



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Rzeszowie

LRZ.411.008.02.2015  
K/15/007

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

## I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli K/15/007 – Sposób realizacji wniosków skierowanych po kontroli *Postępowanie z odpadami medycznymi (P/14/055)*.

Jednostka przeprowadzająca kontrolę Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie

Kontroler Paweł Rakowski, starszy inspektor k.p., upoważnienie do kontroli nr 99010 z dnia 2 grudnia 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 1-2)

Jednostka kontrolowana Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu<sup>1</sup>.

Kierownik jednostki kontrolowanej Pani Małgorzata Dankiewicz, p.o. Dyrektora Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu. Poprzednio w okresie objętym kontrolą<sup>2</sup> (do dnia 16 lipca 2015 r.) Dyrektorem był Pan Sławomir Porada.

(dowód: akta kontroli str. 3-4)

## II. Ocena kontrolowanej działalności

### Ocena ogólna

Uzasadnienie oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości<sup>3</sup> działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

Formułując powyższą ocenę Najwyższa Izba Kontroli wzięła pod uwagę sposób realizacji wniosków, skierowanych do Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu po kontroli *Postępowanie z odpadami medycznymi* przeprowadzonej 2014 roku, zawartych w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 23 maja 2014 r.<sup>4</sup>

Szpital przedstawił korektę zbiorczego zestawienia wytworzonych odpadów za lata 2011-2013 oraz terminowo przedstawił takie zestawienie za rok 2014, które przedstawiało w zakresie odpadów medycznych dane zgodne z prowadzoną ewidencją. Wprowadzono także procedury mające na celu prawidłową segregację wytworzonych odpadów o kodzie 18 01 82\* *Pozostałości z żywienia pacjentów z oddziałów zakaźnych*. Przyjęto również rozwiązania mające na celu usprawnienie procedur kontroli zarządczej, tak, aby ograniczyć ryzyko występowania nieprawidłowości w gospodarowaniu odpadami medycznymi. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli nie zostały one jeszcze całkowicie wdrożone. Świadczą o tym stwierdzone uchybienia w sposobie prowadzenia ewidencji odpadów o kodzie 18 01

<sup>1</sup> Określone dalej także jako Szpital.

<sup>2</sup> 2014 (od daty udzielenie odpowiedzi na wystąpienie pokontrolne) - 2015, z uwzględnieniem zdarzeń wcześniejszych i późniejszych, o ile miały wpływ na kontrolowaną działalność.

<sup>3</sup> Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie

<sup>4</sup> LRZ-4101-001-03/2014, P/14/055.

82\* dotyczące stosowania w 2015 r. nieaktualnych wzorów ewidencji odpadów, a także sposobu wypełniania tych kart.

Ponadto, w ocenie NIK ewidencja odpadów o kodzie 18 01 82\* za 2 miesiące (lipiec 2014 r. oraz maj 2015 r.) była niezetelna, ponieważ nie wykazano w niej w ogóle takich odpadów. Jednocześnie, w pozostałych miesiącach lat 2014 (od maja) i 2015 odpady takie ewidencjonowano w ilości rocznie odpowiednio 0,125 Mg i 0,158 Mg. Liczba pacjentów Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego w okresie maj 2014 r. – grudzień 2015 r. pozostawała na podobnym poziomie.

Szpital posiadał pisemne umowy dotyczące odbioru odpadów medycznych, przy czym ponownie – podobnie jak w kontroli z 2014 r. – stwierdzono brak ciągłości tych umów. W ocenie NIK, mając w szczególności na uwadze charakter odpadów medycznych oraz rygory w zakresie postępowania z nimi, Szpital winien zabezpieczyć ciągłość umów, określając w nich na piśmie prawa i obowiązki stron.

Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli obowiązujące w Szpitalu procedury postępowania z odpadami medycznymi umożliwiają bezpieczną gospodarkę takimi odpadami.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego**

Opis stanu  
faktycznego

W wystąpieniu pokontrolnym z dnia 23 maja 2014 r. Najwyższa Izba Kontroli wniosła o skorygowanie zbiorczych zestawień danych o wytworzonych odpadach przekazywanych za lata 2011-2013 Marszałkowi Województwa Podkarpackiego oraz przekazywanie temu organowi rzetelnych danych o rodzajach i ilości wytwarzanych odpadów oraz zapewnienie prawidłowej segregacji odpadów medycznych o kodzie 18 01 82\* - *Pozostałości z żywienia pacjentów z oddziałów zakaźnych*.

Ponadto Najwyższa Izba Kontroli, w uwagach wskazała na słabość kontroli zarządczej, a także na fakt, iż z uwagi na charakter usług i rygory postępowania z odpadami medycznymi, wynikające z obowiązujących przepisów, właściwym jest zapewnienie ciągłości umów określających na piśmie prawa i obowiązki stron w zakresie ich odbioru.

O sposobie realizacji wniosków i uwag NIK została poinformowana przez Szpital pismem z dnia 12 czerwca 2014 r., w którym wskazano, że:

- sporządzono i przekazano do Marszałka Województwa Podkarpackiego korektę zbiorczych zestawień danych o rodzajach i ilości odpadów wytworzonych w latach 2011-2013,
- wprowadzono segregację odpadów na Oddziale Zakaźnym uwzględniającą odpady o kodzie 18 01 82\*.

Ponadto wskazano na podjęte działania celem wyeliminowania błędów rachunkowych oraz poszerzenie nadzoru nad sprawozdawczością dotyczącą wytwarzanych przez Szpital odpadów medycznych, poprzez wyposażenie pracowników Działu Techniczno – Gospodarczego w kalkulatory, a także wprowadzenie dodatkowego szczebla kontroli w zakresie rzetelności danych zawartych w sprawozdaniach przesyłanych do Marszałka.

Powyższe informacje odnosiły się do sposobu wykorzystania uwag w zakresie poprawy skuteczności kontroli zarządczej, brak było natomiast informacji o sposobie wykorzystania uwagi odnośnie zapewnienia ciągłości umów na odbiór odpadów medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 5-6,146-159)

## **1. Zbiorcze zestawienia danych o wytworzonych odpadach przekazywane Marszałkowi Województwa Podkarpackiego za lata 2011-2013 oraz zagadnienia kontroli zarządczej i ciągłości umów na odbiór odpadów medycznych.**

1-2. W Szpitalu funkcjonuje Księga procedur i instrukcji systemu zarządzania jakością, oparta na normie ISO 9001:2009 w zakresie postępowania z odpadami medycznymi. Zgodnie z tą procedurą, odpady medyczne o kodach 18 01 02\*, 18 01 03\* i 18 01 82\* należy zbierać do worków jednorazowego użytku koloru czerwonego, które po napełnieniu do 2/3 ich objętości należy usuwać do magazynu odpadów niebezpiecznych – nie rzadziej niż raz dziennie, a odpady te, według treści umowy z firmą, która je unieszkodliwia, są odbierane 3 razy w tygodniu.

(dowód: akta kontroli str. 11-20)

Ponadto w dniu 30 maja 2014 r. wprowadzono *Instrukcję postępowania z resztkami pokonsumpcyjnymi pacjentów oddziału*, w której uszczegółowiono zasady postępowania z pozostałościami z żywienia pacjentów Oddziału Obserwacyjno – Zakaźnego, jako odpadami niebezpiecznymi.

Tego samego dnia przeprowadzono również szkolenie wewnątrzoddziałowe na wskazanym oddziale, w zakresie postępowania z odpadami medycznymi.

(dowód: akta kontroli str. 7-20)

Szpital zawarł pisemną umowę w sprawie odbioru odpadów medycznych w dniu 2 lipca 2014 r. na okres jednego roku, tj. do 2 lipca 2015 r. Kolejna umowa w tym zakresie została zawarta w dniu 20 lipca 2015 r.

