



## NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR.410.025.02.2020

**Pani  
Katarzyna Kapuścińska  
Dyrektor  
Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego  
im. T. Marciniaka  
- Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu**

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny  
im. T. Marciniaka  
- Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu  
ul. gen. A. E. Fieldorfa 2  
54-049 Wrocław

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/20/061 – „Ekspozycja zawodowa w ochronie zdrowia”

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu (dalej: Szpital)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Katarzyna Kapuścińska, Dyrektor Szpitala, od 27 sierpnia 2019 r. i nadal W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił Marek Nikiel, od 15 marca 1991 r. do 29 lipca 2019 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Przygotowanie świadczeniodawców do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.</li><li>2. Prawdliwość działań podejmowanych przy opracowywaniu i realizacji procedur postępowania poekspozycyjnego.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2020 (do dnia 29 grudnia 2020 r.), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały związek z zagadnieniami będącymi przedmiotem kontroli.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o <i>Najwyższej Izbie Kontroli</i> <sup>1</sup> (dalej: ustawa o <i>NIK</i> )
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu
Kontroler	Ksymena Kramarczyk-Rosiak, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LWR/154/2020 z dnia 13 października 2020 r.  (akta kontroli: tom I str.1-2)

---

<sup>1</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1200.

## II. Ocena ogólna<sup>2</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Działalność lecznicza Szpitala powodowała ekspozycję (narażenie) pracowników na oddziaływanie czynników niebezpiecznych i szkodliwych w czasie wykonywania obowiązków zawodowych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych<sup>3</sup>. Szpital nie był w pełni prawidłowo przygotowany do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. W obszarze tym kontrola wykazała bowiem nieprawidłowości polegające w szczególności na braku przeprowadzenia aktualizacji oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy. Powyższe naruszało przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami, używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych<sup>4</sup> (dalej: rozporządzenie ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie). Ponadto przed zatrudnieniem pracowników w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, naruszając art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe<sup>5</sup> (dalej: Prawo atomowe), Szpital nie występował do Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki z wnioskiem o udostępnienie informacji z centralnego rejestru dawek o dawkach tego promieniowania, otrzymanych wcześniej przez tych pracowników. Nie przeprowadził również przeszkolenia wstępnego części pracowników z zakresu ochrony radiologicznej, co było niezgodne z art. 11 ust. 2 wyżej przywołanej ustawy. Obowiązująca w Szpitalu procedura poekspozycyjna była prawidłowo realizowana. Stosownie do wymagań art. 84 ust. 1a i art. 96 ust. 1 Prawa atomowego, w Szpitalu opracowano Zakładowe plany postępowania awaryjnego oraz zorganizowano ćwiczenia awaryjne.

## III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej<sup>6</sup> kontrolowanej działalności

### OBSZAR

### 1. Przygotowanie Szpitala do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych

#### Opis stanu faktycznego

1.1. W okresie objętym kontrolą liczba pracowników Szpitala wahała się od 1 181 osób wg stanu na dzień 1 lipca 2019 r.<sup>7</sup> do 1 247 osób<sup>8</sup> wg stanu na dzień 1 lipca 2020 r.

Tym samym, stosownie do obowiązków pracodawcy, określonych w art. 237<sup>11</sup> § 1 oraz art. 237<sup>12</sup> ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy<sup>9</sup> (dalej: Kodeks pracy), w Szpitalu utworzono służbę bezpieczeństwa i higieny pracy (dalej: Służba BHP), pełniącą funkcje doradcze i kontrolne w zakresie bezpieczeństwa i higieny

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>3</sup> Pojęcie zdefiniowane na potrzeby niniejszej kontroli, oznacza ekspozycję (narażenie) pracownika na oddziaływanie czynników niebezpiecznych i szkodliwych w czasie wykonywania obowiązków zawodowych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

<sup>4</sup> Dz. U. poz. 696.

<sup>5</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 1792, ze zm.

<sup>6</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>7</sup> Zatrudnionych w łącznym wymiarze 1 134,37 etatu.

<sup>8</sup> Zatrudnionych w łącznym wymiarze 1 196,51 etatu.

<sup>9</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, ze zm.

pracy oraz powołano komisję bezpieczeństwa i higieny pracy (dalej: Komisja BHP) jako organ doradczy i opiniodawczy.

Służbę BHP, w kontrolowanym okresie, stanowił zespół pracowników. W strukturze organizacyjnej Szpitala<sup>10</sup> zapewniono im bezpośrednią podległość Dyrektorowi Szpitala.

(akta kontroli: tom I str. 3-18, 31-32, 34-37)

**1.2.** Skład osobowy Komisji BHP (od 17 stycznia 2020 r. łącznie 14 osób, a w okresie wcześniejszym 12 osób<sup>11</sup>) określany został w kolejno sześciu zarządzeniach Dyrektora Szpitala w sprawie powołania Komisji Bezpieczeństwa i Higieny Pracy<sup>12</sup>. Zgodnie z art. 237<sup>12</sup> § 1 i 2 *Kodeksu pracy*, każdorazowo w skład Komisji BHP wchodziła w równej liczbie przedstawiciele pracodawcy<sup>13</sup> oraz pracowników, natomiast zastępcą jej przewodniczącego była osoba pełniąca w Szpitalu funkcję Społecznego Inspektora Pracy.

(akta kontroli: tom I str. 3-30)

Według stanu na dzień 1 lipca 2020 r. w skład Służby BHP wchodziły dwie osoby zatrudnione na umowy o pracę, na stanowiskach głównego specjalisty i starszego inspektora BHP, w łącznym wymiarze dwóch etatów. Przy czym od początku 2017 r. w ramach Służby BHP zatrudniano łącznie osiem osób, w wymiarze od 1,0 etatu do łącznie 3,0 etatów. Wymiar zatrudnienia pracowników Służby BHP nie był zgodny z wymaganym dla pracodawców zatrudniających powyżej 1200 pracowników<sup>14</sup>, co opisane zostało sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości* niniejszego wystąpienia pokontrolnego. W okresie objętym kontrolą właściwy okręgowy inspektor pracy nie odnosił się do liczebności pracowników Służby BHP Szpitala<sup>15</sup>.

(akta kontroli: tom I str. 3-17, 31-32, tom II str. 431-439)

**1.3.** Kwalifikacje pracowników Służby BHP były zgodne z wymaganiami dla zajmowanych stanowisk, określonymi w § 4 ust. 2 *rozporządzenia ws. służby bhp*<sup>16</sup>. Osoby te ukończyły również szkolenie w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy dla pracowników tej służby (art. 237<sup>11</sup> § 2 *Kodeksu pracy*).

(akta kontroli: tom I str. 3-17, 38-59)

**1.4.** Określony w Regulaminie organizacyjnym Szpitala, zakres działania pracowników Służby BHP obejmował wyłącznie zadania określone w § 2 ust. 1 *rozporządzenia ws. służby bhp*. W szczególności do zadań tej Służby należało sporządzanie i przedstawianie pracodawcy, co najmniej raz w roku, okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy (dalej: Analiza stanu BHP) zawierających propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników, a także przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

(akta kontroli: tom I str. 3-17, 31-32, 34-37)

<sup>10</sup> Określonej zarządzeniem nr 41/2017 r. Dyrektora Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej z dnia 23 marca 2017 r. w sprawie Regulaminu organizacyjnego, ze zm. (dalej: Regulamin organizacyjny Szpitala).

<sup>11</sup> Tj. od 25 października 2017 r.

<sup>12</sup> Tj. kolejno: [1] nr 129/2017 z 25 października 2017 r., [2] nr 77/2018 z dnia 11 czerwca 2018 r., [3] nr 113/2018 z dnia 18 października 2018 r., [4] nr 9/2020 z dnia 17 stycznia 2020 r., [5] nr 29/2020 z dnia 2 marca 2020 r., [6] 93/2020 z dnia 29 czerwca 2020 r.

<sup>13</sup> W tym pracownicy Służby BHP i lekarz sprawujący profilaktyczną opiekę nad pracownikami.

