



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP- 4101-001-01/2014

P/14/055

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

ul. Krakowska 28, 45-075 Opole

T +48 77 449 70 00, F +48 77 449 70 44

lop@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/055 Postępowanie z odpadami medycznymi
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu
Kontroler	Agnieszka Roszczak-Fedorowicz, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 89245 z dnia 25 marca 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marek Piskozub - Dyrektor Szpitala ² (dowód: akta kontroli str. 3-4)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie³ działalność Szpitala w latach 2011-2013 w objętym kontrolą zakresie.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Ocenę pozytywną uzasadnia właściwa i skuteczna organizacja postępowania z odpadami medycznymi, prawidłowe ich ewidencjonowanie oraz sporządzanie wymaganych sprawozdań, a także zapewnienie odbioru i utylizacji takich odpadów przez wyspecjalizowany podmiot. Za wyjątkiem przekroczenia w 2011 r. dopuszczalnej ilości wytworzonych odpadów medycznych, przestrzegane były również warunki decyzji administracyjnych wydanych w tym zakresie przez Prezydenta Miasta Opola.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Legalność i skuteczność postępowania z odpadami medycznymi oraz przestrzeganie warunków decyzji administracyjnych w tym zakresie

Opis stanu faktycznego

1.1. Organizacja postępowania z odpadami medycznymi

1.1.1. W latach 2011-2013 Szpital posiadał uregulowany stan formalno-prawny w zakresie gospodarki odpadami medycznymi⁴. Stosownie do wytycznych wynikających z art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. *o odpadach*⁵ Szpital uzyskał pozwolenie na wytworzenie odpadów. W wydanej przez Prezydenta Miasta

¹ Dalej: Szpital lub WCM.

² Powołanie Dyrektora z dnia 28 czerwca 2011 r. na okres od 1 lipca 2011 r. do 30 czerwca 2017 r.

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

⁴ Grupa odpadów o kodzie 18 01 – odpady z diagnozowania, leczenia i profilaktyki medycznej.

⁵ Dz. U. z 2010 r. Nr 185, poz. 1243 ze zm. (uchylona 23 stycznia 2013 r.), dalej: *ustawa o odpadach z 2001 r.* Następnie *ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. Dz. U. z 2013 r., poz. 21 ze zm., dalej: ustawa o odpadach z 2012 r.* Zgodnie z przywołanym przepisem wytwórca odpadów zobowiązany jest do uzyskania pozwolenia na wytworzenie 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.

Opola w dniu 19 września 2007 r.⁶ decyzji w tym zakresie sklasyfikowano rodzaje wytwarzanych przez Szpital odpadów oraz określono ich dopuszczalne ilości (w skali rocznej), tj.:

a) od 2011 r. do września 2012 r. pozwolenie na wytwarzanie odpadów niebezpiecznych o kodzie 18 01(...) obejmowało: (kod 18 01 02*) części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania w ilości 1,5 Mg/rok, (kod 18 01 03*) inne odpady, zawierające żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny oraz inne formy zdolne do przeniesienia materiału (...) – 180,00 Mg/rok, (kod 18 01 06*) chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, zawierające substancje niebezpieczne – 0,500 Mg/rok, (kod 18 01 08*) – leki cytotoksyczne i cytostatyczne⁷ – 0,010 Mg/rok,

b) od września 2012 r. pozwolenie na wytwarzanie odpadów o kodzie 18 01(...) dotyczyło tych samych odpadów, lecz zmianie uległa ich ilość. Za wyjątkiem odpadów o kodzie 18 01 03* nastąpił wzrost ilości rocznej odpadów o kodach: 18 01 02* do 3,70 Mg/rok, 18 01 06* do 1,50 Mg/rok i 18 01 08* do 0,03 Mg/rok.

