpień pokontrolnych. Do dwóch wystąpień zgłoszone zostały zastrzeżenia. Komisja Rozstrzygająca po rozpatrzeniu na posiedzeniu jawnym zastrzeżeń zgłoszonych przez Dyrektora Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dr. E. Warmińskiego w Bydgoszczy do wystąpienia pokontrolnego z dnia 16 czerwca 2014 r., uchwałą z dnia 5 sierpnia 2014 r., uwzględniła w części zastrzeżenie nr 2 – wskazując, że przy sformułowaniu zarzutu o braku stosowania zasady bliskości konieczne jest udowodnienie braku mocy przerobowej najbliżej położonej instalacji (na terenie danego województwa), jednocześnie Komisja Rozstrzygająca wskazała, że powyższe nie ma wpływu ani na treść oceny ogólnej, ani na sformułowany wniosek pokontrolny, gdyż materiał dowodowy potwierdza, że w okresie kontrolowanym Szpital udzielał zamówień dotyczących odbioru, transportu i utylizacji zakaźnych odpadów medycznych z naruszeniem zasady bliskości. Komisja oddaliła zastrzeżenia w pozostałym zakresie. Komisja rozstrzygająca po rozpatrzeniu na posiedzeniu jawnym

zastrzeżeń zgłoszonych przez Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Skierniewicach do wystąpienia pokontrolnego z dnia 27 maja 2014 r., uchwałą z dnia 30 lipca 2014 r. oddaliła zastrzeżenia.

W wystąpieniach pokontrolnych NIK sformułowała 57 wniosków, z tego (do czasu sporządzenia niniejszej Informacji) 28 zostało zrealizowanych, 10 nie zostało zrealizowanych, a 19 pozostaje w trakcie realizacji. Siedem z dziesięciu szpitali, w stosunku do których sformułowano wnioski pokontrolne w zakresie postępowania z odpadami medycznymi, zrealizowało wnioski NIK dotyczące wyeliminowania nieprawidłowości w tym obszarze (dotyczące np. transportu i magazynowania odpadów, częstotliwości wymiany pojemników i oznaczenia worków na odpady). Z odpowiedzi na wystąpienia pokontrolne wynika, że działania w zakresie realizacji wniosków dotyczących postępowania z odpadami medycznymi nie zostały zakończone w trzech szpitalach. Pięć skontrolowanych szpitali zrealizowało wnioski dotyczące prawidłowego prowadzenia ewidencji odpadów i przekazywania rzetelnych danych o rodzajach i ilości odpadów marszałkom województw, a w trakcie realizacji pozostają wnioski w tym zakresie sformułowane w stosunku do czterech szpitali.

Na finansowe rezultaty kontroli złożyły się nieprawidłowości stwierdzone w trzech szpitalach, na kwotę ogółem 1.101,0 tys. zł, w tym:

- kwota 1.092,8 tys. zł wydatkowana w następstwie działań stanowiących naruszenie prawa, która dotyczyła finansowania:
  - przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku umów, na podstawie których zakaźne odpady medyczne były transportowane do instalacji w Ostrołęce, Tczewie i Chojnicach, tj. poza obszar województwa, na odległość od 185 do 213 km z naruszeniem zasady bliskości – 624,5 tys. zł (str. 26);
  - przez Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr. E. Warmińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy umów, na podstawie których zakaźne odpady medyczne były transportowane do instalacji w Chojnicach i Bełchatowie, tj. poza obszar województwa kujawsko-pomorskiego z naruszeniem zasady bliskości – 305,4 tys. zł (str. 27);
  - przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach umowy na wywóz i unieszkodliwianie odpadów medycznych zawartej z naruszeniem ustawy – *Prawo zamówień publicznych* i *ustawy o odpadach z 2001 r.* – 162,9 tys. zł. (str. 26–27)
- kwota 7,8 tys. zł, wydatkowana z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami:
  - poniesienie przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach wydatków na zakup worków na odpady medyczne, niespełniających warunków umowy. (str. 22)
- kwota 0,4 tys. zł – uszczuplenie środków lub aktywów:
  - nienaliczenie i niepobranie przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach kar umownych za dostarczenie towaru z wadami. (str. 22)

Prezes NIK wystosował, na podstawie art. 62a *ustawy o NIK,* powiadomienie o uwagach, ocenach i wnioskach, które Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy sformułowała po kontroli przeprowadzonej w dwóch szpitalach na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. W powiadomieniu przekazanym Głównemu Inspektorowi Ochrony Środowiska wskazano m.in. na negatywną ocenę postępowania z odpadami medycznymi przez oba szpitale oraz niestosowanie zasady bliskości przy wyborze instalacji do unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych.

NIK wystosowała dwa zawiadomienia do wojewódzkich inspektorów ochrony środowiska o ujawnieniu czynów, za które przewidziana jest odpowiedzialność polegająca na obowiązku zapłaty administracyjnych kar pieniężnych (tj. m.in. za czyn polegający na niezgodnym ze stanem rzeczywistym wykazaniu w zbiorczym zestawieniu danych o ilości i rodzaju wytworzonych odpadów)[116].

[116] Zgodnie z art. 237 ust. 1 *ustawy o odpadach z 2012 r.*, kto wbrew obowiązkowi, nie sporządza i nie przekazuje tych zbiorczych zestawień danych, sprawozdań lub wykazu zakładów przetwarzania lub wykonuje ten obowiązek nieterminowo lub niezgodnie ze stanem rzeczywistym podlega karze, o której mowa w art. 200. Art. 200 stanowi, że jeżeli podmiot, wbrew obowiązkowi, o którym mowa w art. 76 nie składa sprawozdania, podlega administracyjnej karze pieniężnej w wysokości 500 zł.

5.1. Charakterystyka stanu prawnego

Problematykę związaną z gospodarką odpadami (w tym odpadami medycznymi), regulowała w okresie objętym kontrolą (2011–2013) ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. *o odpadach*[117] (uchylona z dniem 23 stycznia 2013 r.) a następnie ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. *o odpadach*[118].

Stan prawny przedstawiono w podziale na stan przed i po 23 stycznia 2013 r.

Stan prawny przed 23 stycznia 2013 r.

Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. *o odpadach*, zgodnie z brzmieniem art. 1, określa zasady postępowania z odpadami w sposób zapewniający ochronę życia i zdrowia ludzi oraz ochronę środowiska, zgodnie z zasadą zrównoważonego rozwoju, a w szczególności zasady zapobiegania powstawaniu odpadów lub ograniczania ilości odpadów i ich negatywnego oddziaływania na środowisko, a także odzysku lub unieszkodliwiania odpadów.

Ustawa o odpadach posługuje się pojęciem odpadów medycznych, które zostało zdefiniowane w art. 3 ust. 3 pkt 5 tej ustawy. Pod pojęciem tym należy rozumieć odpady powstające w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzeniem badań i doświadczeń naukowych w zakresie medycyny.

Odpady medyczne, są odpadami niebezpiecznymi, jeżeli wykazują przynajmniej jedną z właściwości określonych w załączniku nr 4 do *ustawy o odpadach* (art. 3 ust. 2 ustawy).

W rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 27 września 2001 r. *w sprawie katalogu odpadów* – odpady medyczne stanowią grupę 18.

Poza odrębną regulacją zawartą w art. 42 *ustawy o odpadach*, w stosunku do posiadaczy odpadów medycznych mają zastosowanie ogólne przepisy *ustawy o odpadach* dotyczące postępowania z odpadami, w tym niebezpiecznymi.

Przepis art. 42 ust. 1 i 2 *ustawy o odpadach* wprowadza zakaz poddawania odzyskowi odpadów medycznych, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2002 r. *w sprawie rodzajów odpadów medycznych i weterynaryjnych, których poddawanie odzyskowi jest zakazane*[119]. Zakaz dotyczy wszystkich odpadów niebezpiecznych z grupy 18 (nie tylko ze względu na zakaźność).

W stosunku do powyższych odpadów dopuszczalne jest wyłącznie unieszkodliwianie, a art. 55 ust. 1 pkt 3 *ustawy o odpadach* zakazuje składowania zakaźnych odpadów medycznych.

Przepisem art. 42 ust. 1a zakazano unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych innymi metodami niż te, które prowadzą do obniżenia zawartości ogólnego węgla organicznego do 5% w tych odpadach. Zakazano także unieszkodliwiania tych odpadów przez ich współspalanie. Brzmienie tego przepisu zostało dokonane na podstawie art. 1 pkt 29 ustawy z dnia 22 stycznia 2010 r. *o zmianie ustawy o odpadach oraz niektórych innych ustaw*[120]. Zakazane więc zostało unieszkodliwianie zakaźnych odpadów medycznych w inny sposób niż spalanie w spalarniach odpadów.

[117] Dz.U. z 2010 r. Nr 185, poz. 1243 z późn. zm.

[118] Dz.U. z 2013 r., poz. 21 z późn. zm.

[119] Dz.U. z 2003 r. Nr 8 poz. 103.

[120] Dz.U. Nr 28, poz. 145.

Sposób i warunki unieszkodliwiania odpadów medycznych zostały określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2002 r. *w sprawie dopuszczalnych sposobów i warunków unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych*[121]. Rozporządzenie to dopuszcza unieszkodliwianie odpadów medycznych z zastosowaniem następujących sposobów:

1) termiczne przekształcanie odpadów w instalacjach lub urządzeniach zlokalizowanych na lądzie (D10);
2) autoklawowanie (D9);
3) dezynfekcja termiczna (D9);
4) działanie mikrofalami (D9);
5) obróbka fizyczno-chemiczna inna niż wymieniona w pkt 2–4 (D9).

Dopuszczalne jest łączenie dwóch lub więcej ww. sposobów pod warunkiem, że powstały odpad nie jest odpadem niebezpiecznym – § 1 ust.1 i 2. ww. rozporządzenia.

Powyższe sposoby unieszkodliwiania odpadów medycznych należy prowadzić z zachowaniem parametrów procesu zapewniających, że powstały odpad nie jest odpadem niebezpiecznym (§ 1a rozporządzenia). Jak łatwo stwierdzić na podstawie powyższego zapisu, występuje tu niezgodność przepisów rozporządzenia z brzmieniem art. 42 ust.1a *ustawy o odpadach*, należy więc pamiętać o hierarchii aktów prawnych i stosować rozporządzenie jedynie w zakresie niesprzecznym z ustawą o odpadach.