<sup>14</sup> Przepis § 1 ust. 4 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 września 1997 r. w sprawie *służby bezpieczeństwa i higieny pracy* (Dz. U. Nr 109, poz. 704, ze zm.) dalej: *rozporządzenie ws. służby bhp*, stanowi, że pracodawca zatrudniający ponad 600 pracowników zatrudnia w pełnym wymiarze czasu pracy co najmniej jednego pracownika Służby BHP na każdym 600 pracowników.

<sup>15</sup> W okresie objętym kontrolą nie przeprowadził kontroli Szpitala w tym zakresie.

<sup>16</sup> Badanie zostało przeprowadzone w odniesieniu do, aktualnego w czasie prowadzenia czynności kontrolnych, składu osobowego Służby BHP.

Stosownie do zadań określonych w § 2 ust. 1 pkt 1 i 3 *rozporządzenia ws. służby bhp*, w kontrolowanym okresie Służba BHP sporządziła i przedstawiła pracodawcy Analizę stanu BHP za okres I półrocza 2017 r., roku 2017, I półrocza 2018 r. i roku 2019. Przeprowadziła również łącznie 14 kontroli stanu BHP.

Analizą stanu BHP objęto zagadnienia dotyczące m.in. szkoleń w dziedzinie BHP, ekspozycji zawodowej na krew i inny materiał potencjalnie zakaźny, oceny ryzyka zawodowego, instrukcji i procedur BHP, kontroli, działalności Komisji BHP oraz ekspozycji na pola elektromagnetyczne w przestrzeni pracy i poza nią.

Wnioski sformułowane w przedstawionych przez pracodawcę Analizach stanu BHP zostały zrealizowane, za wyjątkiem - sformułowanego w Analizie stanu BHP, dotyczącej 2017 r. i kolejnych - wniosku dotyczącego dokonania okresowej oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku oraz z uwzględnieniem narażenia na czynniki biologiczne. Termin realizacji tego wniosku określono pierwotnie na I kwartał 2018 r., następnie przesunięto do 30 listopada 2018 r. i zmieniono na I półrocze 2020 r.

Dyrektor Szpitala wskazała, że nie zna powodów, dla których wniosek ten nie został przez poprzednią Dyрекcję zrealizowany. Osoby, które deklarowały dwa wyżej wymienione terminy jego realizacji już nie pracują w Szpitalu i nie przekazały tej informacji swoim następcom. W dokumentacji przechowywanej przez pracownika Służby BHP brak jest dokumentacji źródłowej w omawianej kwestii. W chwili ujawnienia braku realizacji wniosku (sporządzenie Analizy stanu BHP w 2019 r.) zaproponowano wykonanie aktualizacji w jak najszybszym terminie (I półroczu 2020 r.), co uniemożliwił ogłoszony w marcu stan epidemii SARS-CoV-2. Aktualnie prowadzona jest aktualizacja oceny ryzyka zawodowego dla wszystkich stanowisk pracy w Szpitalu wraz z kartą oceny, dedykowaną nowemu zagrożeniu jakim jest koronawirus SARS-CoV-2.

Kontrole przeprowadzone przez Służbę BHP w badanym okresie nie dotyczyły zagadnienia ekspozycji zawodowej pracowników przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych. Natomiast brak objęcia Analizą stanu BHP II półrocza 2018 r. opisany został w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości* wystąpienia pokontrolnego.

Zagadnienia związane z ekspozycją zawodową i środkami ochrony indywidualnej były przedmiotem posiedzeń Komisji BHP. Zgodnie z zapisami protokołu ze spotkania Komisji BHP z dnia 21 lutego 2018 r., przedmiotem spotkania była aktualizacja ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy, zgodnie z wymaganiami określonymi w § 3 ust. 2 *rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie*. Kierownik Działu Higieny i Epidemiologii oraz pracownicy Służby BHP zobowiązani zostali do przeglądu wykazu czynników zamieszczonych w ocenie ryzyka zawodowego dla stanowisk pracy w Szpitalu w terminie do 9 marca 2018 r. Pracownicy Służby BHP zobowiązani zostali również do aktualizacji oceny ryzyka zawodowego – z uwzględnieniem uwag kierowników komórek organizacyjnych – w I półroczu 2018 r. Wniosek ten nie został wykonany, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości* niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

Kontrola wykazała, że posiedzenia Komisji BHP nie odbywały się z wymaganą przepisami częstotliwością. Szerzej stan ten opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości* niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

W ocenie pracownika Służby BHP<sup>17</sup>, w trakcie wykonywania w Szpitalu swoich zadań nie wystąpiły trudności uniemożliwiające właściwe wykonywanie obowiązków i uprawnień przypisanych Służbie BHP. Współpraca z pracodawcą w tym zakresie przebiegała prawidłowo.

(akta kontroli: tom I str. 3-17, 34-37, 78-111, tom II str. 411-416, 431-439)

**1.5.** Dla stanowisk pracy narażonych na zranienia w latach 2015-2016 opracowane zostały oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny<sup>18</sup> (dalej: Ocena ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami), o których mowa w § 3 ust. 1 *rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie*.

Szpital nie dysponował danymi oraz dokumentami potwierdzającymi zachowanie dwuletniego terminu na przeprowadzanie okresowej Oceny ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami, o którym mowa § 3 ust 2 ww. *rozporządzenia*<sup>19</sup>. Stan ten został opisany w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości* niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

Przeprowadzenie Oceny ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami było przedmiotem wniosków formułowanych przez Służbę BHP w Analizach stanu BHP oraz Komisję BHP, co opisane zostało w pkt 1.4. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli: tom I str. 78-104, 152-184, tom II str. 443-530)

**1.6.** Stosownie do § 5 ust. 1 *rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie*, w Szpitalu podejmowano działania na rzecz eliminacji lub ograniczenia ryzyka wystąpienia zranień ostrymi narzędziami oraz zakażeń. Działania te polegały w szczególności na:

- szkoleniu pracowników narażonych na te zdarzenia z zakresu: - prawidłowego postępowania z ostrymi narzędziami, - potencjalnego zagrożenia dla życia i zdrowia w wyniku zranienia ostrym narzędziem oraz kontaktu z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym, - procedury usuwania ostrych narzędzi i odpadów; - wyposażenia i stosowania środków ochrony indywidualnej, - procedury postępowania poekspozycyjnego, - procedury zgłaszania oraz prowadzenia wykazu zranień ostrymi narzędziami, - okoliczności i przyczyn zranień;
- stosowaniu odpowiednich środków ochrony indywidualnej, zapewnianych przez pracodawcę i używanych przez pracowników Szpitala podczas wykonywania prac związanych z użyciem ostrych narzędzi oraz kontaktu z czynnikiem biologicznie czynnym;
- opracowaniu i wdrożeniu procedur, o których mowa w pkt 1.7. wystąpienia pokontrolnego;
- szczepieniu pracowników Szpitala.

W okresie objętym kontrolą pracownicy Szpitala objęci byli szkoleniami (wstępnymi i okresowymi) z zakresu BHP. Szkolenia te prowadzone były przez pracowników Służby BHP<sup>20</sup>. W Szpitalu prowadzone były również szkolenia wewnętrzne z zakresu procedury poekspozycyjnej, a dla jego pracowników przygotowana

<sup>17</sup> Zatrudnionego na stanowisku głównego specjalisty ds. BHP.

<sup>18</sup> Wyjątkiem w tym zakresie była przeprowadzona w lutym 2020 r. ocena ryzyka zawodowego dla stanowisk: kierownika, pielęgniarki koordynującej, technika sterylizacji medycznej, operatora dezynfekcji sterylizacji i stalowej w Dziale Sterylizacji Szpitala.

<sup>19</sup> Nie przekazał ich do kontroli NIK.

<sup>20</sup> Szkolenia zatrudnianych pracowników narażonych na zranienia prowadzone były również przez kierowników komórek organizacyjnych w trakcie instruktarzu stanowiskowego oraz pracowników Działu Higieny i Epidemiologii podczas szkolenia adaptacyjnego.

została prezentacja szkoleniowa z wyników zewnętrznego badania w przedmiocie zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami (w 2019 r.). Szkolenia z zakresu ochrony pracowników przed zagrożeniami, związanymi z pracą ostrymi narzędziami, były zlecane także przez zespoły powypadkowe, w związku z wypadkiem przy pracy z użyciem ostrych narzędzi.