Dokona w dniu 16 września 2009 r. zmianę pozwolenia na wytwarzanie odpadów dopuszczając wytwarzanie w ciągu roku ww. odpadów niebezpiecznych⁸ w ilości 182,01 Mg (stanowiących 94,2% wszystkich odpadów niebezpiecznych), a zmianę z dnia 10 września 2012 r. - w ilości do 185,23 Mg (stanowiących 96% wszystkich odpadów niebezpiecznych). W związku ze zmianą interpretacji przepisów dotyczących wytwarzania odpadów przez szpital, w zakresie dotyczącym definiowania instalacji w przepisach ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. *Prawo ochrony środowiska*⁹, Prezydent Miasta Opola nie dokonał w 2013 r. wnioskowanej przez WCM zmiany dotychczasowej decyzji, w zakresie obejmującym dodatkowe odpady wytwarzane w tym podmiocie.

W zakresie sposobu zbierania odpadów medycznych Szpital przestrzegał warunków określonych w pozwoleniach. Miejszem gromadzenia odpadów był drugi poziom Szpitala, do którego codziennie zwożone były odpady czerwonymi wózkami, z każdego miejsca ich wytwarzania. Odpady medyczne przekazywane były bezpośrednio do unieszkodliwienia termicznego. Nie stwierdzono zalegania odpadów na tym poziomie, ani też w miejscach ich powstawania.

(dowód: akta kontroli str. 23-49,75-77, 209, 253-254)

Szpital nie prowadził działalności w zakresie transportu oraz unieszkodliwiania odpadów w związku z przekazaniem w dniu 31 października 2007 r.¹⁰ obiektu i urządzeń spalarni znajdującej się na terenie Szpitala dzierżawcy - Firmie Usługowo Handlowej „EKO-TOP” Spółka z o. o. z Rzeszowa¹¹.

Zawarta z tym podmiotem umowa, oprócz dzierżawy ww. składników majątkowych, obejmowała m.in. świadczenia w zakresie usług utylizacji odpadów medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 50-66)

1.1.2. Szpital zgodnie z wymogami § 9 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30 lipca 2010 r. w *sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi*¹² posiadał opracowaną i zatwierdzoną przez dyrektora Szpitala szczegółową procedurę postępowania z odpadami medycznymi pn. *Procedura*

⁶ Decyzja nr OŚR-I.EB.7660/42/2007. Decyzja ta została następnie zmieniona decyzją nr OŚR-I.EB.7660-78/09 z dnia 16.09.2009 r. i decyzją nr OŚR-I.6221.28.2012.IZ z dnia 10.09.2012 r.

⁷ Odpad medyczny nie wytwarzany w WCM, gdyż nie otworzono zamierzonej Poradni Cytostatycznej.

⁸ Łączna ilość odpadów niebezpiecznych wynikająca z pozwolenia z 16 września 2009 r. wynosiła 193,270 Mg/rok, następnie 192,67 Mg/rok.

⁹ Dz. U. z 2013 r., poz. 1232 ze zm.

¹⁰ Umowa nr 182/2007 z dnia 31 października 2007 r. wraz z aneksami nr 1-6. Wykonawca wyłoniony w ramach przetargu nieograniczonego.

¹¹ Dalej: FHU „EKO-TOP” Sp. z o. o.

¹² Dz. Nr 139, poz. 940, dalej: rozporządzenie MZ z 30 lipca 2010 r.

ochrony środowiska - Zarządzanie środowiskiem opieki EP-15-WCM-ŚO-13-Zasady postępowania z odpadami¹³. Obejmowała ona szczegółowe zasady postępowania z odpadami medycznymi, w tym zasady postępowania z odpadami w miejscach ich wytwarzania, segregacji, miejscu i sposobie ich gromadzenia i przekazywania do utylizacji.

Cele wprowadzonej w WCM *Procedury ochrony środowiska* dotyczyły utrzymania na możliwie niskim poziomie ilości wytwarzanych odpadów, zapewnienie bezpieczeństwa osobom zatrudnionym w miejscu powstawania i transportu odpadów oraz zmniejszenie zagrożenia dla środowiska.

(dowód: akta kontroli str. 78-121)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w załączniku nr 10 do ww. procedury określono sposób opisanie worka, który był niezgodny z § 4 pkt 2 rozporządzenia MZ z 30.07.2010 r., gdyż nie przewidywał wskazania siedziby wytwórcy odpadu, a zastosowany w procedurze skrót WCM nie identyfikował wytwórcy odpadów, w zakresie wymaganym ww. przepisem.