Przepis art. 5 *ustawy o odpadach* ustala ogólne zasady postępowania z odpadami, które przewidują podejmowanie działań o charakterze prewencyjnym, takich jak:

1) zapobieganie powstawaniu odpadów lub ograniczanie ilości odpadów i ich negatywnego oddziaływania na środowisko przy wytwarzaniu produktów, podczas i po zakończeniu ich użytkowania,
2) zapewnianie zgodnego z zasadami ochrony środowiska odzysku, jeżeli nie udało się zapobiec powstawaniu odpadów,
3) zapewnianie zgodnego z zasadami ochrony środowiska unieszkodliwiania odpadów, których powstaniu nie udało się zapobiec lub których nie udało się poddać odzyskowi.

Przepis ten jest zgodny z ogólną zasadą wyrażoną w art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. *Prawo ochrony środowiska*[122], który stanowi, że kto podejmuje działalność mogącą negatywnie oddziaływać na środowisko, jest obowiązany do zapobiegania temu oddziaływaniu.

Ustawa *o odpadach* stanowi, że posiadacz odpadów jest obowiązany:

– do postępowania z odpadami w sposób zgodny z zasadami gospodarowania odpadami, wymaganiami ochrony środowiska oraz planami gospodarki odpadami (art. 7 ust.1 *ustawy o odpadach*),
– w pierwszej kolejności do poddania ich odzyskowi, a jeżeli z przyczyn technologicznych jest on niemożliwy lub nie jest uzasadniony z przyczyn ekologicznych lub ekonomicznych, to odpady te należy unieszkodliwiać w sposób zgodny z wymaganiami ochrony środowiska oraz planami gospodarki odpadami (art. 7 ust. 2 *ustawy o odpadach*).

[121] Dz.U. z 2003 r. Nr 8, poz. 104 z późn. zm.
[122] Dz.U. z 2013 r., poz. 1232 z późn. zm.

Odpady, których nie udało się poddać odzyskowi, powinny być tak unieszkodliwiane, aby składowane były wyłącznie te odpady, których unieszkodliwienie w inny sposób było niemożliwe z przyczyn technologicznych lub nieuzasadnione z przyczyn ekologicznych lub ekonomicznych (art. 7 ust. 3 *ustawy o odpadach*).

Generalnym założeniem art. 9 *ustawy o odpadach* jest ograniczenie przemieszczania odpadów oraz ustalenie ogólnych wymagań, jakim powinny odpowiadać procesy odzysku i unieszkodliwiania oraz urządzenia lub instalacje, w których te procesy są realizowane.

Zgodnie z art. 9 ust. 1 i 2 ustawy, odpady powinny być w pierwszej kolejności poddawane odzyskowi lub unieszkodliwiane w miejscu ich powstawania. Odpady, które nie mogą być poddane odzyskowi lub unieszkodliwiane w miejscu ich powstawania, powinny być, uwzględniając najlepszą dostępną technikę lub technologię, o której mowa w art. 143 ustawy – *Prawo ochrony środowiska*, przekazywane do najbliżej położonych miejsc, w których mogą być poddane odzyskowi lub unieszkodliwione.

Z kolei odpady medyczne o właściwościach zakaźnych:

– powinny być poddane unieszkodliwianiu na obszarze tego województwa, na którym zostały wytworzone, w instalacjach spełniających wymagania najlepszej dostępnej techniki lub technologii, o której mowa wyżej, lub w miejscach najbliżej położonych miejsca ich wytworzenia,
– mogą być poddane unieszkodliwianiu na obszarze województwa innego niż ww. jeżeli odległość od miejsca wytwarzania odpadów do instalacji przeznaczonej do unieszkodliwiania, spełniającej wymagania najlepszej dostępnej techniki lub technologii, jest mniejsza niż odległość do instalacji lub miejsca położonego na obszarze tego samego województwa (art. 9 ust. 3–5 *ustawy o odpadach*).

Przepis art. 11 ust. 1 ustawy wprowadził zakaz mieszania odpadów niebezpiecznych różnych rodzajów oraz mieszania odpadów niebezpiecznych z odpadami innymi niż niebezpieczne. Przepis ten nie ma charakteru bezwzględnego, ponieważ przepis art. 11 ust. 2 *ustawy o odpadach* zwalnia z powyższego zakazu, jeżeli mieszanie odpadów niebezpiecznych pomiędzy sobą i z innymi rodzajami odpadów następuje w celu poprawy bezpieczeństwa procesów odzysku lub unieszkodliwiania odpadów powstałych po zmieszaniu, jeżeli w wyniku prowadzenia tych procesów nie nastąpi wzrost zagrożenia dla życia i zdrowia ludzi lub środowiska.

W przypadku gdy odpady niebezpieczne uległy zmieszaniu z innymi odpadami, substancjami lub przedmiotami, to powinny być one rozdzielone, jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące warunki:

1) w procesie odzysku lub unieszkodliwiania odpadów powstałych po rozdzieleniu nastąpi ograniczenie zagrożenia dla życia i zdrowia ludzi lub środowiska,
2) jest to technicznie możliwe i ekonomicznie uzasadnione (art. 11 ust. 3 *ustawy o odpadach*).

Transport odpadów niebezpiecznych z miejsc ich powstawania do miejsc odzysku lub unieszkodliwiania odpadów odbywa się z zachowaniem przepisów obowiązujących przy transporcie towarów niebezpiecznych (art. 11 ust. 4 *ustawy o odpadach*).

Minister Infrastruktury wydał na podstawie art. 11 ust. 5 *ustawy o odpadach* rozporządzenie z dnia 19 grudnia 2002 r. *w sprawie zakresu i sposobu stosowania przepisów o przewozie drogowym towarów niebezpiecznych do transportu odpadów niebezpiecznych*[123] (uchylone z dniem 23 stycznia 2013 r.).

[123] Dz.U. z 2002 r. Nr 236, poz. 1986.

W rozdziale 4 ustawy o odpadach pt. „Obowiązki posiadaczy odpadów i transportujących odpady" określono obowiązki posiadaczy odpadów, polegające na uzyskaniu decyzji zatwierdzającej program gospodarki odpadami niebezpiecznymi, pozwolenia na wytwarzanie odpadów, zezwolenia na prowadzenie działalności w zakresie odzysku lub unieszkodliwiania odpadów, zezwolenia na prowadzenie działalności w zakresie zbierania lub transportu odpadów.

Zgodnie z art. 17 ust. 1 *ustawy o odpadach* wytwórca odpadów jest obowiązany do:

1) uzyskania decyzji zatwierdzającej program gospodarki odpadami niebezpiecznymi, jeżeli wytwarza odpady niebezpieczne w ilości powyżej 0,1 Mg rocznie;
2) przedłożenia informacji o wytwarzanych odpadach oraz o sposobach gospodarowania wytworzonymi odpadami, jeżeli wytwarza odpady niebezpieczne w ilości do 0,1 Mg rocznie albo powyżej 5 Mg rocznie odpadów innych niż niebezpieczne.

Wytwórca odpadów jest obowiązany do uzyskania pozwolenia na wytwarzanie odpadów, które powstają w związku z eksploatacją instalacji, jeżeli wytwarza powyżej 1 Mg odpadów niebezpiecznych rocznie lub powyżej 5 tysięcy Mg odpadów innych niż niebezpieczne rocznie. W pozwoleniu tym uwzględnia się wszystkie odpady wytwarzane przez danego wytwórcę w danym miejscu (art. 17 ust. 2 i 3 *ustawy o odpadach*).

Zgodnie z art. 17 ust. 4 *ustawy o odpadach* wymóg uzyskania decyzji zatwierdzającej program gospodarki odpadami niebezpiecznymi, pozwolenia na wytwarzanie odpadów, a także przedłożenia informacji o wytwarzanych odpadach oraz o sposobach gospodarowania wytworzonymi odpadami, nie dotyczy wytwórcy odpadów prowadzącego instalację, na której prowadzenie wymagane jest pozwolenie zintegrowane, o którym mowa w przepisach o ochronie środowiska.

Kwestie związane z wydawaniem pozwolenia na wytwarzanie odpadów oraz decyzji o zatwierdzeniu programu gospodarki odpadami niebezpiecznymi regulują przepisy art. 18–22 *ustawy o odpadach*.

Organem właściwym do wydania pozwolenia na wytwarzanie odpadów jest:

– regionalny dyrektor ochrony środowiska – dla przedsięwzięć i zdarzeń na terenach zamkniętych, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 17 maja 1989 r. *Prawo geodezyjne i kartograficzne* (Dz.U. z 2005 r. Nr 240, poz. 2027 z późn. zm.);
– marszałek województwa – dla przedsięwzięć i zdarzeń, o których mowa w art. 378 ust.2a ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. – *Prawo ochrony środowiska*;
– starosta – w pozostałych sprawach – art. 378 ustawy – *Prawo ochrony środowiska*, w związku z art. 181 ust. 1 pkt 4 i art. 183 ww. ustawy.

Kopię wydanego pozwolenia na wytwarzanie odpadów regionalny dyrektor ochrony środowiska lub starosta przekazuje właściwemu ze względu na miejsce wytwarzania odpadów marszałkowi województwa, wojewódzkiemu inspektorowi ochrony środowiska oraz wójtowi, burmistrzowi lub prezydentowi miasta. Wymóg przekazania prezydentowi miasta kopii wydanego przez starostę pozwolenia na wytwarzanie odpadów nie dotyczy prezydenta miasta na prawach powiatu (art. 18 ust. 4 *ustawy o odpadach*).

Program gospodarki odpadami niebezpiecznymi jest zatwierdzany w drodze decyzji przez właściwy organ, którym jest (art. 19 ust. 2 *ustawy o odpadach*):

– regionalny dyrektor ochrony środowiska – dla przedsięwzięć i zdarzeń na terenach zamkniętych, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 17 maja 1989 r. *Prawo geodezyjne i kartograficzne* (Dz.U. z 2005 r. Nr 240, poz. 2027 z późn. zm.);

– marszałek województwa – dla przedsięwzięć i zdarzeń, o których mowa w art. 378 ust. 2a ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. – *Prawo ochrony środowiska*;
– starosta – w pozostałych sprawach – art. 378 ustawy – *Prawo ochrony środowiska*, w związku z art. 181 ust. 1 pkt 4 i art. 183 ww. ustawy.

Zgodnie z art. 19 ust. 3 *ustawy o odpadach* właściwość miejscową ww. organów ustala się według miejsca wytwarzania odpadów niebezpiecznych.