W kwestii braku ciągłości umów na odbiór i utylizację odpadów medycznych w 2015 roku Pani Małgorzata Dankiewicz – p.o. Dyrektora Szpitala podała: *Pomiędzy okresem obowiązywania umowy Nr 58/2014 z dnia 02.07.2014 r., która wygasa w dniu 02.07.2015 r., a Umową Nr 55/2015 z dnia 20.07.2015 r. jest 17 dniowa przerwa.*

*Ciągłość umów nie została zachowana z uwagi na brak możliwości podpisania kolejnej umowy przez osobę upoważnioną do tego rodzaju czynności. Spowodowane to zostało rezygnacją z pracy przez ówczesną Dyрекcję COM tj. rozwiązaniem umów o prace zarówno przez z-cę Dyrektora ds. ekonomiczno-technicznych jak i dyrektora naczelnego.*

*Nowa umowa z dnia 20.07.2015 r. została podpisana przez p.o. Dyrektora COM w Jarosławiu bezpośrednio po przyjęciu zmian do Krajowego Rejestru Sądowego dotyczących działu 2, rubryka 1, które dotyczą zmian Organu uprawnionego do reprezentacji zakładu.*

*W okresie od 3 lipca do 19 lipca 2015 r. usługi w zakresie odbioru i utylizacji odpadów medycznych zlecane były dotychczasowemu wykonawcy na podstawie art. 4 pkt 8 w związku z art. 6a Pzp, na podstawie umowy ustnej z zachowaniem obowiązujących stawek w poprzedniej umowie. Działania te nie wyrządziły Szpitalowi szkody, wręcz przeciwnie spowodowały oszczędności, ponieważ stawki uwidocznione w kolejnej umowie zawartej po przeprowadzonym postępowaniu przetargowym były wyższe.*

(dowód: akta kontroli str. 140-141)

3. Korekta zbiorczych zestawień dotycząca ilości wytworzonych w Szpitalu odpadów medycznych za lata 2011-2013 została sporządzona i przekazana Marszałkowi Województwa Podkarpackiego za pismem z dnia 12 czerwca 2014 r.

Załączniki do powołanego pisma stanowiły *zbiorcze zestawienia danych o rodzaju i ilości wytworzonych odpadów przez Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu, za lata 2011, 2012 i 2013. Według zestawienia za 2011 rok skorygowano ilości odpadów o kodzie 18 01 02\*. W 2012 roku skorygowano podane ilości odpadów o kodzie 18 01 03\*, a za 2013 rok, o kodzie 18 01 09\**.

(dowód: akta kontroli str. 21-25)

4. Zbiorcze zestawienie danych i rodzajach i ilości wytworzonych odpadów za 2014 r. przekazano Marszałkowi Województwa Podkarpackiego w dniu 11 marca 2015 r., tj. z zachowaniem terminu wynikającego z art. 237 ust. 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach<sup>5</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 26-29)

5. Dane w zbiorczym zestawieniu danych o rodzajach i ilościach wytworzonych odpadów medycznych za 2014 rok odpowiadały ilościom wykazanym w poszczególnych kartach ewidencji odpadu. W zestawieniu tym uwzględniono odpady o kodzie 18 01 82\*.

(dowód: akta kontroli str. 30-58)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

W kontroli ustalono, że w 2015 roku nie zachowano ciągłości umów w zakresie odbioru i unieszkodliwiania odpadów medycznych wytworzonych w Szpitalu. Pomimo, iż nie stanowiło to naruszenia prawa, to jednak z uwagi na charakter odpadów medycznych, a także rygoru w zakresie postępowania z nimi, ich odbiór winien zostać zabezpieczony w sposób ciągły, poprzez umowy określające na piśmie prawa i obowiązki stron.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

## 2. Procedura segregacji odpadów o kodzie 18 01 82\*.

Opis stanu  
faktycznego

1. Według art. 66 ust. 1 ustawy o odpadach, posiadacz odpadów jest obowiązany do prowadzenia na bieżąco ich ilościowej i jakościowej ewidencji zgodnie z katalogiem odpadów.