(dowód: akta kontroli str. 78-121)

1.1.3. W okresie objętym kontrolą Szpital nie realizował inwestycji związanych z unieszkodliwianiem odpadów medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 11)

1.1.4. W ww. okresie w WCM przeprowadzono łącznie 17 szkoleń¹⁴ wewnętrznych obejmujących m.in. zasady postępowania z odpadami oraz wdrażanie stosownej procedury. Szkolenia te prowadzone były przez pracowników Szpitala (m.in. pielęgniarkę koordynującą-nadzorującą, oddziałowe, kierownika centralnej sterylizatorni).

Nie stwierdzono zlecenia podmiotom zewnętrznym zadań związanych z przeprowadzaniem szkoleń w zakresie zasad postępowania z odpadami.

(dowód: akta kontroli str. 11-12, 50-59, 138-171)

1.1.5. W latach 2011-2013 pracownicy Państwowego Powiatowego Inspektoratu Sanitarnego w Opolu dwukrotnie¹⁵ przeprowadzili w WCM kontrole dotyczące postępowania z odpadami¹⁶. Kontrole te nie stwierdziły nieprawidłowości w tym obszarze.

(dowód: akta kontroli str. 14)

1.1.7. Wprowadzony w Szpitalu system kontroli zarządczej, o którym mowa w art. 68-69 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. *o finansach publicznych*¹⁷, obejmował działania dotyczące postępowania z odpadami medycznymi. W dwóch zarządzeniach Dyrektora WCM z dnia 15 października 2012 r.: nr 110/2012¹⁸ *w sprawie wprowadzenia Regulaminu Kontroli Zarządczej* i nr 111/2012¹⁹ *w sprawie zarządzania ryzykiem (...)* wskazano m.in. cele kontroli zarządczej - ustalenie stanu faktycznego i dostarczenie Dyrektorowi WCM zapewnienia o prawidłowości postępowania w obszarze gospodarki odpadami, dokonanie oceny adekwatności, skuteczności i efektywności kontroli zarządczej w tym obszarze ryzyka. Wskazano, również, iż ryzykiem w obszarze systemu będącego przedmiotem kontroli jest prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń związanych z niewłaściwą organizacją,

¹³ Dalej: *Procedura ochrony środowiska*.

¹⁴ W 2011 r. - 2 szkolenia, w 2012 r. - 4 szkolenia, w 2013 r. - 11 szkoleń.

¹⁵ Przeprowadzone kontrole przez PPIS odbyły się w dniach: 7.11.2012 r. i 20.09.2013 r.

¹⁶ Stan techniczny i porządkowy pomieszczeń gospodarki odpadami, obrót bielizną, stosowanie zasad dezynfekcji, profilaktyka zakażeń zakaźnych.

¹⁷ Dz. U. z 2013 r. poz. 885 ze zm.

¹⁸ Wcześniej Zarządzenie Dyrektora WCM nr 11/2010 z dnia 18.02.2010 r.

¹⁹ Wcześniej Zarządzenie Dyrektora WCM nr 31/2007 z dnia 19.09.2007 r.

zasadami postępowania z odpadami oraz nieprawidłowości w zakresie dokumentacji i ewidencji księgowej w tym zakresie.

Ponadto w Procedurze ochrony środowiska wyszczególnione zostały działania podejmowane dla ograniczenia prawdopodobieństwa i skutków wystąpienia nieprawidłowości w zakresie działań dotyczących postępowania z odpadami medycznymi, określony został również m.in. sposób kontroli przebiegu procedury, a także wskazano osobę nadzorującą jej przestrzeganie.

W okresie objętym kontrolą zadania związane z realizacją obowiązków z zakresu ochrony środowiska, w tym postępowania z odpadami medycznymi przypisane zostały dwóm pracownikom Szpitala, a także koordynatorowi ds. systemu zarządzania środowiskiem. Nadzór powierzono Zastępcy Dyrektora ds. Eksploatacyjno-Technicznych.

Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej odpowiadało stanowi faktycznemu²⁰.

(dowód: akta kontroli str.13, 78-121, 123-137, 187-191)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość.