W Szpitalu zapewniono szczepienia ochronne pracowników wykonujących czynności, w trakcie których dochodzi do kontaktu z materiałem biologicznym pochodzenia ludzkiego<sup>21</sup> lub sprzętem skażonym tym materiałem biologicznym. Z informacji udzielonej przez lekarza i pielęgniarkę Specjalistycznej Przychodni Przychodni Poradni Medycyny Pracy wynikało, że personel medyczny Szpitala podlegał szczepieniu w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)<sup>22</sup>, a pracownicy Szpitala narażeni na czynniki biologiczne krwiopochodne niebędący personelem medycznym (np. pracownicy porządkowi) szczepieni byli w Poradni Medycyny Pracy Szpitala. W Poradni tej gromadzone były również dane o szczepieniach ochronnych poszczególnych pracowników Szpitala. Szpital nie posiadał danych zbiorczych w zakresie wyszczepienia personelu medycznego i pozostałych pracowników narażonych na czynniki biologiczne krwiopochodne<sup>23</sup>.

Podejmowane przez Szpital działania ochronne w wyżej wskazanym zakresie uwzględniały wyniki Oceny ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami. W Ocenach tych, sporządzonych dla poszczególnych stanowisk, zagrożenia związane z pracą ostrymi narzędziami czy kontaktem z materiałem biologicznym oszacowane zostały na niskim poziomie. W związku z powyższym sformułowano w nich działania ochronne takie jak szczepienia, badania profilaktyczne, środki ochrony indywidualnej. Zalecane działania w ww. zakresie prowadzone były na bieżąco.

(akta kontroli: tom I str. 152-184, 190-214, 254-337, tom II str. 406-409)

O zakupie (ilości i rodzaju) środków ochrony indywidualnej dla pracowników zdecydowano na podstawie zgłaszanego przez pielęgniarkę oddziałowe zapotrzebowania ilościowego i rodzajowego na dany asortyment w ramach planu rocznego. Zgłoszone do planów roboczych zapotrzebowanie analizowane było (pod kątem ilościowym, rodzajowym i kosztowym) przez Aptekę Szpitalną, która dokonywała zakupu. Plany były aktualizowane w następstwie zwiększonego zużycia zapotrzebowanych środków. Korekty zgłoszonego zapotrzebowania były nieznaczne.

(akta kontroli: tom I str. 152-164, 239-253, 338-344)

Wydatki ponoszone na środki ochrony indywidualnej na przestrzeni lat 2017-2020, w kwotach - 2 073 432 zł w 2017 r., 2 168 734 zł w 2018 r., 2 638 754 zł w 2019 r. oraz 4 086 769 zł w 2020 r., uwzględniały bieżące potrzeby i sytuację epidemiczną w Szpitalu.

(akta kontroli: tom I str. 152-164, tom II str. 394-398, 403-405)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie przeprowadzono analizy kosztów zakupu bezpiecznego sprzętu<sup>24</sup> (w tym systemów zamkniętych do pobierania krwi od pacjenta, igieł iniekcyjnych bezpiecznych) czy zakupu leków przeznaczonych do iniekcji w ampułkach plastikowych, w celu eliminowania zbędnego używania ostrych narzędzi. Dyrektor Szpitala wskazała, że żadna komórka organizacyjna wykonująca pracę z użyciem ostrego sprzętu nie wystąpiła o takie działanie.

(akta kontroli: tom I str. 152-164)

<sup>21</sup> Krew i inne płyny ustrojowe oraz wydaliny i wydzieliny.

<sup>22</sup> W zakresie skierowania Poradni Medycyny Pracy Szpitala.

<sup>23</sup> Nie przekazano do kontroli NIK zbiorczych danych w tym zakresie.

<sup>24</sup> Bezpieczny sprzęt to przykładowo igła lub ostrze, które posiada wbudowany mechanizm zabezpieczający przed ryzykiem zakucia lub zranienia.

W kolejnych latach kontrolowanego okresu w Szpitalu zakupiono sprzęt medyczny<sup>25</sup>:

- w 2017 r. o wartości ogółem 188 367,60 zł, na którą składała się wartość zakupionych ostrych narzędzi w kwocie 97 036,40 zł i łączna wartość zakupionego bezpiecznego sprzętu (ampulek bezigłowych) w kwocie 91 331,30 zł - stanowiąca 48% wartości zakupów ogółem;

- w 2018 r. o wartości ogółem 189 945,40 zł, na którą składała się wartość zakupionych ostrych narzędzi w kwocie 116 788,40 zł i łączna wartość zakupionego bezpiecznego sprzętu (ampulek bezigłowych) w kwocie 73 157,00 zł - stanowiąca 39% wartości zakupów ogółem;

- w roku 2019 o wartości ogółem 190 894,20 zł, na którą składała się wartość zakupionych ostrych narzędzi w kwocie 118 834,00 zł i łączna wartość zakupionego bezpiecznego sprzętu (ampulek bezigłowych) w kwocie 72 060,20 zł - stanowiąca 38% wartości zakupów ogółem;

- w roku 2020 (do 22 grudnia) o wartości ogółem 149 419,50 zł, na którą składała się wartość zakupionych ostrych narzędzi w kwocie 94 307,30 zł i łączna wartość zakupionego bezpiecznego sprzętu (ampulek bezigłowych) w kwocie 55 112,20 zł - stanowiąca 37% wartości zakupów ogółem.

W objętych kontrolą latach nie zakupiono igieł i nożyczek chirurgicznych. Nie dokonano zakupu bezpiecznych igieł do pobierania krwi, kaniul dożylnych i cewników obwodowych<sup>26</sup>. Udział zakupionych ampulek bezigłowych w łącznej liczbie zakupionego sprzętu tego rodzaju wyniósł 100%. W Szpitalu nie używano również bezpiecznego sprzętu wyżej wymienionego rodzaju nabytego w inny, niż zakup, sposób.

Dyrektor Szpitala nie podała przyczyn ograniczenia zakupu bezpiecznego sprzętu omawianego rodzaju jedynie do ampulek bezigłowych. Wyjaśniła, że zapewnienie bezpiecznych narzędzi (ostrych zawierających rozwiązania chroniące przed zranieniem) nie było przedmiotem działań podejmowanych przez Szpital w celu eliminacji lub ograniczenia narażenia pracowników, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ws. *bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie*. Stan ten uzasadniła tym, że nie było konieczności podejmowania takich działań. W Szpitalu opracowano bowiem procedury związane z bezpiecznym postępowaniem z ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, postępowaniem z odpadami medycznymi, jak też określono środki ochrony indywidualnej, jakie należy używać w zależności od stopnia zagrożenia. Powyższe przyczyniło się do niewielkiej liczby ekspozycji w Szpitalu.

Zakup bezpiecznego sprzętu w Szpitalu nie był przedmiotem wniosków formułowanych w raportach o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym dla ograniczenia zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, co opisane zostało w pkt 2.4. wystąpienia pokontrolnego

W Szpitalu w badanym okresie nie przeprowadzono oceny dostępności narzędzi zawierających mechanizmy chroniące przed zranieniem. Dyrektor Szpitala wskazał, że użytkowane w Szpitalu narzędzia zostały zakupione jako pierwsze wyposażenie nowego obiektu w 2016 r. Spełniały wszystkie wymagania wynikające z obowiązujących przepisów prawa, są w pełni bezpieczne dla użytkowników i posiadają rozwiązania zabezpieczające przed zranieniem.

<sup>25</sup> W rodzaju: igły do pobierania krwi, kaniule dożylnie, cewniki obwodowe, ampulki, igły chirurgiczne i nożyczki chirurgiczne.

<sup>26</sup> Kupowano natomiast ostry sprzęt tego rodzaju.

Dobre praktyki w zakresie zapobiegania narażeniu na zranienia ostrymi narzędziami przekazywane były pracownikom podczas szkoleń pracowników narażonych na zranienia ostrymi narzędziami oraz zakażenia.