Odpady medyczne o kodzie 18 01 82\* zostały w Szpitalu, w ramach prowadzonej ewidencji odpadów medycznych, wyodrębnione od maja 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 35-36)

2. We wskazanej wcześniej instrukcji postępowania z odpadami medycznymi, nadzór nad realizacją procedur w niej zawartych w zakresie codziennej kontroli przeprowadzają pielęgniarki/oddziałowe, kierownicy i inne osoby odpowiedzialne.

W dniu 30 maja 2014 r. wprowadzono w Szpitalu *Instrukcję postępowania z resztkami pokonsumpcyjnymi pacjentów oddziału zakaźnego (kod odpadu 18 01 82\*)*. Według tej *Instrukcji* za usuwanie, opisywanie i przygotowanie do transportu pozostałości z żywienia pacjentów Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego odpowiedzialni są pracownicy gospodarczy.

<sup>5</sup> Dz. U. z 2013 r. poz. 21 ze zm.

Za transport pozostałości z żywienia pacjentów z *Oddziału Obserwacyjno – Zakaźnego* odpowiedzialność przypisano pracownikom Transportu Wewnętrznego oraz dezynfektorom, a za postępowanie z tymi odpadami odpowiedzialna jest pielęgniarka dyżurna Oddziału.

Ponadto w dniu 12 maja 2015 r. utworzono w Szpitalu, *Dział Higieny*, w skład, którego weszły sekcja utrzymania czystości, grupa transportu wewnętrznego oraz dezynfektorzy.

(dowód: akta kontroli str. 7-20, 95)

3. Odpady o kodzie 18 01 82\* ujęto w ewidencji za rok 2014 w ilości 0,125 Mg, a w ewidencji za rok 2015 – 0,158 Mg. W poszczególnych miesiącach było to od 0,009 Mg do 0,040 Mg w 2014 r i od 0,005 Mg do 0,023 Mg w roku 2015.

Według ewidencji odpadów medycznych w miesiącach lipiec 2014 r. oraz maj 2015 r. w Szpitalu nie wytworzono odpadów medycznych o kodzie 18 01 82\*,

Liczba leczonych hospitalizowanych z uwzględnieniem ruchu międzyoddziałowego na Oddziale Obserwacyjno – Zakaźnym wynosiła w 2014 roku od 74 osób w październiku do 109 osób w maju (średnio 97 miesięcznie).

W 2015 roku liczba leczonych na tym Oddziale z uwzględnieniem ruchu międzyoddziałowego wynosiła od 86 pacjentów w październiku do 135 w marcu 2015 r. (średnio ponad 104 miesięcznie).

W lipcu 2014 r. liczba leczonych z uwzględnieniem ruchu międzyoddziałowego wynosiła 111 osób, a w maju 2015 r. – 92 osoby. W miesiącach, w których liczba pacjentów była najbardziej zbliżona do powyższych, tj. maj 2014 (109 osób) i grudzień 2014 r. (93 osoby) zaewidencjonowano odpowiednio 0,040 Mg i 0,009 Mg takich odpadów.

(dowód: akta kontroli str.34-42,59-70,106-116)

W związku z niewykazaniem w ewidencji odpadów medycznych o kodzie 18 01 82\* w lipcu 2014 r. oraz maju 2015 r. Pielęgniarka Oddziałowa Pani Renata Wojtyń oraz Pani Małgorzata Dankiewicz – p.o. Dyrektora Szpitala wyjaśniły, że *powodem tego było niskie obłożenie oddziału oraz fakt, iż na oddziale w tym okresie przebywali głównie pacjenci z dolegliwościami żołądkowo – jelitowymi, gdzie leczenie polega na stosowaniu nawadniania dożylnego i stosowaniu diety kleikowej.*

(dowód: akta kontroli str. 96)

Według kart ewidencji odpadu w 2014 roku odpady o kodzie 18 01 82\* odbierane były w ciągu miesiąca od 3 do 5 razy, natomiast w 2015 roku od 1 do 5 razy.