Regionalny dyrektor ochrony środowiska albo marszałek województwa zatwierdza program gospodarki odpadami niebezpiecznymi po zasięgnięciu opinii wójta, burmistrza lub prezydenta miasta, właściwego ze względu na miejsce wytwarzania odpadów niebezpiecznych. Natomiast starosta zatwierdza program gospodarki odpadami niebezpiecznymi po zasięgnięciu opinii wójta, burmistrza lub prezydenta miasta, właściwych ze względu na miejsce wytwarzania odpadów niebezpiecznych. Wymóg zasięgania opinii prezydenta miasta nie dotyczy prezydenta miasta na prawach powiatu (art. 19 ust. 4 i 5 *ustawy o odpadach*).

W przypadku niewydania opinii w terminie określonym w art. 106 § 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – *Kodeks postępowania administracyjnego*[124] przyjmuje się, że wydano opinie pozytywną.

Kopię wydanej decyzji regionalny dyrektor ochrony środowiska lub starosta przekazuje, właściwemu ze względu na miejsce wytwarzania odpadów niebezpiecznych, marszałkowi województwa, wojewódzkiemu inspektorowi ochrony środowiska oraz wójtowi, burmistrzowi lub prezydentowi miasta (art. 19 ust. 8 *ustawy o odpadach*).

W stosunku do pozwolenia na wytwarzanie odpadów, w sytuacji gdy wytwórca odpadów m.in. narusza warunki pozwolenia lub przepisy ustawy, zastosowanie mają przepisy art. 194 i 195 ustawy – *Prawo ochrony środowiska*. Natomiast wobec wytwórców posiadających decyzję o zatwierdzeniu programu gospodarki odpadami niebezpiecznymi stosuje się art. 23 *ustawy o odpadach*.

Informacje o wytwarzanych odpadach oraz sposobach gospodarowania wytworzonymi odpadami przedkłada się regionalnemu dyrektorowi ochrony środowiska – dla przedsięwzięć i zdarzeń na terenach zamkniętych, marszałkowi województwa – dla przedsięwzięć lub zdarzeń, o których mowa w art. 378 ust. 2a ustawy – *Prawo ochrony środowiska*, staroście – dla pozostałych przedsięwzięć, w terminie 30 dni przed rozpoczęciem działalności powodującej powstawanie odpadów lub zmianą tej działalności wpływającej na ilość lub rodzaj wytwarzanych odpadów lub sposobów gospodarowania nimi. Informację przedkłada się w czterech egzemplarzach (art. 24 ust. 1 *ustawy o odpadach*).

Przepis art. 25 *ustawy o odpadach* dopuszcza możliwość prowadzenia obrotu odpadami oraz ustala warunki, na jakich może się odbywać.

Wytwórca odpadów może zlecić wykonanie obowiązku gospodarowania odpadami innemu posiadaczowi odpadów (art. 25 ust. 1 *ustawy o odpadach*).

Posiadacz odpadów może je przekazywać wyłącznie podmiotom, które uzyskały zezwolenie właściwego organu na prowadzenie działalności w zakresie gospodarki odpadami, chyba że działalność taka nie wymaga uzyskania zezwolenia (art. 25 ust. 2 *ustawy o odpadach*).

Zlecający usługę transportu odpadów jest obowiązany wskazać prowadzącemu działalność w zakresie transportu odpadów miejsce odbioru odpadów oraz posiadacza odpadów, do którego należy dostarczyć te odpady (art. 25 ust. 4 *ustawy o odpadach*).

[124] Dz.U. z 2013 r., poz. 267.

Przepis art. 36 ustawy *o odpadach* reguluje obowiązek prowadzenia ewidencji nałożony na posiadacza odpadów. Ewidencja ta ma służyć m.in. celom kontrolnym, o których mowa w art. 36 ust. 11 i 15 ustawy.

Zgodnie z art. 36 ust. 1 ustawy posiadacz m.in. odpadów niebezpiecznych jest obowiązany do prowadzenia ich ilościowej i jakościowej ewidencji, zgodnie z przyjętym katalogiem odpadów i listą odpadów niebezpiecznych. Ewidencja ta w przypadku posiadacza odpadów, który prowadzi działalność w zakresie odzysku lub unieszkodliwiania odpadów, powinna obejmować sposoby gospodarowania odpadami, a także dane o ich pochodzeniu i miejscu przeznaczenia.

Ewidencję odpadów sporządza się z zastosowaniem karty ewidencji odpadu oraz karty przekazania odpadu, z wyjątkiem posiadacza odpadów prowadzącego działalność wyłącznie w zakresie transportu odpadów, który prowadzi ewidencję z zastosowaniem tylko karty przekazania odpadów (art. 36 ust. 4 i 5 ustawy).

Zgodnie z art. 36 ust. 10 ustawy, posiadacz odpadów ma obowiązek przechowywać dokumenty sporządzone na potrzeby ewidencji przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym sporządzono te dokumenty, z wyjątkiem zarządzającego składowiskiem odpadów, co reguluje art. 37 ust. 4 .

Marszałek województwa właściwy ze względu na miejsce wytwarzania, odzysku lub unieszkodliwiania odpadów, w drodze decyzji, zobowiązuje posiadacza odpadów lub transportującego odpady do przedłożenia dokumentów ewidencji odpadów, w przypadku gdy zbiorcze zestawienie danych, o którym mowa w art. 37, budzi wątpliwości co do prawidłowości wypełnienia lub gdy jest to niezbędne do prowadzenia innych postępowań z zakresu ochrony środowiska będących w jego kompetencjach (art. 36 ust.12 *ustawy o odpadach*).

Przepis art. 37 *ustawy o odpadach* określa obowiązki posiadaczy odpadów oraz organów administracji w zakresie przekazywania i zbierania informacji o wytwarzanych odpadach oraz sposobach gospodarowania nimi.

W myśl art. 37 ust. 1 ustawy, posiadacz odpadów prowadzący ewidencję odpadów jest obowiązany sporządzić na formularzu zbiorcze zestawienie danych o rodzajach i ilości odpadów, o sposobach gospodarowania nimi oraz o instalacjach i urządzeniach służących do odzysku i unieszkodliwiania tych odpadów.

Powyższe zbiorcze zestawienia danych posiadacz odpadów jest obowiązany przekazać marszałkowi województwa właściwemu ze względu na miejsce wytwarzania, zbierania, odzysku lub unieszkodliwiania odpadów w terminie do 15 marca za poprzedni rok kalendarzowy (art. 37 ust. 3 ustawy).

Przepis art. 37 ust. 6 ustawy zobowiązuje marszałka województwa do prowadzenia wojewódzkiej bazy danych dotyczącej wytwarzania i gospodarowania odpadami wraz z rejestrem udzielanych zezwoleń w zakresie wytwarzania i gospodarowania odpadami oraz sporządzania raportu wojewódzkiego i przekazania go Ministrowi Środowiska.

Szczegółowy zakres tych obowiązków określało rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 9 lipca 2007 r. *w sprawie niezbędnego zakresu informacji objętych obowiązkiem zbierania i przetwarzania oraz sposobu prowadzenia centralnej i wojewódzkiej bazy danych dotyczącej wytwarzania i gospodarowania odpadami*[125] (uchylone z dniem 1 stycznia 2012 r.), a następnie rozporządzenie Ministra Środowiska

[125] Dz.U. Nr 133, poz. 930.

z dnia 10 listopada 2011 r. *w sprawie niezbędnego zakresu informacji objętych obowiązkiem zbierania i przetwarzania oraz sposobu prowadzenia centralnej i wojewódzkiej bazy danych dotyczącej wytwarzania i gospodarowania odpadami*[126] (które utraciło moc z dniem 23 stycznia 2013 r.).

Dostęp do wojewódzkiej bazy danych posiadają m.in.: Minister Środowiska, Główny Inspektor Ochrony Środowiska, wojewoda, starosta, wójt, burmistrz lub prezydent miasta, wojewódzki inspektor ochrony środowiska oraz urząd statystyczny (art. 37 ust. 7 *ustawy o odpadach*).

Przepis art. 379 ust.1 ustawy – *Prawo ochrony środowiska* nakłada na marszałka województwa, starostę oraz wójta, burmistrza lub prezydenta miasta obowiązek prowadzenia kontroli przestrzegania i stosowania przepisów o ochronie środowiska (w tym *ustawy o odpadach*) w zakresie objętym właściwością tych organów.

Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 20 lipca 1991 r. *o Inspekcji Ochrony Środowiska*[127], kontrola przestrzegania przepisów o ochronie środowiska należy również do zadań Inspekcji Ochrony Środowiska.

Zadania, zakres działania, organizację oraz uprawnienia Państwowej Inspekcji Sanitarnej określono w ustawie z dnia 14 marca 1985 r. *o Państwowej Inspekcji Sanitarnej*[128]. Zgodnie z art. 1 pkt 1 i 2 ustawy *o Państwowej Inspekcji Sanitarnej*, jest ona powołana do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności poprzez sprawowanie nadzoru nad warunkami m.in. higieny środowiska i higieny w zakładach pracy – w celu ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych.

Wykonywanie ww. zadań, zgodnie z art. 2 *ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej*, polega na sprawowaniu zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego oraz prowadzeniu działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska, a także na prowadzeniu działalności oświatowo-zdrowotnej.

Zgodnie z art. 10 ust. 1 *ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej*, zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej określone w rozdziale 1 wykonują następujące organy:

1) Główny Inspektor Sanitarny;
2) państwowy wojewódzki inspektor sanitarny, jako organ rządowej administracji zespolonej w województwie;
3) państwowy powiatowy inspektor sanitarny, jako organ rządowej administracji zespolonej w powiecie;
4) państwowy graniczny inspektor sanitarny dla obszarów przejść granicznych drogowych, kolejowych, lotniczych, rzecznych i morskich, portów lotniczych i morskich oraz jednostek pływających na obszarze wód terytorialnych.

Natomiast, w art. 10 ust. 1a ww. ustawy określono, że obszar działania państwowego powiatowego inspektora sanitarnego może obejmować kilka powiatów.

Kontroli Państwowej Inspekcji Sanitarnej podlegają m.in. szpitale, które wytwarzają odpady medyczne. Zgodnie z obowiązującym art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r.