(akta kontroli: tom I str. 152-164, tom II str. 394-405)

1.7. Zgodnie z § 4 ust. 1 pkt 1 i pkt 3 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie, w Szpitalu opracowano i wdrożono procedury postępowania z ostrymi narzędziami oraz procedury używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia, środków ochrony indywidualnej, w tym procedurę:

- nr QP-6/BHP „Zasady bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz stosowania środków ochrony indywidualnej” - wydanie 2, obowiązujące od 2 listopada 2015 r.;
- nr QP-7/BHP „Postępowanie z niepożądanymi, ostrymi narzędziami przekazanymi do Działu Sterylizacji” - wydanie 2, obowiązujące od 11 stycznia 2016 r.;
- nr QP-20/EB „Zasady stosowania indywidualnych środków ochrony osobistej” - wydanie 1, obowiązujące od 30 czerwca 2016 r.

Wyżej wymienione procedury obowiązywały bez zmian do 22 października 2020 r. Przy ich opracowaniu współpracowano z przedstawicielami pracowników i nie korzystano z ekspertyz lub opinii zewnętrznych specjalistów dotyczących zagadnień ekspozycji zawodowej. Zapoznanie się z obowiązującymi w Szpitalu procedurami oraz ich przypomnienie było elementem szkoleń wstępnych i okresowych z zakresu BHP. Wersja elektroniczna tych procedur udostępniana była pracownikom poprzez wewnętrzną sieć intranetową, a wersja papierowa była przekazywana przez bezpośrednich przełożonych pracownikom, którzy dla realizacji swoich zadań nie używali komputerów.

Zgodnie z § 4 ust. 3 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie, pracodawca ma obowiązek okresowo, nie rzadziej niż raz na dwa lata, poddać ocenie i w razie potrzeby zaktualizować procedury postępowania z ostrymi narzędziami oraz procedury używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej.

W sprawie realizacji tego obowiązku Dyrektor Szpitala wskazała, że ww. procedury pozostają aktualne, a ocena ich aktualności dokonywana była corocznie przez upoważnione komórki organizacyjne Szpitala. Przy czym w Szpitalu nie wprowadzono formalnego obowiązku dokumentowania oceny aktualności tych procedur.

(akta kontroli: tom I str. 3-17, 60-77, tom II str. 431-439)

1.8. Na podstawie § 7 ust. 1 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie, pracodawca zobowiązany jest do prowadzenia systematycznych szkoleń mających na celu zapobieganie narażeniu na materiał potencjalnie zakaźny i jego skutkom.

W kontrolowanym okresie pracownicy Szpitala (zarówno zatrudnieni na umowę o pracę jak i kontraktowi) obejmowani byli szkoleniem przed objęciem danego stanowiska oraz uczestniczyli w okresowych szkoleniach z zakresu BHP. Szkolenia okresowe prowadzone były co najmniej raz w roku, dla personelu administracyjnego, medycznego i kadry kierowniczej w formie samokształcenia kierowanego, a dla pozostałych pracowników w formie instruktażu. Zakres tematyczny tych szkoleń obejmował zagadnienia określone w § 7 ust. 2 wyżej wymienionego rozporządzenia. Udział w szkoleniach potwierdzany był odpowiednio zaświadczeniem o ukończeniu szkolenia lub kartą szkolenia wstępnego.

Badanie przeprowadzone na próbie dokumentacji szkoleniowej 50 pracowników Szpitala<sup>27</sup> potwierdziło systematyczne prowadzenie szkoleń pracowników Szpitala w wyżej wymienionym zakresie.

Przy czym zagadnienie braku znajomości procedury poekspozycyjnej wśród części pracowników i konieczności organizacji cyklicznych szkoleń wewnętrznych, dotyczących zasad postępowania po ekspozycji zawodowej na krew, omówione zostało na posiedzeniu Komisji BHP w dniu 19 lutego 2020 r. Powyższe opisane zostało w punkcie 2.1. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli: tom I str. 3-17, 345-361, tom II str. 1-45)

**1.9.** Szpital w badanym okresie nie był zobowiązany do uzyskania zezwolenia na wykonywanie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące, o którym mowa w art. 4 ust. 1 *Prawa atomowego*. Wszystkie wymagane zezwolenia, w tym na urządzenia i działanie pracowni izotopowej klasy II, uzyskane zostały w 2015 r. Stosownie do wymogu art. 7 ust. 2 tej ustawy, dla działającego w Szpitalu Działu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej oraz Zakładu Medycyny Nuklearnej opracowano i wdrożono programy zapewnienia jakości.

(akta kontroli: tom I str. 3-17, 112-151)

**1.10.** Osoby pełniące w Szpitalu funkcję Inspektora ochrony radiologicznej, odpowiednio w Dziale Radiologii i Diagnostyki Obrazowej (jedna osoba) oraz Zakładzie Medycyny Nuklearnej (jedna osoba), posiadały wymagane kwalifikacje (wynikające z art. 7 ust. 6 *Prawa atomowego*) oraz uprawnienia do sprawowania nadzoru nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w Szpitalu<sup>28</sup>. Posiadały aktualne uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej, nadane odpowiednio decyzją Głównego Inspektora Sanitarnego<sup>29</sup> oraz decyzją Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki<sup>30</sup>.

(akta kontroli: tom I str. 414-416, tom II str. 119-176)

**1.11.** Zakres powierzonych Inspektorom Ochrony Radiologicznej zadań odpowiadał zakresowi określonemu w art. 7<sup>2</sup> *Prawa atomowego*. W ramach struktury organizacyjnej Szpitala, podlegali oni bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

W latach 2017-2020 Inspektorzy Ochrony Radiologicznej, co do zasady, rzetelnie wywiązywali się z powierzonych im obowiązków, w szczególności poprzez: - przekazywanie Dyrektorowi Szpitala informacji o pomiarach indywidualnych dawek promieniowania jonizującego otrzymanych przez pracowników; - zapewnienie wzorcowania i sprawności urządzeń i przyrządów pomiarowych; - zapewnienie szkolenia pracowników w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej. Zaniechania działań w zakresie pozyskania informacji o dawkach promieniowania jonizującego otrzymanych przez część nowozatrudnionych w Szpitalu pracowników oraz ich przeszkolenia wstępnego z zakresu ochrony radiologicznej, opisane zostały w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości* wystąpienia pokontrolnego.

W kontrolowanym okresie nie wprowadzano zmian w instrukcjach pracy związanych z ochroną radiologiczną, z uwagi na brak okoliczności wskazujących na taką konieczność. W Szpitalu nie wystąpiły zdarzenia (wypadki), które mogły mieć negatywny wpływ na zapewnienie ochrony radiologicznej pracowników.

Z wyjaśnień Inspektorów Ochrony Radiologicznej wynikało, że w trakcie wykonywania swoich zadań, w latach 2017-2020 nie napotkano na trudności

<sup>27</sup> Wybranych losowo 15 pielęgniarek, 10 lekarzy specjalności zabiegowej, 10 ratowników medycznych, 15 pracowników z ww. grup zawodowych zatrudnionych w Szpitalu w 2020 r.

<sup>28</sup> Określone w art. 7 ust. 10 i 12 *Prawa atomowego*.

<sup>29</sup> Decyzja nr 235 R/2017 z dnia 12 lipca 2017 r. w zakresie nadania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej typu R.

<sup>30</sup> Decyzja z nr IOR/91/2019 z dnia 10 października 2019 r. w zakresie nadania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej typu IOR-3.

uniemożliwiający właściwe wykonywanie obowiązków i uprawnień przypisanych pełnionej przez nich funkcji.

(akta kontroli: tom I str. 345-413, tom II str. 119-134, 177-254)

**1.12.** Obowiązki kierownika jednostki organizacyjnej wobec zatrudnianych pracowników wykonujących zadania w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, określone zostały w art. 26 *Prawa atomowego*, a wobec pracowników zewnętrznych w § 2 *rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2004 r. w sprawie ochrony przed promieniowaniem jonizującym pracowników zewnętrznych narażonych podczas pracy na terenie kontrolowanym*<sup>31</sup>.

W ramach określonych w tych przepisach wymagań, Szpital zapewnił ochronę pracowników, wykonujących pracę w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące poprzez m.in.