W 2011 r. w WCM wytworzonych zostało o 0,725 Mg²¹ więcej odpadów o kodzie 18 01 02* niż przewidziane to zostało w decyzji wydanej w dniu 16 września 2009 r. przez Prezydenta Miasta Opola. Powyższe, wg wyjaśnień Zastępcy Dyrektora, wynikało z poprawy segregacji odpadów o kodach 18 01 02* i 18 01 03*.

Wskutek wzrostu ww. odpadów w dniu 25 lipca 2012 r. złożony został wniosek do Prezydenta Miasta Opola o zmianę limitu wytwarzanych odpadów.

(dowód: akta kontroli str.15, 32-40, 41-49)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie.

1.2. Działalność Szpitala w zakresie unieszkodliwiania odpadów medycznych, ich ewidencjonowanie i sprawozdawczość.

Opis stanu
faktycznego

1.2.1. Ilość i rodzaj wytworzonych na terenie Szpitala odpadów medycznych segregowanych według klasyfikacji określonej w rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 27 września 2001 r. w sprawie katalogu odpadów²², a następnie przekazanych do utylizacji wynosiła:

- w 2011 r. przekazano łącznie 152,8 Mg odpadów (kod 18 01 02 – 2,225 Mg, 18 01 03 – 150,370 Mg, 18 01 06 - 0,205 Mg),
- w 2012 r. przekazano łącznie 149,138 Mg odpadów (kod 18 01 02 – 3,482 Mg, 18 01 03 – 145,244 Mg, 18 01 06 - 0,412 Mg),
- w 2013 r. przekazano łącznie 159,3 Mg odpadów (180102 – 4,718 Mg, 180103 – 153,985 Mg, 180106 – 0,597 Mg).

(dowód: akta kontroli str. 15)

1.2.2. WCM nie przyjmował do unieszkodliwiania odpadów medycznych od innych podmiotów leczniczych.

(dowód: akta kontroli str. 21-22)

1.2.3. Szpital w trakcie kontroli NIK (9 kwietnia 2014 r.²³), wystąpił z wnioskiem do FUH „EKO-TOP” Sp. z o. o. o wydanie za każdy miesiąc, począwszy od marca 2014 r., dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie wytworzonych przez Szpital

²⁰ Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej z dnia 29.04.2013 r.

²¹ W 2011 r. wytworzono 2,225 Mg odpadów w kodzie 180102, w pozwoleniu dopuszczono 1,5 Mg.

²² Dz. U. Nr 112, poz. 1206.

²³ W dniu 3 kwietnia 2014 r. e-mail do Firmy Usługowo Handlowej „EKO-TOP” Sp. z o. o. z Rzeszowa o wydanie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie wytworzonych przez Szpital odpadów medycznych.

odpadów medycznych zgodnie z wytycznymi art. 95 ust. 4 i 5 ustawy o odpadach z 2012 r.²⁴ Do dnia 17 kwietnia 2014 r. Szpital nie otrzymał odpowiedzi.

Zastępca Dyrektora ds. Eksploatacyjno-Technicznych wskazał, iż w związku z tym, iż rozporządzenie Ministra Środowiska w sprawie wzoru dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych Dz. U. z 2014 r. poz. 107 weszło w życie 22 lutego 2014 r. należy uznać, że pierwszym miesiącem, za który powinien być wystawiony dokument potwierdzający unieszkodliwienie odpadów zakaźnych jest marzec 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 20, 173-176)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zauważył, iż przejawem rzetelnego postępowania Szpitala powinno być podjęcie działań, w celu uzyskania informacji o unieszkodliwieniu odpadów (nawet pomimo braku wzoru tego dokumentu w okresie od 23 stycznia 2013 do 22 lutego 2014 r.) tak aby mógł on udowodnić, że zostały one nie tylko unieszkodliwione we właściwy sposób (zgodny z zasadami gospodarki odpadami), ale również aby zwolnić wytwórcę odpadów zakaźnych z odpowiedzialności za zbieranie i przetwarzanie tych odpadów w myśl art. 27 ust. 5 ww. ustawy.