[126] Dz U. Nr 257, poz. 1547.
[127] Dz.U. z 2013 r. poz. 686 z późn. zm.
[128] Dz.U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 z późn. zm.

o działalności leczniczej[129], szpital jest to przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (wcześniej, przed dniem 1 lipca 2011 r., problematykę tą regulowały przepisy ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. *o zakładach opieki zdrowotnej*[130]).

Ponieważ w szpitalach powstają odpady medyczne, szpital jest odpowiedzialny za postępowanie z tymi odpadami. Szczegółowy sposób postępowania w tym zakresie reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. *w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi*[131].

Problematyka ujęta w tym rozporządzeniu jest obowiązująca dla całego okresu objętego kontrolą.

Rozporządzenie dotyczy odpadów medycznych:

1) kodach 18 01 02*, 18 01 03* i 18 01 82*;
2) kodach 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 10*;
3) kodach 18 01 01, 18 01 04, 18 01 07, 18 01 09.

Określa ono szczegółowy sposób postępowania z odpadami medycznymi.

1) postępowanie z odpadami medycznymi powstałymi w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania;
2) zasady zbierania i czasowego magazynowania odpadów medycznych przed poddaniem odpadów procesowi unieszkodliwiania, a w przypadku braku takich możliwości – przed ich przetransportowaniem do miejsca unieszkodliwiania;
3) warunki transportu wewnętrznego odpadów medycznych w obiektach, w których udziela się świadczeń zdrowotnych lub prowadzi badania i doświadczenia naukowe w zakresie medycyny, zwanego dalej „transportem wewnętrznym odpadów medycznych".

Nieprzestrzeganie zasad gospodarki odpadami podlega sankcjom karnym w postaci:

– kar pieniężnych określonych w art. 79 b i 79 c *ustawy o odpadach;*
– grzywny (mandatu karnego) za brak ewidencji odpadów, zgodnie z brzmieniem art. 76 b *ustawy o odpadach.*

Stan prawny od 23 stycznia 2013 r. – nowa ustawa o odpadach

W dniu 23 stycznia 2013 r. weszła w życie ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. *o odpadach*, uchylając ustawę z 27 kwietnia 2001 r. *o odpadach*.

Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 8 ww. ustawy, przez odpady medyczne ustawodawca nakazuje rozumieć odpady powstające w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzeniem badań i doświadczeń naukowych w zakresie medycyny.

Problematykę odpadów medycznych w nowej ustawie reguluje dział VII rozdział 3 pt. „Odpady medyczne i weterynaryjne" w dwóch artykułach tj. art. 94 i art. 95. Poza tą regulacją odrębną do posiadaczy odpadów mają zastosowanie ogólne przepisy *ustawy o odpadach* dotyczące postępowania z odpadami w tym niebezpiecznymi.

Zgodnie z brzmieniem art. 94 zakazuje się odzysku odpadów medycznych z wyjątkiem rodzajów odpadów określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 2 tego artykułu.

[129] Dz.U. z 2013 r., poz. 217 z późn. zm.
[130] Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm., uchylony z dniem 1 lipca 2011 r.
[131] Dz.U. Nr 139, poz. 940.

Poddawanie odzyskowi odpadów medycznych innych niż dopuszczone do odzysku zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 94 ust. 2 (do czasu jego wydania, nie później niż do 23 stycznia 2015 r. obowiązuje rozporządzenie z dnia 23 grudnia 2002 r. *w sprawie rodzajów odpadów medycznych i weterynaryjnych, których poddawanie odzyskowi jest zakazane*) stanowi wykroczenie z art. 183 ust. 1 pkt 1 *ustawy o odpadach*.

Kolejny artykuł, regulujący problematykę odpadów medycznych w nowej ustawie to art. 95. Przepis art. 95 ust. 1 dotyczy unieszkodliwiania wszystkich odpadów medycznych, zarówno zakaźnych, jak i niezakaźnych. Ustawodawca nakazuje stosowanie się do wymagań ustalonych w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 95 ust.11. Naruszenie tych wymagań stanowi wykroczenie z art.183 ust. 1 pkt 2 *ustawy o odpadach*.

Zgodnie z art. 250 *ustawy o odpadach z 14 grudnia 2012 r.*, do czasu wydania rozporządzenia przewidzianego w art. 95 ust. 11, ale nie dłużej niż do 23 stycznia 2015 r., zachowuje moc (wydane na podstawie art. 42 ust. 3 *ustawy o odpadach z 2001 r.*), *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie dopuszczalnych sposobów i warunków unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych*.

Z art. 95 ust. 2 wynika, że jedyną metodą unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych jest ich termiczne przekształcanie w spalarniach odpadów niebezpiecznych (a nie współspalarniach, gdyż tego zabrania art. 95 ust. 3, pod rygorem odpowiedzialności za wykroczenie z art.183 ust. 2 *ustawy o odpadach*). Naruszenie reguły art. 95 ust. 2 jest wykroczeniem z art. 183 ust. 1 pkt 2 *ustawy o odpadach*.

W art. 95 ust. 4–6 i 13 ustawodawca uregulował instytucję potwierdzania unieszkodliwienia zakaźnych odpadów medycznych i weterynaryjnych przez ich termiczne przekształcenie. Formą potwierdzenia jest dokument wydawany przez unieszkodliwiającego, na wniosek wytwórcy zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych (art. 95 ust. 4), przy czym dokument ma odpowiadać wymaganiom określonym w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 95 ust. 13. Posiadacz unieszkodliwiający takie odpady sporządza dokument w trzech egzemplarzach (art. 95 ust. 5): jeden dla wytwórcy, drugi dla WIOŚ właściwego ze względu na miejsce wytwarzania zakaźnych odpadów medycznych, trzeci dla siebie. Artykuł 95 ust. 6 nakazuje odpowiednie stosowanie art. 72 tej ustawy, co oznacza, że unieszkodliwiający przechowuje dokument przez 5 lat oraz jest obowiązany udostępniać dokument na żądanie organów kontrolnych, a marszałek województwa może zobowiązać posiadacza do przedłożenia dokumentu, jeżeli budzi on wątpliwości. Na podstawie art. 95 ust. 13 ww. ustawy zostało wydane rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 13 stycznia 2014 r. *w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych*[132], które weszło w życie z dniem 22 lutego 2014 r.

Przepis art. 183 ust. 3 *ustawy o odpadach* uznaje za wykroczenie niewydanie, nieprzekazanie lub nieprzechowywanie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie.

Szczegółowe wymagania i sposoby unieszkodliwiania odpadów ma określić rozporządzenie wydane przez Ministra Zdrowia na podstawie art. 95 ust. 11ustawy z 14 grudnia 2012 r., (czasowo utrzymano w mocy rozporządzenie z dnia 23 grudnia 2002 r. *w sprawie dopuszczalnych sposobów i warunków unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych*).

[132] Dz.U. z 2014 r., poz. 107.

Niezależnie od rozporządzeń wydanych na podstawie art. 42 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. *o odpadach*, na podstawie art. 7 ust. 4 tej ustawy zostało wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. *w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi* (Dz. U. Nr 139, poz. 940).

Przepis art. 250 *ustawy o odpadach* z 2012 r. także i to rozporządzenie utrzymał w mocy do czasu wejścia w życie nowych przepisów (wydanych na podstawie art. 33 ust. 2 *ustawy o odpadach z 2012 r.*), nie dłużej niż do 23 stycznia 2015 r.

Należy także zauważyć, iż nowa ustawa wyraźnie stanowi w jaki sposób należy prowadzić gospodarkę odpadami, tj. w sposób zapewniający ochronę życia i zdrowia ludzi oraz środowiska. Gospodarowanie odpadami nie może powodować zagrożenia dla wody, powietrza, gleby, roślin lub zwierząt, nie może powodować uciążliwości przez hałas lub zapach, nie może również wywoływać niekorzystnych skutków dla terenów wiejskich lub miejskich o szczególnym znaczeniu (art. 16 ustawy).

Odpady zgodnie z brzmieniem art. 4 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy klasyfikuje się przez ich zaliczenie do odpowiedniej grupy, podgrupy i rodzaju odpadów uwzględniając źródło ich powstania, właściwości powodujące, że odpady są odpadami niebezpiecznymi (załącznik nr 3 do ustawy).

Odpadami niebezpiecznymi zgodnie z art. 6 ustawy są odpady wskazane w katalogu odpadów, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 4 ust. 3, jako odpady niebezpieczne z zastrzeżeniem art. 7 ustawy. Posiadacz odpadów może jednak dokonać zmiany klasyfikacji odpadów niebezpiecznych na odpady inne niż niebezpieczne, jeżeli wykaże, że nie posiadają one właściwości odpadów niebezpiecznych określonych w załączniku nr 3 do ustawy (art. 7 ust. 1 ustawy).

Istotnym uregulowaniem w zakresie zakaźnych odpadów medycznych jest także art. 27 ustawy dotyczący generalnie przekazywania odpadów i przenoszenia odpowiedzialności za gospodarowanie odpadami. Artykuł ten w ust. 5 stanowi, iż 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. Potwierdzeniem zaś przejścia odpowiedzialności za gospodarowanie odpadami na następnego posiadacza odpadów w przypadku o którym mowa w ww. ust. 5, jest dokument potwierdzający unieszkodliwienie.

Posiadacz odpadów (w rozumieniu art. 3 ust.1, pkt 19) zgodnie z art. 66 ust. 1 *ustawy o odpadach* obowiązany jest do prowadzenia na bieżąco ilościowej i jakościowej ewidencji odpadów, zgodnie z przyjętym katalogiem odpadów. Katalog odpadów określony został w rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 27 września 2001 r. *w sprawie katalogu odpadów*[133], które obowiązuje do czasu określenia katalogu odpadów na podstawie art. 4 ust. 3 *ustawy o odpadach* z 2012 r., nie dłużej jednak niż do dnia 23 stycznia 2015 r.

[133] Dz.U. Nr 112, poz. 1206.

Do dnia 31 grudnia 2014 r. do ewidencji odpadów stosuje się przepisy dotychczasowe (zgodnie z art. 236 ust. 1 *ustawy o odpadach*). W przypadku odpadów medycznych ewidencję odpadów prowadzi się z zastosowaniem następujących dokumentów:

– karty przekazania odpadów;
– karty ewidencji odpadów.

Do czasu wydania rozporządzenia o którym mowa w art. 66 ust. 5 ustawy zachowuje moc rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 11 grudnia 2001 r. *w sprawie rodzajów odpadów lub ich ilości, dla których nie ma obowiązku prowadzenia ewidencji odpadów, oraz kategorii małych i średnich przedsiębiorstw, które mogą prowadzić uproszczoną ewidencje odpadów*[134].