(dowód: akta kontroli str. 34-42,59-70)

W wyjaśnieniu na powyższą okoliczność Pani Małgorzata Dankiewicz – p.o. Dyrektora Szpitala podała: *procedura postępowania z odpadami medycznymi pe1/2012 oraz instrukcja dotycząca zasad selektywnego zbierania odpadów na stanowisku pracy posiadają zapisy dotyczące obowiązku odbioru odpadów o kodach 18 01 02\*, 18 01 03\* i 18 01 82\* z Magazynu Odpadów Niebezpiecznych z częstotliwością – nie rzadziej niż 3 razy w tygodniu.*

*Zapisy w karcie odpadu między innymi odpadu o kodzie 18 01 82\* powstają tylko wtedy, kiedy taki odpad zostanie wytworzony, a następnie przekazany do unieszkodliwienia za kartą Przekazania Odpadu.*

(dowód: akta kontroli str.142-144)

W Szpitalu stosowano karty ewidencji odpadu, które były niezgodne ze wzorem stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 12 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów<sup>6</sup>. Zastosowano bowiem wzory z obowiązującego do końca 2014 r. rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 8 grudnia 2010 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów<sup>7</sup>. Ze względu na podobny układ obu wzorów, nie miało to wpływu na treść ewidencji.

(dowód: akta kontroli str.59-70)

W wyjaśnieniu na powyższą okoliczność Pani Małgorzata Dankiewicz – p.o. Dyrektora Szpitala podała: *W szpitalu stosowany jest nieaktualny wzór Karty Ewidencji Odpadu, ponieważ Dział Techn. – Gosp. w grudniu 2014 roku wydrukował nowe karty na rok 2015 wg obowiązującego wówczas wzoru rozporządzenia Ministra Środowiska, a po wprowadzeniu nowego wzoru karty z dniem 1.1.2015 r. z uwagi na niewielką zmianę kosmetyczną druku, mając na uwadze oszczędność papieru pozostaliśmy przy starym wzorze celem wykorzystania druków. Obecnie jesteśmy w trakcie nanoszenia danych na nowe druki.*

(dowód: akta kontroli str.142-144)

W kontroli ustalono brak podpisu w rubryce *Imię i nazwisko* osoby sporządzającej w Karcie ewidencji odpadu nr 2 z 2015 roku, a w innych kartach stawiano tzw. parafy, w miejsce wskazania imienia i nazwiska osoby wypełniającej. W kartach z 2015 nr 2 i 3 nie wypełniono rubryk dotyczących odpadów przekazanych – masy i nr karty przekazania, a w kartach nr 5-7, 9, 11 – masy przekazanych odpadów.

W wyjaśnieniu Pan Tadeusz Sienkiewicz – Kierownik Działu Techniczno – Gospodarczego w Szpitalu podał: *Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu informuje, że wpisu dokonywał pracownik, który w dniu 29.06.2015 r. przeszedł na emeryturę, co uniemożliwia dokładne wyjaśnienie sprawy. Nastąpiło to prawdopodobnie przez przeoczenie.*

*Brak wpisów pełnego nazwiska i imienia w kartach spowodowany jest zbyt małą wielkością rubryki do dokonania pełnego wpisu. Ponieważ karty ewidencji odpadów prowadzi jedna osoba, pierwszy wpis dokonywany jest pełnym nazwiskiem i imieniem, a kolejne pod nim w formie podpisu skróconego zgodnie ze wzorem podpisów znajdującym się w księgowości COM.*

(dowód: akta kontroli str. 145)