Opis stanu
faktycznego

1.2.4. Badanie sposobu zbierania odpadów medycznych przed poddaniem ich procesowi unieszkodliwiania oraz sposobu transportu odpadów medycznych na terenie Szpitala wykazało, iż przestrzegano wymogi określone w §§ 3, 4, 7, 8 rozporządzenia MZ z dnia 30 lipca 2010 r. Kontrola ustaliła, że:

a) wprowadzono segregację odpadów na: odpady o kodach 18 01 02*, 18 01 03* do worków w kolorze czerwonym, odpady o kodach 18 01 06* do worków w kolorze żółtym (§ 3 ust. 1, 2 i 3), worki jednorazowego użycia umieszczane były na stelażach, a odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach zbierano do pojemników jednorazowego użycia, sztywnych, odpornych na działanie wilgoci, mechanicznie odpornych na przekłucie bądź przecięcie. Worki były wypełnione do 2/3 ich objętości (§ 3 ust. 4–6). Pojemniki i worki z odpadami medycznymi po ich zamknięciu posiadały widoczne oznakowanie identyfikujące: kod przechowywanych odpadów, adres wytwórcy odpadu, datę zamknięcia (§ 4 ust. 1-3). Pojemniki i worki były wymieniane codziennie w każdym miejscu powstania odpadów (§ 3 ust. 7) w godzinach od 11.00 do 12.00,

b) transport wewnętrzny odpadów medycznych z miejsca powstawania do miejsca odbioru odbywał się środkami transportu przeznaczonymi wyłącznie do tego celu (windą przewożów wewnątrznych czerwonymi wózkami przewożącymi pojemniki zamykane). Transport wykonywany był w sposób uniemożliwiający uszkodzenie worka lub pojemnika²⁵ (§ 7 ust. 1-3),

c) w Szpitalu wyznaczono miejsce przeznaczone do dezynfekcji, mycia i przechowywania wewnętrznych środków transportu. Miejsce to posiadało: ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję, dostęp do wody bieżącej z możliwością jej odprowadzenia do kanalizacji, możliwość swobodnego wjazdu i wyjazdu środka transportu wewnętrznego odpadów medycznych oraz dostępu pracowników obsługi (§ 8 ust. 1 i 2 pkt. 1-3).

(dowód: akta kontroli str. 74-77)

1.2.5. W Szpitalu prowadzono ewidencję odpadów medycznych wytwarzanych i przekazywanych do unieszkodliwienia stosownie do wytycznych art. 36 ust.1

²⁴ Zgodnie z art. 95 ust. 13 ustawy o odpadach Minister Ochrony Środowiska wydał rozporządzenie z dnia 13 stycznia 2014 r. w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych Dz. U. z 2014 r. poz. 107 (obowiązujące od 22 lutego 2014 r.)

²⁵ Przejazd windą wewnętrzną, a następnie korytarzem w podziemiu szpitala na wózek akumulacyjny z czerwoną plandeką (przeładowanie) i bezpośredni wyjazd do spalarni na terenie Szpitala

i ust. 4 ustawy o odpadach z 2001 r. i art. 66 ust. 1 oraz art. 67 ust. 1 i 70 ust. 1 ustawy o odpadach z 2012 r.

Badanie ewidencji odpadów z II półrocza 2011 r., 2012 r. i 2013 r. wykazało, że ewidencja ta prowadzona była w oparciu o karty ewidencji odpadów medycznych wytwarzanych i przekazywanych do unieszkodliwienia i karty przekazania odpadu (dla każdego rodzaju odpadu oddzielnie). Karty ewidencji odpadu odpowiadały wzorowi określonymu w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 8 grudnia 2010 r. w sprawie wzoru dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów²⁶, a karty ewidencji przekazania odpadu odpowiadały wzorowi określonymu w załączniku nr 5 do ww. rozporządzenia. Karty przekazania odpadów były codziennie potwierdzane przez odbiorcę odpadów, tj. FUH „EKO-TOP” Sp. z o.o.