Drugim ciążącym obowiązkiem na podmiotach wymienionych enumeratywnie w art. 75 ust. 1 ustawy jest sporządzanie rocznych sprawozdań o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami. Podmioty wymienione w tym artykule składają je w terminie do 15 marca za poprzedni rok kalendarzowy marszałkowi województwa właściwemu ze względu na miejsce wytwarzania, zbierania lub przetwarzania odpadów (art. 76 ust.1 ustawy). W przypadku zaprzestania wykonywania działalności przedsiębiorca sporządza i składa sprawozdanie w terminie 7 dni od dnia zaprzestania wykonywania tej działalności.

Zgodnie z brzmieniem art. 237 ust. 1 pkt 1 ustawy podmioty obowiązane przed dniem wejścia w życie ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. *o odpadach* do sporządzania i składania zbiorczych zestawień danych o rodzajach i ilości odpadów, o sposobach gospodarowania nimi oraz o instalacjach i urządzeniach służących do odzysku i unieszkodliwiania tych odpadów na podstawie art. 37 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. *o odpadach* sporządzają je i składają je za lata 2012–2014, stosując przepisy dotychczasowe. Wzory zbiorczych zestawień danych określa rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 8 grudnia 2010 r. *w sprawie zakresu informacji oraz wzorów formularzy służących do sporządzania i przekazywania zbiorczych zestawień danych o odpadach*[135].

Ustawa o odpadach w Dziale X „Przepisy karne i administracyjne kary pieniężne" stanowi m.in., że karze aresztu lub grzywny podlega:

– prowadzenie gospodarki niezgodnie z nakazem określonym w art. 16 (art. 171 *ustawy o odpadach*);
– unieszkodliwianie zakaźnych odpadów medycznych poza obszarem województwa, na którym zostały one wytworzone (art. 172 ust. 1 pkt 2 *ustawy o odpadach*). W tym przypadku należy jednak pamiętać o treści art. 20 ust. 6 *ustawy o odpadach*, który dopuszcza w niektórych przypadkach takie działania;
– przywóz na obszar innego województwa zakaźnych odpadów medycznych wytworzonych poza obszarem tego województwa (art. 172 ust. 2 *ustawy o odpadach*);
– zlecanie przez posiadacza odpadów, wbrew przepisowi art. 27 ust. 2 gospodarowania odpadami podmiotom, które nie uzyskały wymaganych decyzji lub wymaganego wpisu do rejestru (art. 175 ustawy).

Szczególnie istotny jest art. 183 ustawy sankcjonujący odzysk takich rodzajów odpadów medycznych, których odzysk jest niedopuszczalny zgodnie z art. 94 ust. 1, a także unieszkodliwianie

[134] Dz.U. Nr 152, poz. 1735.
[135] Dz.U. Nr 249, poz. 1674.

odpadów medycznych z naruszeniem art. 95 ust. 1 lub 2. Sprawca takich działań podlega karze aresztu lub grzywny. Tej samej karze podlega, kto wbrew przepisowi art. 95 ust. 3 unieszkodliwia zakaźne odpady medyczne przez ich współspalanie jak również ten, kto wbrew przepisowi art. 95 ust. 4, 5 lub 6 nie wydaje, nie przekazuje lub nie przechowuje dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie.

Jeżeli zaś chodzi o administracyjne kary pieniężne zawarte w Rozdziale 2 Działu X, to ustawodawca w art. 194 ust. 1 stypizował zachowania, za których popełnienie WIOŚ jest zobowiązany decyzją administracyjną wymierzyć karę pieniężną, chyba że popełnienie deliktu daje podstawę do ustalenia opłaty podwyższonej przewidzianej w art. 293 ustawy – *Prawo ochrony środowiska*. Administracyjna kara pieniężna za wymienione w tym artykule działania może wynieść nie mniej niż 1.000 zł i nie może przekroczyć 1.000.000 zł.

Bardzo istotną częścią ustawy są przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe (art. 222 – art. 253). W art. 224 ustawodawca określił termin zakończenia zbierania odpadów, które powstały podczas unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych metodami innymi niż termiczne przekształcanie odpadów – nie dłużej niż trzy miesiące od dnia wejścia w życie niniejsze ustawy (tj. do dnia 23 kwietnia 2013 r.). Po tej dacie takie zbieranie jest deliktem administracyjnym z art. 194 ust. 1 pkt 4 *ustawy o odpadach*.

Z kolei zgodnie z treścią art. 225 *ustawy o odpadach* zezwolenia na spalanie odpadów poza instalacjami lub urządzeniami, których mowa w art. 13 ust. 4 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. *o odpadach*, zachowują ważność na czas, na jaki zostały wydane.

Jeżeli chodzi o decyzje i informacje, które były wydane na podstawie art. 17 i art. 17 a *ustawy o odpadach z 27 kwietnia 2001 r.*, to o ich losie stanowi art. 231 *ustawy z 14 grudnia 2012 r. o odpadach* w sposób następujący:

1) zatwierdzające program gospodarki odpadami wygasły 23 stycznia 2013 r., z wyjątkiem:
   a) decyzji zatwierdzającej program gospodarki odpadami niebezpiecznymi wydanych wytwórcy odpadów, który prowadzi odzysk, unieszkodliwianie, zbieranie lub transport odpadów (art. 31 ust. 3 ustawy *o odpadach* z dnia 27 kwietnia 2001 r. w zw. z art. 232 ust. 3 *ustawy o odpadach z dnia 14 grudnia 2012 r.*);
   b) decyzji zezwalającej na prowadzenie działalności w zakresie odzysku lub unieszkodliwiania odpadów uwzględniającej dodatkowe wymagania (art. 32 ust. 3 *ustawy o odpadach z 2001 r.* w zw. z art. 232 ust. 3 *ustawy o odpadach z dnia 14 grudnia 2012 r.*);

które to decyzje zachowują ważność w zakresie zbierania, odzysku lub unieszkodliwiania odpadów na czas, na jaki zostały wydane, nie dłużej niż przez dwa lata od dnia wejścia w życie ustawy o odpadach z 2012 r.

2) informacje tracą ważność 23 stycznia 2013 r.;

3) pozwolenia na wytwarzanie odpadów zachowują ważność na czas, na jaki zostały wydane.

W art. 231 ust. 4 ustawodawca nałożył na wytwórcę odpadów, który w wydanym na podstawie poprzedniej ustawy o odpadach pozwoleniu na wytwarzanie odpadów dokonał zmiany klasyfikacji odpadów niebezpiecznych na inne niż niebezpieczne, obowiązek dostosowania pozwolenia do przepisów ustawy obowiązującej w terminie do dnia 23 stycznia 2015 r.

5.2. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej tematyki

1. Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. o odpadach (Dz.U. z 2010 r. Nr 185, poz. 1243 z późn. zm. – uchylona z dniem 23 stycznia 2013 r.).
2. Ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz.U. z 2013 r., poz. 21 z późn. zm.).
3. Ustawa z dnia 22 stycznia 2010 r. o zmianie ustawy o odpadach oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 28, poz. 145).
4. Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. – Prawo ochrony środowiska (Dz.U. z 2013 r., poz. 1232 z późn. zm.).
5. Ustawa z dnia 13 kwietnia 2012 r. o zmianie ustawy – Prawo ochrony środowiska oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2012 r., poz. 460).
6. Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r.o wprowadzeniu ustawy – Prawo ochrony środowiska, ustawy o odpadach oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz.U. Nr 100, poz. 1085 z późn. zm.).
7. Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 z późn. zm.).
8. Ustawa z dnia 20 lipca 1991 r. o Inspekcji Ochrony Środowiska (Dz.U. z 2013 r., poz. 686 z późn. zm.).
9. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm. – uchylona z dniem 1 lipca 2011 r.).
10. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2013 r., poz. 217 z późn. zm.).
11. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o transporcie drogowym (Dz.U. z 2013 r., poz. 1414 z późn. zm.).
12. Ustawa z dnia 28 października 2002 r. o przewozie drogowym towarów niebezpiecznych (Dz.U. Nr 199, poz. 1671 z późn. zm. – uchylona z dniem 1 stycznia 2012 r.).
13. Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o przewozie towarów niebezpiecznych (Dz.U. Nr 227, poz. 1367 z późn. zm.).
14. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2013 r. poz. 907 z późn. zm.).
15. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2013 r., poz. 885 z późn. zm.).
16. Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2013 r., poz. 267 z późn. zm.).
17. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).
18. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 27 września 2001 r. w sprawie katalogu odpadów (Dz.U. Nr 112, poz. 1206).
19. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 11 grudnia 2001 r. w sprawie rodzajów odpadów lub ich ilości, dla których nie ma obowiązku prowadzenia ewidencji odpadów, oraz kategorii małych i średnich przedsiębiorstw, które mogą prowadzić uproszczoną ewidencje odpadów (Dz.U. Nr 152, poz. 1735).
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie rodzajów odpadów medycznych i weterynaryjnych, których poddawanie odzyskowi jest zakazane (Dz.U. z 2003 r. Nr 8, poz. 103).

21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie dopuszczalnych sposobów i warunków unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych (Dz.U. z 2003 r. Nr 8, poz. 104 z późn. zm.).
22. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 8 grudnia 2010 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów (Dz.U. Nr 249, poz. 1673).
23. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 8 grudnia 2010 r. w sprawie zakresu informacji oraz wzorów formularzy służących do sporządzania i przekazywania zbiorczych zestawień danych o odpadach (Dz.U. Nr 249, poz. 1674).
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz.U. Nr 139, poz. 940).
25. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 4 listopada 2008 roku w sprawie wymagań w zakresie prowadzenia pomiarów wielkości emisji oraz pomiarów ilości pobieranej wody (Dz.U. Nr 206, poz. 1291).
26. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 19 listopada 2008 r. w sprawie rodzaju wyników pomiarów prowadzonych w związku z eksploatacją instalacji lub urządzenia i innych danych oraz terminów i sposobów ich prezentacji (Dz.U. Nr 215, poz. 1366).
27. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 22 kwietnia 2011 r. w sprawie standardów emisyjnych z instalacji (Dz.U. Nr 95, poz. 558).
28. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 20 grudnia 2007 r. w sprawie stwierdzania kwalifikacji w zakresie gospodarowania odpadami (Dz.U. Nr 247, poz. 1841 – uchylone z dniem 22 października 2013 r.).
29. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 13 września 2013 r. w sprawie stwierdzania kwalifikacji w zakresie gospodarowania odpadami (Dz.U. z 2013 r., poz. 1186).
30. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie zakresu i sposobu stosowania przepisów o przewozie drogowym towarów niebezpiecznych do transportu odpadów niebezpiecznych (Dz.U. Nr 236, poz. 1986 – uchylone z dniem 23 stycznia 2013 r.).
31. Uchwała Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2010 r. w sprawie „Krajowego planu gospodarki odpadami 2014" (M.P. Nr 101, poz. 1183).