- objęcie tych pracowników odpowiednią opieką lekarską (badania wstępne i okresowe);
- wyposażenie ich w odpowiednią do wykonywanych czynności odzież ochronną (fartuchy, półfartuchy, rękawice, osłony na tarczycę, gogle z ołowiu, itp.), zapewniającą osłonę przed promieniowaniem jonizującym;
- dokonywanie oceny dawek indywidualnych promieniowania dla pracowników (poprzez stosowanie dozymetrów indywidualnych, pierścinkowych i ocznych);
- wykonywanie pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i skażeń powierzchni;
- wzorcownie sprawdzane przez laboratorium posiadające odpowiednią akredytację sprawności przyrządów dozymetrycznych.

Inspektorzy Ochrony Radiologicznej na bieżąco analizowali zapotrzebowanie na szkolenia i odzież ochronną lub inne osłony przed promieniowaniem jonizującym. Pod koniec każdego roku zgłaszali to zapotrzebowanie do odpowiednich komórek organizacyjnych Szpitala.

W kontrolowanym okresie Dyrektor Szpitala zasięgał opinii Inspektora Ochrony Radiologicznej w Dziale Radiologii i Diagnostyki Obrazowej (o której mowa w art. 7a *Prawa atomowego*), odnośnie do m.in.: pracy aparatów zgodnie z harmonogramem wykonywania testów specjalistycznych oraz procedury kontroli jakości sprzętu i parametrów badania<sup>32</sup>; skuteczności stosowania środków i technik ochrony przed promieniowaniem jonizującym w związku z zakupem nowych środków ochrony indywidualnej dla pracowników; organizacji szkoleń dla pracowników; zawarcia nowej umowy z Instytutem Fizyki Jądrowej im Henryka Niewodniczańskiego Polskiej Akademii Nauk w Krakowie na odczyty dawek indywidualnych przy użyciu dawkomierzy.

Dyrektor Szpitala uwzględnił stanowisko Inspektora Ochrony Radiologicznej w wyżej wymienionych sprawach.

W ocenie Inspektorów Ochrony Radiologicznej wyposażenie Szpitala w środki ochrony indywidualnej, przyrządy dozymetryczne i inne wyposażenie służące do ochrony pracowników przed promieniowaniem jonizującym, było zgodne z ustalonym przez Inspektorów wyposażeniem, według art. 7<sup>2</sup> ust. 1 pkt 10 *Prawa atomowego*.

W Zakładzie Medycyny Nuklearnej w latach 2017-2020, do pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy oraz pomiarów skażeń powierzchni, stosowano radiometr RK-100 oraz radiometr EKO-C. Radiometry były wzorcowane przez Narodowe Centrum Badań Jądrowych<sup>33</sup> w Otwocku lub Instytut Fizyki

<sup>31</sup> Dz. U. Nr 102 poz. 1064.

<sup>32</sup> W związku z zawarciem nowej umowy z firmą wykonującą usługi zewnętrzne na wykonywanie testów specjalistycznych aparatów rentgenowskich.

<sup>33</sup> Laboratorium Pomiarów Dozymetrycznych Dział Kalibracji Aparatury Dozymetrycznej.

Jądrowej im. Henryka Niewodniczańskiego Polskiej Akademii Nauk w Krakowie. Do oceny narażenia pracowników na dawki indywidualne promieniowania jonizującego w Zakładzie Medycyny Nuklearnej i Dziale Radiologii i Diagnostyki Obrazowej stosowane były odpowiednio dozymetry indywidualne na całe ciało, dozymetry pierścinkowe na dłonie oraz dozymetry oczne – dawkomierze te sprawdzane były przez Instytut Fizyki Jądrowej im. Henryka Niewodniczańskiego Polskiej Akademii Nauk w Krakowie i posiadały aktualne świadectwa przydatności. Wymiana dawkomierzy odbywała się zgodnie z czterema okresami rozliczeniowymi, tj. wykonywano cztery pomiary w danym roku kalendarzowym.

W Zakładzie Medycyny Nuklearnej liczba dozymetrów indywidualnych na koniec 2020 r. wynosiła osiem szt. (była równa liczbie pracowników narażonych na promieniowanie jonizujące, zatrudnionych w tej komórce)<sup>34</sup>, a w pozostałych komórkach organizacyjnych Szpitala łącznie 317 szt. (na łącznie 316 pracowników narażonych na promieniowanie jonizujące<sup>35</sup>, w tym 74 pracowników w Dziale Radiologii i Diagnostyki Obrazowej).

W Zakładzie Medycyny Nuklearnej wdrożona została instrukcja użytkowania dawkomierzy indywidualnych. W Dziale Radiologii i Diagnostyki Obrazowej oraz komórkach, w których wykonywane są procedury medyczne przy użyciu promieniowania jonizującego, wdrożono procedurę kontroli dozymetrycznej QP-7/DO oraz instrukcję dawkomierzy indywidualnych QP-3/DO.

(akta kontroli: tom I str. 347-413, tom II str. 3-17, 177-259)

**1.13.** Pracownicy Szpitala, zatrudnieni w warunkach narażenia na czynniki szkodliwe, zakwalifikowani zostali do kategorii, o której mowa w art. 17 ust. 1 pkt 1 i 2 *Prawa atomowego*<sup>36</sup>. W Zakładzie Medycyny Nuklearnej sześciu pracowników zakwalifikowanych zostało do kategorii A i dwóch do kategorii B. Kwalifikacji dokonał Dyrektor Szpitala na wniosek Inspektora Ochrony Radiologicznej, w związku z pracami ze źródłami otwartymi, gdzie istnieje możliwość rozprzestrzeniania się skażeń promieniotwórczych oraz występuje prawdopodobieństwo przekroczenia dawki skutecznej – sześć milisiwertów (mSv) w ciągu roku.

Pozostali pracownicy Szpitala, w tym 74 osób pracujących w Dziale Radioterapii i Diagnostyki Obrazowej, zakwalifikowani zostali do kategorii B. Ocena narażenia na promieniowanie jonizujące prowadzona była na podstawie kontrolnych pomiarów dawek indywidualnych, przeprowadzanych przez Instytut Fizyki Jądrowej im. Henryka Niewodniczańskiego Polskiej Akademii Nauk w Krakowie. Wyniki pomiaru dawek, odczytywanych w akredytowanym laboratorium, zapisywane były w „Świadectwie Pomiaru Dawek” i przesyłane do Inspektora Ochrony Radiologicznej. W związku z wynikami tych pomiarów, odnośnie narażenia na promieniowanie jonizujące, nie dokonano przekwalifikowania pracowników z kategorii B do kategorii A.

Pracownicy kategorii A, zatrudnieni w Zakładzie Medycyny Nuklearnej, podlegali wstępnym (przed zatrudnieniem) i okresowym badaniom lekarskim (przeprowadzanym co najmniej raz w roku). Dla pracowników tych prowadzony był rejestr dawek indywidualnych, o którym mowa w art. 21 ust. 1. *Prawa atomowego*. Dane dotyczące każdego roku kalendarzowego przekazywane były do centralnego rejestru dawek w terminie do 15 kwietnia następnego roku.

W kontrolowanym okresie, przed zatrudnieniem pracownika do pracy w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące w Zakładzie Medycyny Nuklearnej, zgodnie z art. 22 ust. 1 *Prawa atomowego*, pozyskiwano z centralnego rejestru dawek

<sup>34</sup> Wg stanu na dzień 18 grudnia 2020 r.

<sup>35</sup> Wg stanu na dzień 28 listopada 2020 r.

<sup>36</sup> Kategoria A obejmuje pracowników, którzy mogą być narażeni na: a) dawkę skuteczną (efektywną) przekraczającą 6 mSv w ciągu roku lub b) dawkę równoważną przekraczającą 15 mSv rocznie dla soczewek oczu lub 150 mSv rocznie dla skóry lub kończyn. Kategoria B obejmuje pracowników, którzy nie zostali zaliczeni do kategorii A.

informacje o dawkach promieniowania, otrzymanych przez niego wcześniej. Obowiązku tego nie dopełniono w odniesieniu do pracowników zaliczonych do kategorii B, zatrudnianych w Dziale Radiologii i Diagnostyki Obrazowej. Powyższe opisane zostało w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości* wystąpienia pokontrolnego.