(dowód: akta kontroli str. 228-252)

1.2.6. W latach 2011-2013 Szpital, stosownie do wytycznych art. 37 ustawy o odpadach z 2001 r. i art. 237 ustawy o odpadach z 2012 r., przekazywał terminowo²⁷ (do 15 marca za poprzedni rok) Marszałkowi Województwa Opolskiego zbiorcze zestawienie danych o wytwarzanych odpadach oraz o sposobie gospodarowania wytworzonymi odpadami. Dane zawarte w sprawozdaniach, za wyjątkiem opisanych poniżej różnic, odzwierciedlały dane zawarte w ewidencji odpadów.

(dowód: akta kontroli str. 19, 122)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowości polegające na występowaniu różnicy pomiędzy ilością odpadów wykazanych w ewidencji, a ilością wykazaną w sprawozdaniach. W sprawozdaniach wykazywano zaniżone ilości odpadów, tj.: w 2011 r. nie wykazano 0,002 Mg, w 2012 r. 0,198 Mg, a w 2013 r. 0,247 Mg²⁸. Różnice te stanowiły od 0,00013% do 0,15% łącznej ilości wykazanych odpadów niebezpiecznych o kodach 180102*, 10103*, 180106*. Powyższe, wg Zastępcy Dyrektora ds. Eksploatacyjno-Technicznych wynikało z pomyłek rachunkowych.

(dowód: akta kontroli str. 19, 122, 210, 211-227)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli, z uwagi na nieznaczną skalę stwierdzonych nieprawidłowości, ocenia pozytywnie działalność Szpitala w badanym okresie.

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

Opis stanu
faktycznego

1.3.1. Szpital w dniu 31 października 2007 r. zawarł umowę z FUH „EKO-TOP” Sp. z o. o. na utylizację odpadów medycznych w ilości 1 152 tony w dzierżawionej od Szpitala spalarni. Umowa ta zawarta została na okres ośmiu lat, a w latach 2011-2013 była sześciokrotnie zmieniana²⁹. Zawierane aneksy dotyczyły głównie zmian wysokości czynszu dzierżawnego, podatku od nieruchomości oraz opłat za korzystanie z mediów. Ponadto wprowadzono zobowiązanie dotyczące konieczności odbioru przez FUH „EKO-TOP” Sp. z o. o. odpadów medycznych w przypadku braku możliwości unieszkodliwienia odpadów w dzierżawionej spalarni. Wynagrodzenie wykonawcy ustalono na kwotę 1 601 280 zł brutto (cena spalania 1 kg odpadów w okresie objętym kontrolą wynosiła 1,30 netto). W umowie

²⁶ Dz. U. Nr 249, poz. 1673.

²⁷ Sprawozdania przekazano kolejno w dniach: 14.03.2011 r., 12.03.2012 r., 22.02.2013 r., 13.03.2014 r.

²⁸ W 2011 r. w ewidencji 152,800 Mg w sprawozdaniu 152,802 Mg, w 2012 r. w ewidencji 149,158 Mg w sprawozdaniu 148,940 Mg, w 2013 r. w ewidencji 159,300 Mg w sprawozdaniu 159,547 Mg.

²⁹ Aneks nr 1 z dnia 30.06.2008 r., Aneks nr 2 z 010.11.2011 r., Aneks nr 3 z 10.01.2010 r., Aneks nr 4 z 31.10.2011 r., Aneks nr 5 z 18.12.2013 r. i Aneks nr 6 z 23.01.2014 r.

uwzględniono zasadę bliskości, określoną w art. 9 ustawy o odpadach z 2001 r. i w art. 20 ustawy o odpadach z 2012 r., gdyż spalarnia znajdowała się na terenie Szpitala. W §§ od 9-14 umowy zabezpieczono interesy Szpitala wskazując obowiązki Spółki i kary za nienależyte wykonanie umowy, w tym m.in. obowiązek poddania się kontrolom zewnętrznym, odbioru odpadów codziennie w godzinach od 11.00 do 12.00, w przypadku awarii spalarni natychmiastowego powiadomienia Szpitala, prowadzenia ilościowej i jakościowej ewidencji odpadów, przyjmowania, ważenia i ewidencjonowania odpadów zgodnie z wymogami (...), potwierdzania na „Karcie Przekazania Odpadu” ilości przekazanych odpadów oraz rozliczenia (...), utylizowania odpadów zgodnie z przepisami i wymogami sanitarno-epidemiologicznymi (...). Zobowiązano również Spółkę do posiadania zezwolenia na prowadzenie działalności w zakresie zbierania, transportu, unieszkodliwiania i magazynowania pozyskanych odpadów niebezpiecznych (...).