5.3. Wykaz kodów odpadów medycznych[136]

Kod[137]	Rodzaj odpadu
18 01	Odpady z diagnozowania, leczenia i profilaktyki medycznej
18 01 01	Narzędzia chirurgiczne i zabiegowe oraz ich resztki (z wyłączeniem 18 01 03)
18 01 02*	Części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania (z wyłączeniem 18 01 03)
18 01 03*	Inne odpady, które zawierają żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny oraz inne formy zdolne do przeniesienia materiału genetycznego, o których wiadomo lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do sądzenia, że wywołują choroby u ludzi i zwierząt (np. zainfekowane pieluchomajtki, podpaski, podkłady), z wyłączeniem 18 01 80 i 18 01 82
18 01 04	Inne odpady niż wymienione w 18 01 03
18 01 06*	Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, zawierające substancje niebezpieczne
18 01 07	Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, inne niż wymienione w 18 01 06
18 01 08*	Leki cytotoksyczne i cytostatyczne
18 01 09	Leki inne niż wymienione w 18 01 08
18 01 10*	Odpady amalgamatu dentystycznego
18 01 80*	Zużyte kąpiele lecznicze aktywne biologicznie o właściwościach zakaźnych
18 01 81	Zużyte kąpiele lecznicze aktywne biologicznie inne niż wymienione w 18 01 80
18 01 82*	Pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych

[136] Na podstawie rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 27 września 2001 r. *w sprawie katalogu odpadów*.

[137] Listę odpadów niebezpiecznych ustala się poprzez oznakowanie odpadów niebezpiecznych w katalogu odpadów indeksem górnym w postaci gwiazdki "*" przy kodzie rodzaju odpadów.

5.4. Wykaz skontrolowanych podmiotów oraz jednostek organizacyjnych NIK, które przeprowadziły w nich kontrole

Lp.	Skontrolowany podmiot	Ocena ogólna kontrolowanej działalności[138]	Jednostka organizacyjna NIK, która przeprowadziła kontrolę
1.	Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o.	Pn	Departament Środowiska
2.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim	Pn	
3.	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Mińsku Mazowieckim	Pn	
4.	Szpital Ogólny w Kolnie	Pn	Delegatura NIK w Białymstoku
5.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach	Pn	
6.	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Białymstoku	Pn	
7.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku	N	Delegatura NIK w Bydgoszczy
8.	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr. E. Warmińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy	N	
9.	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna we Włocławku	P	
10.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach	N	Delegatura NIK w Łodzi
11.	Zduńskowolski Szpital Powiatowy Spółka z o.o.	Pn	
12.	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Skierniewicach	Pn	
13.	Brzeskie Centrum Medyczne w Brzegu	Pn	Delegatura NIK w Opolu
14.	Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu	P	
15.	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Brzegu	P	
16.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy	Pn	Delegatura NIK w Rzeszowie
17.	Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu	Pn	
18.	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Dębicy	P	

[138] Zastosowane skróty oznaczają: P – ocena pozytywna, Pn – ocena pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, N – ocena negatywna.

5.5. Wykaz podmiotów skontrolowanych przez Inspekcję Ochrony Środowiska[139]

Lp.	Województwo	Miasto	Prowadzący instalację
1.	**dolnośląskie**	Milicz	ECO-ABC Sp. z o.o.
2.	**kujawsko-pomorskie**	Bydgoszcz	Zakład Utylizacji Odpadów Medycznych przy Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy
3.		Bydgoszcz	MD-proeco Sp. z o.o.
4.	**lubuskie**	Nowa Sól	Wielospecjalistyczny Szpital SP ZOZ, Nowa Sól
5.		Gorzów Wielko-polski	Spalarnia Odpadów przy Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim Sp. z o.o.
6.	**łódzkie**	Bełchatów	ECO-ABC Sp. z o. o.
7.	**małopolskie**	Kraków	Zakłady Sanitarne w Krakowie Sp. z o. o.
8.	**mazowieckie**	Ostrołęka	EMKA S.A. z/s w Żyrardowie – instalacja przy szpitalu w Ostrołęce
9.	**opolskie**	Opole	Firma Handlowo-Usługowa EKO-TOP Sp. z o.o.
10.	**podkarpackie**	Jedlicze	RAF-EKOLOG1A Sp. z o.o.
11.		Rzeszów	F.U.H. EKO-TOP Sp. z o.o.
12.		Tarnobrzeg	SERVITECH Arkadiusz Tułecki, Instalacja w Tarnobrzegu
13.	**podlaskie**	Hajnówka	Szpital Publiczny ZOZ, MPO Sp. z o.o. w Hajnówce
14.		Białystok	Wojewódzki Szpital Kliniczny im. K. Dłuskiego w Białymstoku
15.	**pomorskie**	Gdańsk	PORT SERVICE Sp. z o.o.
16.		Starogard Gdański	Zakłady Farmaceutyczne POLPHARMA S.A.
17.		Chojnice	EMKA HANDEL - USŁUGI KRZYSZTOF RDEST
18.		Tczew	ECO-ABC Sp. z o.o.
19.	**śląskie**	Dąbrowa Górnicza	Spalarnia odpadów przemysłowych SARPI Dąbrowa Górnicza Sp. z o.o.
20.		Gliwice	Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie
21.		Katowice	Zakład Utylizacji Odpadów w Katowicach
22.		Bielsko-Biała	EKO-TOP Sp. z o.o. Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej
23.	**świętokrzyskie**	Sandomierz	ECO-ABC Sp. z o.o.
24.	**warmińsko-mazurskie**	Olsztyn	Olsztyński Zakład Komunalny Sp. z o.o.
25.	**wielkopolskie**	Konin	Zakład Utylizacji Odpadów Sp. z o.o.
26.		Piła	Szpital Specjalistyczny im. Stanisława Staszica w Pile
27.		Poznań	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Leczniczym (eksploatacja zakończona we wrześniu 2011 r.)
28.	**zachodniopomorskie**	Szczecin	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny, Spalarnia Odpadów Medycznych
29.		Gryfice	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach

[139] Kontrole przeprowadzone przez 15 wojewódzkich inspektoratów ochrony środowiska.

5.6. Zestawienie nieprawidłowości stwierdzonych w trakcie oględzin w kontrolowanych szpitalach, dotyczących nieprzestrzegania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. *w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi*

Lp.	Nazwa Szpitala	Nieprawidłowość		Wyjaśnienia osób odpowiedzialnych za nieprawidłowości
		Określenie nieprawidłowości	Naruszony przepis ww. rozporządzenia	
1.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim	Pomieszczenie do magazynowania odpadów medycznych nie było zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt. Dwa spośród czterech znajdujących się w pomieszczeniu okien były otwarte, w jednym oknie znajdowała się pęknięta szyba, w drugim (otwartym) uszkodzona była siatka ochronna, a w pozostałych brak było siatek ochronnych.	§ 5 ust. 2 pkt 4	Kierownik Działu Administracyjno-Eksploatacyjnego podała, że nie wiedziała o stłuczonej szybie i uszkodzonej siatce zabezpieczającej w oknie magazynu odpadów medycznych Szpitala oraz o tym, że okna były otwarte.
		Do pomieszczenia w którym magazynowano odpady medyczne (w budynku L) nie doprowadzono ciepłej wody.	§ 5 ust. 5	Kierownik Działu Administracyjno-Eksploatacyjnego podała, że do Budynku L nie była doprowadzona instalacja ciepłej wody, w związku z czym zobowiązała się podjąć działania zmierzające do zainstalowania przepływowego podgrzewacza wody w magazynie odpadów medycznych.
		Odpady o kodzie 18 01 02* były przechowywane przez siedem dni.	§ 6 ust. 1	Dyrektor SPZOZ wyjaśnił, że w rozporządzeniu nie przewidziano metody przechowywania odpadów o kodzie 18 01 02* w temperaturze poniżej 0°C (zamrażanie), która stosowana jest w SPZOZ. Magazynowanie odpadów z wykorzystaniem ww. metody nie wpływa na zmianę właściwości odpadów. Uwzględniając również znikomą ilość wytworzonych odpadów w okresie między odbiorami przyjęto zasadę odbioru ww. odpadów w okresie miedzy odbiorami przyjęto zasadę odbioru ww. odpadów jeden raz w tygodniu, co pozwoliło na obniżenie kosztów i racjonalne wydawanie środków publicznych.