Pani Małgorzata Dankiewicz – p.o. Dyrektora Szpitala wyjaśniła: *braki i nieścisłości w danych osobowych co do osoby wypełniającej karty oraz nieczytelne podpisy znajdują się na kartach zwanych potocznie zbiorówkami rocznymi. Są to karty nieobowiązkowe, wykorzystujemy druki kart ewidencji odpadu do zsumowania rocznej ilości wytworzonych i przekazanych do unieszkodliwienia odpadów w celu łatwiejszego podliczenia danych sprawozdawczych i sporządzenia informacji m.in. do Marszałka Województwa. Na kartach tych widnieją również nazwy odpadów wg katalogu odpadów bez nazewnictwa asortymentowego z uwagi na różnorodność w danej grupie.*

(dowód: akta kontroli str. 142-144)

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowie z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi<sup>8</sup>, magazynowanie

<sup>6</sup> Dz. U. z 2014 r., poz. 1973.

<sup>7</sup> Dz. U. Nr 249, poz. 1673.

<sup>8</sup> Dz. U. Nr 139, poz. 940.

odpadów medycznych o kodzie 18 01 82 w temperaturze od 10 °C do 18 °C może odbywać się tak długo, jak pozwalają na to ich właściwości, jednak nie dłużej niż 72 godziny, natomiast w temperaturze do 10 °C - nie dłużej niż 30 dni.

Według umowy z firmą, która odbiera od Szpitala odpady medyczne, odpady o kodzie 18 01 82\* mają być odbierane 3 razy w tygodniu (w poniedziałek, środę i piątek).

W dniu 11 stycznia 2016 r. przeprowadzono oględziny pomieszczeń magazynu odpadów niebezpiecznych. W wyniku oględzin ustalono, że pomieszczenie to spełnia wymogi określone w § 5 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi, a ponadto jest wyposażone w lampy bakteriobójcze oraz urządzenia klimatyzacyjne.

(dowód: akta kontroli str. 94-104)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

1. Nierzetelne prowadzenie ewidencji odpadów medycznych o kodzie 18 01 82\* poprzez niewykazanie takich odpadów w ewidencji za lipiec 2014 i maju 2015 r., w sytuacji, gdy działalność Oddziału Obserwacyjno – Zakaźnego była prowadzona przez cały okres objęty kontrolą w podobnej skali.

(dowód: akta kontroli str.34-42,59-70,96,105-116)

Za wytwarzaniem takich odpadów przemawia przede wszystkim skala prowadzonej działalności – liczba osób leczonych na Oddziale Obserwacyjno – Zakaźnym oraz porównanie danych z miesięcy, w których liczba pacjentów na tym Oddziale była najbardziej zbliżona do tej z lipca 2014 r. i maja 2015 r. Dodatkowo, na możliwość błędnego niewykazania takich odpadów wskazuje także fakt, że ewidencja tych odpadów, także w innym zakresie, przedstawionym poniżej, nie była prowadzona w sposób, który można uznać za w pełni rzetelny.

2. Uchybienia w prowadzeniu kart ewidencji odpadów o kodzie 18 01 82\*, polegające na stosowaniu w roku 2015 nieaktualnych wzorów dokumentów oraz braku niektórych z wymaganych danych, dotyczących przekazania odpadów lub osoby wypełniającej.

(dowód: akta kontroli str.34-42,59-70,142-145)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność w badanym obszarze.

## IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>9</sup>, wnosi o:

1. Stosowanie aktualnych wzorów dokumentów dotyczących ewidencji odpadów medycznych
2. Rzetelne prowadzenie ewidencji odpadów o kodzie 18 01 82\*.

<sup>9</sup> Dz. U. z 2015 r., poz. 1096.

Uwagi Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli ustalenia kontroli wskazują na potrzebę wzmocnienia w Szpitalu nadzoru nad prowadzeniem dokumentacji odpadów medycznych.

## V. 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 Rzeszowie.

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 i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Rzeszów, dnia            lutego 2016 r.

Kontroler  
Paweł Rakowski  
Starszy inspektor k.p.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Rzeszowie

Dyrektor  
Wiesław Motyka

.....  
*podpis*

.....  
*podpis*