Badanie przeprowadzone na próbie obejmującej 50% narażonych na promieniowanie jonizujące pracowników Działu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej<sup>37</sup> wykazało, że nie wszyscy z nich odbyli wstępne szkolenia z zakresu ochrony radiologicznej, co opisane zostało w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości* niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli: tom II str. 119-134, 260-356)

**1.14.** W strukturze organizacyjnej Szpitala, wg stanu na 1 grudnia 2020 r. funkcjonowało osiem pracowni, w tym dwie pracownie RTG, dwie pracownie TK, Pracownia Naczyniowa, Pracownia Hemodynamiki, Pracownia Elektrofizjologii Urządzeń Wszczepialnych Serca, Pracownia Endoskopii oraz 10 sal Centralnego Bloku Operacyjnego, gdzie używano urządzeń emitujących promieniowanie jonizujące. Pracownie te spełniały wymagania określone w § 2-20 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. *w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi*<sup>38</sup> (dalej: *rozporządzenie ws. szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi*).

(akta kontroli: tom II str. 119-134, 255-258, 357-360)

**1.15.** W pracowniach rentgenowskich Szpitala znajdowała się dokumentacja wymieniona w § 22 *rozporządzenia ws. szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi*, obejmująca w szczególności: zezwolenie na uruchomienie i stosowanie aparatów rentgenowskich i uruchomienie pracowni, odpowiednie instrukcje obsługi, świadectwa wzorcowania aparatury dozymetrycznej i protokoły pomiarów dozymetrycznych.

Sprzęt używany w pracowniach był serwisowany, podlegał przeglądom zgodnie z instrukcją producenta, stosownie do wymagań, wynikających z załącznika nr 6 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. *w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej*<sup>39</sup>.

(akta kontroli: tom II str. 119-134, 177-254, 255-258)

**1.16.** W Zakładzie Medycyny Nuklearnej określono teren nadzorowany i kontrolowany<sup>40</sup>. Oznakowano je odpowiednimi znakami promieniowania, zgodnymi z wytycznymi rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 20 lutego 2007 r. *w sprawie podstawowych wymagań dotyczących terenów kontrolowanych i nadzorowanych*<sup>41</sup>. W Szpitalu, poza Zakładem Medycyny Nuklearnej, wydzielono również tereny nadzorowane, gdzie obowiązki pełnili pracownicy zaliczeni do kategorii B narażenia na promieniowanie jonizujące<sup>42</sup>. Obszar tych terenów nie uległ zmianie w latach 2017-2020.

(akta kontroli: tom II str. 119-134, 255-258, 260-269, 353-356)

**1.17.** Działalność Szpitala w okresie objętym kontrolą nie była przedmiotem kontroli organów zewnętrznych w zakresie zagadnień związanych z ekspozycją zawodową.

(akta kontroli: tom I str.3-17)

<sup>37</sup> Łącznie 42 osoby.

<sup>38</sup> Dz. U. Nr 180, poz. 1325.

<sup>39</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 884.

<sup>40</sup> Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 110/2015 z dnia 23.12.2015 r. w sprawie zaliczenia pracowników do kategorii narażenia na promieniowanie jonizujące, oceny narażenia i podziału lokalizacji miejsc pracy w Pracowni Izotopowej nr II – Zakład Medycyny Nuklearnej.

<sup>41</sup> Dz. U. Nr 131, poz. 910.

<sup>42</sup> Program Zapewnienia Jakości Działu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej QP-4/DO pkt. 2.3.

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

1. Wymiar zatrudnienia pracowników Służby BHP w Szpitalu nie był zgodny z wymaganym dla pracodawców zatrudniających powyżej 1200 pracowników. Według stanu na dzień 1 lipca 2020 r. w skład Służby BHP wchodziły dwie osoby zatrudnione na umowy o pracę w łącznym wymiarze dwóch etatów. W dacie tej Szpital zatrudniał łącznie 1 247 pracowników. Tym samym, zgodnie z § 1 ust. 4 *rozporządzenia ws. służby bhp*, Szpital powinien zatrudniać w pełnym wymiarze czasu pracy co najmniej trzech pracowników Służby BHP.

W wyjaśnieniach dotyczących składu Służby BHP Dyrektor Szpitala wskazała na problemy związane z pozyskaniem i rotacją pracowników, w tym na konieczność zwolnienia jednego z nich w trybie dyscyplinarnym.

(akta kontroli: tom I str. 3-17, 31-32, tom II str. 431-439)

2. Posiedzenia Komisji BHP w 2019 r. odbywały się z mniejszą od wymaganej częstotliwością, tj. w miesiącu marcu i grudniu 2019 r. Natomiast zgodnie z art. 237<sup>13</sup> § 2 *Kodeksu pracy*, posiedzenia Komisji winny odbywać się w godzinach pracy, nie rzadziej niż raz na kwartał.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że powyższa sytuacja wynikała z nierzetelnego wykonywania obowiązków służbowych oraz długotrwałej absencji w pracy, zwolnionego w trybie dyscyplinarnym w listopadzie 2019 r., pracownika Służby BHP.

(akta kontroli: tom I str. 3-17, 103-111, tom II 411-413, 431-439)

3. Zakres sporządzonej przez Służbę BHP Analizy stanu BHP za 2018 r. został ograniczony do I półrocza tego roku. Nie sporządzono uzupełniającej analizy w stosunku do II półrocza 2018 r. lub analizy obejmującej cały ten rok. Było to niezgodne z art. 2 ust. 1 pkt 3 *rozporządzenia ws. służby bhp*, który przewiduje sporządzanie i przedstawianie pracodawcy, co najmniej raz w roku, okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy. Analizy winny obejmować na bieżąco kolejne okresy lub lata kalendarzowe.

Dyrektor Szpitala nie wskazała przyczyn tego stanu, z uwagi na brak wiedzy spowodowany okresem zajmowania stanowiska Dyrektora Szpitala oraz brak materiałów źródłowych w tym zakresie w dokumentacji Służby BHP.

(akta kontroli: tom I str. 34-37, 78-102, tom II str. 431-442)

4. W Szpitalu nie przeprowadzano aktualizacji oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy, o której mowa w § 3 ust. 2 pkt 1 *rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie*, z wymaganą częstotliwością, tj. nie rzadziej niż raz na dwa lata.

Ponadto obowiązujące oceny stanowiskowe w tym zakresie odnosiły się jedynie do części szkodliwych czynników biologicznych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie *szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników narażonych na te czynniki*<sup>43</sup>, co było niezgodne z § 3 ust. 1 *rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie*.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w dokumentacji źródłowej nie odnaleziono informacji czy i dlaczego ocena ryzyka zawodowego dotycząca zranienia

<sup>43</sup> Dz.U. Nr 81, poz. 716, ze zm.

ostrymi narzędziami nie została przeprowadzona. Wskazała również, że obecnie obowiązujące oceny ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy odnoszą się tylko do części szkodliwych czynników biologicznych, ponieważ to one występują w Szpitalu i na nie są narażeni jego pracownicy. Lista wspomnianych czynników została przekazana pracownikom Służby BHP przez Kierownika Działu Higieny i Epidemiologii w 2015 r.<sup>44</sup>. Zapowiedziała, że po nową opinię w tej sprawie pracownicy Służby BHP wystąpią w najbliższym czasie i zostanie ona uwzględniona przy aktualizacji oceny ryzyka.

Przy czym do kontroli NIK nie zostały przedstawione listy szkodliwych czynników biologicznych stanowiące podstawę sporządzania obecnie obowiązujących w Szpitalu ocen ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy. Istotny dla oceny omawianego zaniechania, w ocenie NIK, jest również brak realizacji formułowanych od 2017 r. przez Służbę BHP i Komisję BHP wniosków o przeprowadzenie okresowej oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku z uwzględnieniem narażenia na istniejące czynniki biologiczne.