Lp.	Nazwa Szpitala	Nieprawidłowość		Wyjaśnienia osób odpowiedzialnych za nieprawidłowości
		Określenie nieprawidłowości	Naruszony przepis ww. rozporządzenia	
2.	Szpital Ogólny w Kolnie	W stacjonarnym urządzeniu chłodniczym służącym do czasowego magazynowania odpadów medycznych znajdował się worek zapełniony powyżej 2/3 jego objętości.	§ 3 ust. 6	Przełożona Pielęgniarek i Położnych podała, m.in. że jest zaskoczona zaistniałą sytuacją, do tej pory nikt nie zgłaszał, iż worki na odpady są nieprawidłowo zapełnione.
		W gabinetach zabiegowych Oddziału Pediatrycznego oraz Oddziału Internistycznego znajdowały się trzy pojemniki na odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach, które nie posiadały oznakowania identyfikującego kod odpadów w nich przechowywanych.	§ 4 pkt 1	Przełożona Pielęgniarek i Położnych wyjaśniła, że Personel Oddziału Internistycznego i Pediatrycznego w czasie wymiany pojemników na odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach przeoczył przez nieuwagę, nie dopisał wymaganego kodu odpadu.
3.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach	W dyżurce w Oddziale chirurgicznym znajdował się nieoznaczony kodem odpadu worek koloru czerwonego z odpadami medycznymi.	§ 4 pkt 1	Pielęgniarka oddziałowa Oddziału chirurgicznego wyjaśniła, że w nieoznaczonym worku na szafce znajdowały się odpady przyniesione przed chwilą z sali w podręcznym pojemniku i nie zostały jeszcze wyrzucone do odpowiednio oznaczonego worka.
		W pojemniku z odpadami medycznymi znajdował się worek z odpadami 18 01 03* z bloku operacyjnego, nieoznaczony datą zamknięcia.	§ 4 pkt 3	Pielęgniarka Oddziałowa Bloku operacyjnego podała, że nie wie jak to się stało, że nie zamieszczono daty zamknięcia na worku z odpadami medycznymi.
		W Oddziale chirurgicznym i w Dziale diagnostyki laboratoryjnej znajdowały się plastikowe pojemniki (łącznie 4) z odpadami medycznymi (dwa z kodem 18 01 02* i dwa z kodem 18 01 03*) otwarte 18, 19, 20 i 21 marca 2014 r., t.j. nie były wymienione przez 6–9 dni.	§ 3 ust. 7	Pielęgniarka Oddziałowa w Oddziale Chirurgicznym oraz Kierownik Działu Diagnostyki Laboratoryjnej wyjaśnili, że pojemniki nie były jeszcze zapełnione do 2/3 ich objętości i dlatego – m.in. z oszczędności – nie przekazano ich wcześniej do unieszkodliwienia. Jednocześnie przyznali, że był to błąd.
		W magazynie odpadów niebezpiecznych znajdowało się okno, które w dniu oględzin było uchylone. W oknie nie było zabezpieczenia przed dostępem owadów do pomieszczenia (np. moskitiery).	§ 5 ust. 2 pkt 4	Kierownik Działu techniczno-gospodarczego wyjaśnił, że nieprawidłowości wynikają z niedopatrzenia i zostaną usunięte w najbliższym czasie.
		W magazynie odpadów niebezpiecznych mimo zastosowania wyłącznie wentylacji grawitacyjnej, odpady przechowywane były w otwartym pojemniku/kontenerze, który nie był oznaczony kodem odpadu.	§ 5 ust. 2 pkt 7	

Lp.	Nazwa Szpitala	Nieprawidłowość		Wyjaśnienia osób odpowiedzialnych za nieprawidłowości
		Określenie nieprawidłowości	Naruszony przepis ww. rozporządzenia	
4.	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr. E. Warmińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy	Na trzech pojemnikach (pojemnik na igły w sali noworodków Oddziału Noworodków oraz pojemniki na igły i na ampułki w gabinecie zabiegowym Oddziału Anestezjologii) brak było oznaczenia kodu gromadzonych w nich odpadów, a na pojemniku na igły i skalpele w gabinecie zabiegowym Poradni Chirurgicznej oznaczenie kodu było niepełne.	§ 4 pkt 1	Nie podano przyczyn powstania nieprawidłowości.
		W jednym z pomieszczeń szpitalnego magazynu odpadów medycznych, które nie było włączone do działającego w tym magazynie systemu klimatyzacji, przechowywano cztery pojemniki zawierające łącznie 1,65 kg odpadów amalgamatu dentystycznego. Pojemniki zostały zapełnione i zamknięte odpowiednio 20 miesięcy i 17 dni, 10 miesięcy i 7 dni, 5 miesięcy i 11 dni oraz 16 dni przed dniem oględzin.	§ 6 ust. 2	Starszy inspektor ds. gospodarczych i transportu wyjaśnił, że powodem długotrwałego magazynowania odpadów amalgamatu dentystycznego były trudności ze znalezieniem podmiotu odbierającego i utylizującego ten rodzaj odpadów.
		Do transportu wewnętrznego odpadów medycznych o kodach 18 01 02* i 18 01 03*, w tym odpadów gromadzonych w workach, wykorzystywano dwa wózki nieposiadające zamknięć. Wózki te nie miały oznaczeń, które wskazywałyby na ich użytkowanie wyłącznie do przewożenia odpadów medycznych.	§ 7 ust. 2	Starszy inspektor ds. gospodarczych i transportu podał, że wózki zakupiono w 2010 r. w wyniku postępowania, które przygotowała osoba odpowiedzialna wówczas za nadzór i organizację pracy pracowników zajmujących się utrzymaniem czystości i transportem odpadów. Wszczęto już postępowanie w sprawie zakupu nowych wózków, które będą spełniać wymogi wynikające z rozporządzenia.
5.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku	Worek na odpady medyczne został zapełniony ponad 2/3 jego objętości.	§ 3 ust. 6	Kierownik Działu Gospodarczego Szpitala wyjaśnił, iż niewłaściwe zapełnienie worka było błędem osoby zajmującej się wewnątrzszpitalnym transportem odpadów.
		Worki na odpady nie były oznakowane adresem szpitala.	§ 4 pkt 2	Kierownik Działu Gospodarczego Szpitala wyjaśnił, iż przyczyną niewłaściwego oznakowania worków był brak właściwego uregulowania tej kwestii w procedurze postępowania z odpadami medycznymi.

Lp.	Nazwa Szpitala	Nieprawidłowość		Wyjaśnienia osób odpowiedzialnych za nieprawidłowości
		Określenie nieprawidłowości	Naruszony przepis ww. rozporządzenia	
6.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach	Część z worków, do których zbierano odpady medyczne nie posiadała kodu odpadów w nich przechowywanych.	§ 4 pkt 1	Dyrektor Szpitala wyjaśnił m.in., że nieprawidłowe oznakowanie worków wynikało z dużej rotacji pracowników odpowiedzialnych za ich podpisywanie.
		Worki do których zbierano i w których magazynowano odpady medyczne nie posiadały oznaczenia adresu siedziby wytwórcy odpadów.	§ 4 pkt 2	j.w.
		Niektóre z worków z odpadami medycznymi nie posiadały daty zamknięcia.	§ 4 pkt 3	j.w.
		Od początku 2011 r. do 8 czerwca 2012 r.[140] odpady medyczne były odbierane z naruszeniem postanowienia § 3 ust. 7 i § 6 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie postępowania z odpadami. Występowały przypadki odbierania odpadów co pięć dni. Jednocześnie Szpital nie egzekwował od wykonawcy tego, aby odbierane były odpady trzy razy w tygodniu w okresach kwiecień–październik, pomimo takiego zapisu w umowie. Również w trakcie trwania umowy zawartej z EMKA SA występowały przypadki dokonywania odbioru odpadów dwa razy w tygodniu – 14 tydzień 2013 r. oraz nawet raz w tygodniu 18 tydzień 2013 r. W trakcie realizacji umowy z tym wykonawcą wystąpiły przypadki magazynowania przez Szpital odpadów dłużej niż 72 godziny np. w okresach: 24–28 grudnia 2012 r., 29 marca–3 kwietnia 2013 r., 30 kwietnia–6 maja 2013 r., 30 października–4 listopada 2013 r., 23–27 grudnia 2013 r. oraz 17–22 kwietnia 2014 r.	§ 3 ust. 7 i § 6 ust. 1	Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w celu zwiększenia nadzoru nad wykonywaniem usług transportu i utylizacji odpadów medycznych będzie wymagane od wykonawcy sporządzenie szczegółowego harmonogramu odbioru odpadów z uwzględnieniem obowiązujących przepisów. Potwierdzenie przekazania odpadów będzie potwierdzane w harmonogramie, a w przypadkach nieodebrania odpadów do godz. 14-tej będą podejmowane działania interwencyjne. Dyrektor podał również, że w przypadku okresów: 24–28 grudnia 2012 r., 29 marca–3 kwietnia 2013 r., 30 października–4 listopada 2013 r.,23–27 grudnia 2013 r. temperatura przechowywania nie przekraczała 10°C, a zgodnie z zapisami umowy od listopada do marca dopuszczano odbiór min. 1 x w tygodniu. W dniach 30 kwietnia–6 maja 2013 r. i 17–22 kwietnia 2014 r. przekazanie odpadów odbiegało od ustalonych terminów z uwagi na wypadające w tych okresach dni wolne od pracy i takie pojedyncze przypadki maja zostać w przyszłości wyeliminowane. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że zgodnie z obowiązującą procedurą odpady o kodzie 18 01 02* powinny być przechowywane w pomieszczeniu prosektorium, a cyt.: „nieprawidłowe postępowanie stanowiło jednostkowy przypadek”.

[140] Ustaleń dokonano na podstawie dokumentacji.

Lp.	Nazwa Szpitala	Nieprawidłowość		Wyjaśnienia osób odpowiedzialnych za nieprawidłowości
		Określenie nieprawidłowości	Naruszony przepis ww. rozporządzenia	
		W latach 2011–2013 odpady medyczne o kodzie 18 01 02* – łożyska – były przechowywane w pomieszczeniu magazynowym, razem z odpadami o kodach np.: 18 01 03* czy 18 01 04, pomimo że zgodnie z § 6 ust. 1 rozporządzenia , magazynowanie odpadów medycznych o kodzie 18 01 02* może odbywać się tylko w temperaturze do 10°C, a czas ich przechowywania nie może przekroczyć 72 godzin. W pomieszczeniu magazynowym brak było urządzenia umożliwiającego utrzymanie temperatury do 10°C. Wymóg magazynowania odpadów o kodzie 18 01 02* w chłodni w prosektorium wynikła również z decyzji Prezydenta Miasta Skierniewice w sprawie uzyskania przez Szpital zezwolenia na wytwarzanie odpadów niebezpiecznych i innych niż niebezpieczne. NIK zwróciła uwagę, ze nie we wszystkich ww. okresach temperatura powietrza była niższa od 10°C, jak np.: na koniec października i w połowie listopada 2013 r., tak wiec odpady medyczne były magazynowane dłużej niż 72 h w niedozwolonych warunkach.	§ 3 ust. 7 i § 6 ust. 1	
		Pomieszczenie, w którym były magazynowane odpady medyczne nie było zabezpieczone przed dostępem owadów.	§ 5 ust. 2 pkt 4	Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Szpital został zobowiązany do urządzenia i wyposażenia pomieszczenia do magazynowania odpadów po byłej spalarni, do końca 2014 r. Decyzją Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego (od 2008 r. termin ten był kilkakrotnie przekładany, aż do grudnia 2014 r.). Z uwagi na brak środków finansowych, również niezabezpieczonych na ten cel w planie rzeczowo-finansowym na 2014 r. pomieszczenie to nie zostało dostosowane do stosownych wymogów.
		Pomieszczenie, w którym były magazynowane odpady medyczne nie posiadało drzwi wejściowych bez progu.	§ 5 ust.2 pkt 5	
		W pomieszczeniu, w którym magazynowane były odpady brak było wydzielonych boksów i miejsc w zależności od rodzajów magazynowanych odpadów medycznych.	§ 5 ust. 2 pkt 6	
		Pomieszczenie, w którym magazynowane były odpady medyczne nie zostało wyposażone w wentylację zapewniającą podciśnienie, z zapewnieniem filtracji.	§ 5 ust. 2 pkt 7	