(dowód: akta kontroli str. 50-66)

1.1.3.2. W ramach niniejszej kontroli odstąpiono od badania procedury przetargowej związanej z utylizacją odpadów i dzierżawą spalarni z uwagi na fakt zawarcia umowy w 2007 r.

(dowód: akta kontroli str. 50)

1.1.3.3. Odbiorca odpadów medycznych Szpitala (zgodnie zawartą umową z dnia 31 października 2007 r.) w latach 2011-2013 posiadał ważne zezwolenia Marszałka Województwa Opolskiego w zakresie transportu i unieszkodliwiania odpadów, tj.:

- pozwolenie na wytwarzanie odpadów na terenie spalarni odpadów medycznych (...) oraz prowadzenie działalności w zakresie unieszkodliwiania odpadów przez termiczne przekształcanie odpadów (...)³⁰,
- pozwolenie na wprowadzanie gazów i pyłów do powietrza z instalacji termicznego przekształcania odpadów medycznych (...)³¹,
- pozwolenie na prowadzenie działalności w zakresie zbierania zakaźnych odpadów medycznych i zakaźnych odpadów weterynaryjnych odbieranych od wytwórców z terenu Województwa Opolskiego³²,

a także pozwolenie Marszałka Województwa Podkarpackiego na transport odpadów medycznych w Polsce³³.

(dowód: akta kontroli str.12, 177-186)

1.1.3.4. W okresie objętym kontrolą koszt Szpitala związany z utylizacją odpadów przedstawiał się następująco:

a) koszt odbioru i unieszkodliwiania odpadów w danym roku, w przeliczeniu na 1 Mg w zł, wynosił niezmiennie 1 404,00 zł³⁴,

b) koszt ogółem odbioru i unieszkodliwiania odpadów³⁵ w danym roku ogółem wynosił: 214 534,05 zł w 2011 r., 209 437,45 zł w 2012 r. i 223 530,83 zł w 2013 r. Na wysokość ponoszonych przez Szpital w poszczególnych latach ww. kosztów³⁶ bezpośredni wpływ miał zakres prowadzonej w Szpitalu działalności leczniczej, w wyniku której powstawały odpady medyczne.

(dowód: akta kontroli str. 17)

³⁰ Decyzja Marszałka Województwa Opolskiego - DOŚ.IV.MK.7638-1-108/10 z 15.03.2011 r. (zm. 14.02.2012 r. i 17.12.2013 r.). Pozwolenie obowiązuje na czas określony, tj. do dnia 14.03.2021 r.

³¹ Decyzja Marszałka Województwa Opolskiego - DOŚ.III.BG.7637-14/10 z 16.03.2011 r. (zm. 17.12.2013 r.). Pozwolenie obowiązuje na czas określony, tj. do dnia 15.03.2021 r.

³² Decyzja Marszałka Województwa Opolskiego nr DOŚ-IV.7244.2.2.2013.DP z dnia 09.12.2013 r. Pozwolenie obowiązuje na czas określony, tj. do dnia 08.12.2014 r.

³³ Decyzja Marszałka Województwa Podkarpackiego - OŚ-III.7221.20.12.MM z 30.11.2012 r. zm. z 21.01.2013 r.

³⁴ 1 404 zł – (1,30 zł netto za kilogram odpadu + 8% podatku Vat).

³⁵ W latach 2011-2013 koszt ten wynosił łącznie 647 502,33 zł.

³⁶ Spadek kosztów o 2,37 % w roku 2012 (w odniesieniu do 2011 r.) i wzrost o 6,73% w 2013 r. (w odniesieniu do 2012 r.).

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala w badanym okresie.

IV. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Opolu.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Opole, dnia 26 maja 2014 r.

Kontroler
Agnieszka Roszczak-Fedorowicz
Specjalista kp

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu

.....
podpis

.....
podpis