(akta kontroli: tom I str. 78-104, 152-184, tom II str. 431-530)

5. W Szpitalu nie przeprowadzono przeszkolenia wstępnego sześciu pracowników zatrudnionych w badanym okresie w Dziale Radiologii i Diagnostyki Obrazowej z zakresu ochrony radiologicznej. Było to niezgodne z art. 11 ust. 2 *Prawa atomowego*.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że osoby te były pracownikami kontraktowymi Szpitala i posiadały ważne certyfikaty zdania egzaminu z ochrony radiologicznej pacjenta. W związku z tym nie były kierowane na szkolenie wstępne z tego zakresu.

NIK wskazuje przy tym, że podstawą prawną wydania certyfikatu wskazanego w powyższych wyjaśnieniach był art. 33c *Prawa atomowego* w brzmieniu obowiązującym do dnia 22 września 2019 r.<sup>45</sup>. Natomiast zgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą szkolenia wstępnego pracownika zatrudnianego w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące<sup>46</sup>, wydania drugiego obowiązującego od 2 czerwca 2016 r., szkolenie to obejmuje nowozatrudnianych pracowników pracujących w narażeniu na promieniowanie jonizujące, a jego realizacja potwierdzana jest m.in. zaświadczeniem o przebytych szkoleniu wstępnym. Natomiast zgodnie z programem szkolenia wstępnego, stanowiącym załącznik nr 1 do wyżej wymienionej procedury, jednym ze sposobów ochrony przed promieniowaniem jonizującym narażonych na nie pracowników jest ważny certyfikat potwierdzający zdanie egzaminu z zakresu „Ochrony Radiologicznej Pacjenta”. Powyższe, w ocenie NIK wskazuje, że posiadanie takiego certyfikatu przez pracownika nie może stanowić podstawy do zwolnienia pracodawcy z realizacji obowiązku określonego w art. 11 ust. 2 *Prawa atomowego* w zakresie wstępnego przeszkolenia pracownika narażonego na promieniowanie jonizujące.

(akta kontroli: tom II str. 119-134, 260-356, 417-430, 543-546)

6. Przed zatrudnieniem pracowników do pracy w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące w Dziale Radiologii i Diagnostyki Obrazowej

<sup>44</sup> W dokumentacji Szpitala brak jest materiałów źródłowych z 2015 r., kiedy zostało to określone.

<sup>45</sup> Zgodnie z tym przepisem osoby wykonujące i nadzorujące wykonywanie badań i zabiegów leczniczych przy użyciu promieniowania jonizującego są obowiązane do podnoszenia swoich kwalifikacji z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta poprzez ukończenie szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta, zdanie egzaminu i uzyskanie certyfikatu potwierdzającego jego zdanie.

<sup>46</sup> Którego właścicielem jest Inspektor Ochrony Radiologicznej Działu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.

Szpitala<sup>47</sup> nie występowało do Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki z wnioskiem o udostępnienie informacji z centralnego rejestru dawek o dawkach otrzymanego wcześniej przez tych pracowników promieniowania. Wymóg w tym zakresie wynikał z art. 22 ust. 1 *Prawa atomowego*.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że nie znane są jej przyczyny tego stanu. W toku postępowania wyjaśniającego ustaliła, że obowiązek ten leżał w kompetencji Inspektora Ochrony Radiologicznej. O zaniechaniu działania Inspektora w tym zakresie nie została poinformowana przez Kierownika Działu Zarządzenia Kadrami. Inspektor Ochrony Radiologicznej potwierdził fakt braku realizacji wymogu określonego w 22 ust. 1 *Prawa atomowego*, nie wskazując przyczyn tego stanu.

(akta kontroli: tom II str. 119-134, 431-439, 546-550)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Szpital nie został przygotowany w wymaganym zakresie do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego, związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. W szczególności w Szpitalu nie przeprowadzono aktualizacji oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy, zwłaszcza w sytuacji, gdy od 2017 r. wnioskowała o to zarówno Służba BHP jak i Komisja BHP. Ponadto nie wszyscy pracownicy zatrudniani w Szpitalu w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące zostali przeszkoleni wstępnie z zakresu ochrony radiologicznej, a Szpital nie posiadał wiedzy o dawkach promieniowania otrzymanych przez pracowników zakwalifikowanych do kategorii B przed zatrudnieniem ich w Szpitalu. Natomiast Wymiar zatrudnienia pracowników Służby BHP nie był zgodny z wymaganym dla pracodawców zatrudniających powyżej 1 200 pracowników.

#### OBSZAR

## **2. Prawidłowość działań podejmowanych przy opracowywaniu i realizacji procedur postępowania poekspozycyjnego**

Opis stanu faktycznego

**2.1.** Zgodnie z § 9 ust. 1 i 2 *rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie*, w Szpitalu opracowano i wdrożono procedurę postępowania po ekspozycji zawodowej na zranienie - nr QP-1/BHP „*Postępowanie po ekspozycji zawodowej na krew i inne materiały potencjalnie zakaźne*”<sup>48</sup> (dalej: Procedura poekspozycyjna). Procedura ta zawierała wszystkie wymagane elementy. W szczególności wskazywała na konieczność zgłoszenia się poszkodowanego (eksponowanego) pracownika do SOR Szpitala oraz odpowiednio skierowania go przez lekarza dyżurnego do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego przy ul. Koszarowej we Wrocławiu, udzielenia pracownikowi porady obejmującej konsultację lekarską, pobranie krwi na badania HIV, HBV, HCV, interpretację wyników badań, wystawienie recepty na leki oraz ustalenie dalszego postępowania (wizyt kontrolnych).

Wszyscy pracownicy byli informowani o obowiązujących w szpitalu zasadach procedury poekspozycyjnej w formie informacji podawanych w trakcie szkolenia wstępnego z zakresu BHP, instruktażu stanowiskowego, w wyniku zalecenie zespołu powypadkowego w wypadkach przy pracy z użyciem ostrego narzędzia. Procedura ta została również udostępniona pracownikom Szpitala w intranecie.

(akta kontroli: tom I str. 60-63, 152-164, 185-189, 190-214)

<sup>47</sup> Zakwalifikowanych do kategorii B.

<sup>48</sup> Wydanie 8, obowiązujące od 10 lutego 2017 r.

Procedura poekspozycyjna była przedmiotem posiedzenia Komisji BHP w dniu 19 lutego 2020 r. Omówiona tam została propozycja zmiany tej Procedury w zakresie m.in. doprecyzowania zapisów oraz odpowiedzialności za wydawanie skierowania do poradni poekspozycyjnej i przekazywanie dokumentacji ekspozowanego do lekarza medycyny pracy. Zwrócona została również uwaga na nieznaną część tej Procedury wśród części pracowników. W związku z powyższym, Komisja BHP wniosowała o zorganizowanie cykli szkoleń wewnętrznych dotyczących zasad postępowania po ekspozycji zawodowej na krew. Zaproponowano przeprowadzenie szkolenia w tym zakresie w kwietniu 2020 r. Do dnia 29 grudnia 2020 r. nie przeprowadzono szkolenia pracowników we wnioskowanym, przez Komisję BHP, zakresie.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że brak podjęcia działań w wyżej wymienionym zakresie wynikał z trwającej od dnia 2 marca 2020 r. stanu epidemii koronawirusa SARS-CoV-2. Stosownie do ogólnopolskich zaleceń, w Szpitalu wprowadzono ograniczenia w przemieszczaniu się, w tym spotkań grupowych i organizacji szkoleń na dotychczasowych zasadach. Przez okres pandemii Szpital boryka się z wysoką absencją pracowników. Na spotkaniu Komisji BHP w grudniu 2020 r. zawniosowano o przeprowadzenie przedmiotowego szkolenia w terminie trzech miesięcy od dnia odwołania stanu epidemii.

(akta kontroli: tom I str. 3-17, 78-11,103-111, tom II str. 431-439)

**2.2.** Stosownie do § 6 pkt 3 *rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie*, w Szpitalu prowadzony był wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń (dalej: Wykaz zranień). Wykaz ten<sup>49</sup> zawierał wymagane elementy określone § 10 ust. 1 i 2 wyżej wymienionego rozporządzenia. Sposób zgłaszania zdarzeń do Wykazu zranień określony został w Procedurze poekspozycyjnej poprzez nałożenie na pracowników ekspozowanych obowiązku zgłoszenia ekspozycji na formularzu „*Karta ekspozycji zawodowej*”. Karty te przechowywane były u pracowników Służby BHP oraz lekarza medycyny pracy.