Lp.	Nazwa Szpitala	Nieprawidłowość		Wyjaśnienia osób odpowiedzialnych za nieprawidłowości
		Określenie nieprawidłowości	Naruszony przepis ww. rozporządzenia	
		Transport wewnętrzny odpadów medycznych z miejsca powstawania do miejsca magazynowania nie odbywał się środkami transportu wewnętrznego, worki z odpadami były przynoszone do miejsca magazynowania ręcznie.	§ 7 ust. 1 i 2	Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że transport odpadów do miejsca magazynowania do końca 2011 r. wykonywany był przez pracowników firmy zewnętrznej zgodnie z obowiązującymi przepisami. Po wygaśnięciu umowy zakupiono trzy pojemniki na kółkach, które przekazano do oddziałów zlokalizowanych w pawilonach poza budynkiem głównym Szpitala. Cyt.: „Zakup pozostałej części pojemników w pełnym zakresie i zgodnie z listą zapotrzebowani wymagał decyzji finansowych”.
		Poza Stacją Dializ nie wyznaczono w szpitalu miejsca przeznaczonego do dezynfekcji, mycia i przechowywania wewnątrzzakładowych środków transportu.	§ 8 ust. 1	Nie podano przyczyn powstawania nieprawidłowości.
7.	Zduńskowolski Szpital Powiatowy Sp. z o.o.	Obowiązująca w Szpitalu procedura postępowania z odpadami o kodzie 18 01 02* nie zawierała szczegółowych postanowień dotyczących zasad zbierania i czasowego ich magazynowania. Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli wskazanie w procedurze tylko, że odpady te wywożone są doraźnie na zgłoszenie telefoniczne i przechowywane do momentu wywozu w chłodni w pomieszczeniu prosektorium, nie zabezpiecza postępowania z tymi odpadami, zgodnie z przepisami § 3 ust. 1, 6-8, § 4, § 6 ust. 1, § 7 oraz § 8 rozporządzenia w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi.	§ 9 ust. 1	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśniła m.in., że Procedura Nr 24 Postępowanie z odpadami, uwzględniająca odpady medyczne o kodzie 18 01 03 zawiera szczegółowe postanowienia dotyczące zasad zbierania i przechowywania oraz transportu odpadów medycznych. Dotyczy to także analogicznie odpadów o kodzie 18 01 02. W czasie przekazywania Procedury do zastosowania oraz w czasie prowadzonych szkoleń zalecono personelowi medycznemu jednoznaczne stosowanie procedury dotyczącej odpadów o kodzie 18 01 03 w odniesieniu do odpadów o kodzie 18 01 02. Dodatkowo w Procedurze dla odpadów o kodzie 18 01 02 umieszczono zapis precyzujący zasady przechowywania i przekazywania ich do utylizacji. Procedury Higieniczne, w tym Procedura Nr 24 Postepowanie z odpadami, aktualizowane będą przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych w bieżącym roku.

Lp.	Nazwa Szpitala	Nieprawidłowość		Wyjaśnienia osób odpowiedzialnych za nieprawidłowości
		Określenie nieprawidłowości	Naruszony przepis ww. rozporządzenia	
8.	Brzeskie Centrum Medyczne w Brzegu	Odpady o kodzie 18 01 09 gromadzono do pojemnika w kolorze czerwonym, co było niezgodne z § 3 ust. 3 w związku z § 1 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia, według którego odpady medyczne o kodzie 18 01 09 zbiera się do worków jednorazowego użycia z materiału nieprzezroczystego w kolorze innym niż czerwony lub żółty, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, albo do pojemników wielokrotnego użycia.	§ 3 ust. 3 w związku z § 1 ust. 1 pkt 3	P.o Dyrektora BCM, Naczelna Pielęgniarka oraz Kierownik Działu Technicznego wyjaśnili, m.in., że leki przeterminowane o kodzie 18 01 09 przechowywane były w aptece tymczasowo pojemniku o kolorze czerwonym, natomiast oddawane były do utylizacji w workach koloru zielonego (zgodnie z procedurą).
		Na workach, w których zbierano i przechowywano odpady medyczne o kodzie 18 01 03*, nie zamieszczano danych identyfikujących siedzibę Szpitala a jedynie skrót nazwy oddziału Szpitala.	§ 4 pkt 2	P.o Dyrektora BCM, Naczelna Pielęgniarka oraz Kierownik Działu Technicznego wyjaśnili, m.in., że podczas aktualizacji instrukcji stanowiskowej – Postępowanie z odpadami medycznymi niebezpiecznymi w Brzeskim Centrum Medycznym mylnie zinterpretowano rozporządzenie i przyjęto, że siedzibą wytwórcy odpadu są oddziały szpitalne, komórki organizacyjne Brzeskiego Centrum Medycznego dlatego nie uwzględniono głównej siedziby jako wytwórcy odpadów medycznych.
		W wydzielonym pomieszczeniu przy ul. Mossora 1 przeznaczonym do magazynowania odpadów medycznych, dozowniki mydła i środka do dezynfekcji rąk oraz pojemnik na ręczniki jednorazowego użytku nie były napełnione.	§ 5 ust. 5	Pojemniki uzupełniono w trakcie prowadzonych oględzin.
		Transport wytworzonych w obiekcie Szpitala przy ul. Nysańskiej 4-6 odpadów medycznych o kodzie 18 01 03* do miejsca ich przechowywania w osobnym budynku oddalonym o 40 metrów w linii prostej, odbywała się ręcznie, tzn. worki przenoszono bez wykorzystania wózka, czy pojemnika do transportu.	§ 7 ust. 1 i ust. 2 w związku z § 1 ust. 1 pkt 1	P.o Dyrektora BCM, Naczelna Pielęgniarka oraz Kierownik Działu Technicznego podali, że w budynku szpitala przy ul. Nysańskiej w pomieszczeniu porządkowym znajdującym się na poziomie „0" umieszczono pojemnik zbiorczy służący do transportu odpadów medycznych niebezpiecznych z budynku szpitala do magazynu odpadów medycznych.
		Miejsce przeznaczone do dezynfekcji, mycia i przechowywania wewnątrzzakładowych środków transportu odpadów medycznych na jednej ze ścian posiadało widoczne ubytki farby i wykwity.	§ 8 ust. 2 pkt 1	P.o. Dyrektora BCM, Naczelna Pielęgniarka oraz Kierownik Działu Technicznego wyjaśnili, że pomieszczenie przeznaczone do dezynfekcji wewnątrzszpitalnych środków transportu odpadów medycznych jest intensywnie używane. Stąd też może zdarzyć się nieumyślne otarcie ściany. Zarysowana powierzchnia zewnętrzna ściany zostanie naprawiona w trybie przewidzianym na usuwanie tego typu usterek.

Lp.	Nazwa Szpitala	Nieprawidłowość		Wyjaśnienia osób odpowiedzialnych za nieprawidłowości
		Określenie nieprawidłowości	Naruszony przepis ww. rozporządzenia	
9.	Publiczny Samodzielny ZOZ Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu	W załączniku nr 10 do procedury określono sposób opisania worka, który był niezgodny z § 4 pkt 2 rozporządzenia, gdyż nie przewidywał wskazania siedziby wytwórcy odpadu, a zastosowany w procedurze skrót WCM nie identyfikował wytwórcy odpadów, w zakresie wymaganym ww. przepisem.	§ 4 pkt 2	Nie podano przyczyn nieprawidłowości.
10.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy	W Zakładzie Patomorfologii znajdował się wypełniony, nieoznaczony czerwony worek (na stelażu) oraz nieoznaczony metalowy pojemnik z czerwonym workiem. Na podłodze w sali sekcyjnej leżały trzy nieopisane kodem czerwone worki z odzieżą ofiar wypadków.	§ 4 pkt 1, 2, 3	Nie podano przyczyn nieprawidłowości.
		Odpady medyczne w dziewięciu komórkach organizacyjnych nie były zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych.	§ 5 ust. 2 pkt 2	Pielęgniarka Epidemiologiczna wyjaśniła m.in., że w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz Oddziale Dziecięcym brudowniki zostały zamknięte na klucz, a w przypadku pozostałych brudowników drzwi wymagają wymiany zamków, co zostanie wykonane w kwietniu br. Ponadto, podała, że stwierdzone nieprawidłowości dot. niezamkniętych brudowników i brak zabezpieczenia ich okien przed owadami wynikały z odmiennej interpretacji rozporządzenia w sprawie postępowania z odpadami, gdyż brudowniki nie zostały uznane za miejsce magazynowania odpadów, lecz jako miejsce tymczasowego przechowywania do czasu przewiezienia ich do pomieszczenia magazynowania odpadów.
		Brak zabezpieczenia przed dostępem owadów dotyczył 11 pomieszczeń, a w jednej (Stacja Dializ) nie było zabezpieczenia przed dostępem gryzoni.	§ 5 ust. 2 pkt 4	
		Drzwi wejściowe do sześciu pomieszczeń, w których składowano odpady posiadały próg.	§ 5 ust. 2 pkt 5	
		Brudowniki w czterech komórkach organizacyjnych nie posiadały wentylacji.	§ 5 ust. 2 pkt 7	

5.7. Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Minister Środowiska
8. Minister Sprawiedliwości
9. Minister Zdrowia
10. Minister Infrastruktury i Rozwoju
11. Prokurator Generalny
12. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
13. Sejmowa Komisja Odpowiedzialności Konstytucyjnej
14. Sejmowa Komisja Ochrony Środowiska, Zasobów Naturalnych i Leśnictwa
15. Sejmowa Komisja Zdrowia
16. Senacka Komisja Środowiska
17. Biuro Bezpieczeństwa Narodowego
18. Szef Centralnego Biura Antykorupcyjnego
19. Główny Inspektor Sanitarny
20. Główny Inspektor Ochrony Środowiska
21. Główny Inspektor Transportu Drogowego
22. Marszałkowie Województw