(akta kontroli: tom I str.152-164, 215-238)

Ocena prawidłowości przeprowadzonych w kontrolowanym okresie postępowań poekspozycyjnych (53 losowo wybranych przypadków<sup>50</sup>), potwierdziła ich zgodność z Procedurą poekspozycyjną, a w szczególności:

- wszystkie ujęte w Wykazach zranień zdarzenia zakwalifikowane zostały, jako wypadek przy pracy. W każdym przypadku pracodawca badał przyczyny i okoliczności zdarzenia i odnotowywał je w Wykazie zranień. Żaden z pracowników ekspozowanych nie udał się na zwolnienie lekarskie;
- w każdym przypadku pracodawca informował o zdarzeniu lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami (w przypadku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny);
- pracodawca ponosił koszty profilaktyki poekspozycyjnej (nie dochodziło do przypadków przerzucania tych kosztów na pracownika). W żadnym z objętych szczegółowym badaniem przypadków, w związku z ekspozycją, pracownik nie ubiegał się o odszkodowanie od pracodawcy;
- w żadnym przypadku nie doszło do zakażenia ekspozowanych pracowników wirusem (HBV, HCV, HIV)<sup>51</sup>.

(akta kontroli: str. tom I str. 215-238, tom II str. 46-114)

<sup>49</sup> Prowadzony przez pracowników Służby BHP.

<sup>50</sup> W tym: 14 zdarzeń odnotowanych w wykazie zdarzeń w 2017 r. (były to wszystkie przypadki), 15 (z 29) zdarzeń odnotowanych w Wykazie zranień w 2018 r., 13 zdarzeń odnotowanych w Wykazie zranień w 2019 r. (były to wszystkie przypadki) i 11 zdarzeń odnotowanych w Wykazie zranień w 2020 r. (były to wszystkie przypadki).

<sup>51</sup> Lub w dokumentacji zdarzenia nie było danych w tym zakresie.

**2.3.** Koszty Szpitala związane z postępowaniami poekspozycyjnymi w latach 2017-2020 wyniosły łącznie 39 276,17 zł, w tym 10 014,22 zł w 2017 r., 17 002,82 zł w 2018 r., 7 261,58 zł w 2019 r. i 4 997,55 zł w 2020 r.<sup>52</sup>. Stanowiły w całości bezpośrednie koszty zdarzenia, w tym konsultacji lekarza chorób zakaźnych (26 307,00 zł)<sup>53</sup>, leków antyretrowirusowych (12 664,53 zł) i szczepienia przeciwko WZW typu B (304,64 zł).

W kontrolowanym okresie, w związku z ekspozycją zawodową, nie były przeprowadzane postępowania orzecznicze w kierunku choroby zawodowej, jak również nie doszło do rozpoznania takiej choroby.

(akta kontroli: tom II str. 394-399)

**2.4.** W Szpitalu sporządzono raporty o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (dalej: Raport o bhp) za okresy półroczne lat 2017-2020 (I półrocze). Zgodnie w § 11 i 12 *rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie* Pierwszy Raport o bhp sporządzony został 20 lutego 2014 r.

Sporządzone Raporty o bhp w Szpitalu były kompletne – zawierały wszystkie elementy określone w § 11 ust. 2 *rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie*. Wynikało z nich m.in., że liczba ostrych urządzeń stosowanych w Szpitalu spadła z 86 (w I półroczu 2017 r.) do 85 (począwszy od II półrocza 2018 r.)<sup>54</sup>. Natomiast liczba zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w kolejnych latach badanego okresu wyniosła; 10 w 2017 r.<sup>55</sup>, 24 w 2018 r.<sup>56</sup>, 11 w 2019 r.<sup>57</sup> i 5 w I połowie 2020 r.

Zawarte w Raportach o bhp propozycje działań dla ograniczenia liczby zranień były wdrażane. Dotyczyły one głównie przekazywania pracownikom informacji podczas szkolenia wstępnego ogólnego oraz szkolenia okresowego z BHP, instruktaży stanowiskowych, a także działań profilaktycznych po wypadku przy pracy. Zakres tych szkoleń uwzględniał procedury związane z postępowaniem poekspozycyjnym, postępowaniem ze zużytym sprzętem i odpadami medycznymi oraz środkami ochrony indywidualnej, szczepieniem ochronnym. Zagadnienia te były również przedmiotem działań profilaktycznych po wypadku przy pracy.

(akta kontroli: tom I str. 345-351, 417-457)

**2.5.** Stosownie do art. 84 ust. 1a *Prawa atomowego*, w Szpitalu opracowano Zakładowy plan postępowania awaryjnego, oddzielnie dla Zakładu Medycyny Nuklearnej oraz Działu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej i pozostałych komórek organizacyjnych, w których używane były aparaty rentgenowskie. Plany te zawierały wszystkie - wymagane przez art. 86i ust 1-5 *Prawa atomowego*, elementy. Zostały zaktualizowane w zakresie danych podstawowych.

W Szpitalu zorganizowano ćwiczenia awaryjne, o których mowa w art. 96 ust. 1 *Prawa atomowego*. Przeprowadzone w Zakładzie Medycyny Nuklearnej w październiku 2019 r. i Dziale Radiologii i Diagnostyki Obrazowej w grudniu 2019 r. ćwiczenia awaryjne dotyczyły symulacji nieprzewidzianej przerwy w pracy aparatu rentgenowskiego i zdarzenia radiacyjnego. Prowadzone były w oparciu o plan ćwiczeń i zostały udokumentowane.

---

<sup>52</sup> Do dnia 22 grudnia 2020 r.

<sup>53</sup> Zgodnie z zawartą z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu umową, badanie osoby eksponowanej, badanie źródła i wizyty konsultacyjne rozliczane były z wykonawcą jedną kwotą.

<sup>54</sup> Raporty zawierały m.in. tabelaryczne zestawienie ostrych narzędzi, nie wyszczególniały takich, które zawierały rozwiązania chroniące przed zranieniem.

<sup>55</sup> Odpowiednio sześć w I półroczu i cztery w II półroczu 2017 r.

<sup>56</sup> Odpowiednio osiem w I półroczu i 16 w II półroczu 2018 r.

<sup>57</sup> Odpowiednio sześć w I półroczu i pięć w II półroczu 2019 r.

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

**OCENA CZĄSTKOWA**

W szpitalu prawidłowo opracowano i wdrożono procedurę postępowania po ekspozycji zawodowej na zranienie, rzetelnie prowadzono Wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a kosztami postępowań poekspozycyjnych w całości obciążano Szpital. Raporty o bhp sporządzane były z wymaganą częstotliwością. Stosownie do wymagań art. 84 ust. 1a i art. 96 ust. 1 *Prawa atomowego*, w Szpitalu opracowano również Zakładowe plany postępowania awaryjnego oraz zorganizowano ćwiczenia awaryjne.

## **IV. Uwagi i wnioski**

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

Wnioski

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

1. Podjęcie działań organizacyjnych w celu zapewnienia przeprowadzania przynajmniej raz na kwartał posiedzeń Komisji BHP Szpitala.
2. Doprowadzenie do zatrudnienia w Szpitalu, zgodnej z wymaganą dla pracodawców zatrudniających powyżej 1200 osób, liczby pracowników Służby BHP.
3. Przeprowadzanie przynajmniej raz na dwa lata aktualizacji oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy z jednoczesnym uwzględnieniem w tej ocenie pełnego zakresu zdefiniowanych szkodliwych czynników biologicznych.
4. Przed zatrudnieniem pracowników w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące:
  - a) występowanie do Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki z wnioskiem o udostępnienie informacji z centralnego rejestru dawek o dawkach promieniowania, otrzymanych wcześniej przez tych pracowników,
  - b) przeprowadzanie szkoleń wstępnych pracowników z zakresu ochrony radiologicznej.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

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

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania 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.

Wrocław,     grudnia 2020 r.

Kontroler  
Ksymena Kramarczyk  
doradca ekonomiczny

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura we Wrocławiu  
p.o. Dyrektor  
Marcin Kaliński

.....  
*podpis*

.....  
*podpis*