



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura we Wrocławiu

LWR.410.025.03.2020

**Pani  
Barbara Kosak  
Prezes Zarządu  
Powiatowego Centrum Zdrowia  
w Kamiennej Górze Spółki z o.o.**

Powiatowe Centrum Zdrowia  
w Kamiennej Górze Spółka z o.o.  
ul. Bohaterów Getta 10  
58-400 Kamienna Góra

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Powiatowe Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze Spółka z o.o., ul. Bohaterów Getta 10, 58-400 Kamienna Góra (dalej: Szpital lub PCZ).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Barbara Kosak, Prezes Zarządu Powiatowego Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze Spółki z o.o., od dnia 21 lipca 2016 r. (dalej: Prezes PCZ).
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. Prawidłowość działań podejmowanych przy opracowywaniu i realizacji procedur postępowania poekspozycyjnego.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2020 (do dnia 22 grudnia 2020 r.), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały związek z zagadnieniami będącymi przedmiotem kontroli.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Artykuł 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	Maria Ossowska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/152/2020 z dnia 9 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 PCZ powodowała ekspozycję (narażenie) pracowników na oddziaływanie czynników niebezpiecznych i szkodliwych w czasie wykonywania obowiązków zawodowych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych<sup>3</sup>. Szpital, co do zasady, przygotowany był do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego, związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Przy czym w obszarze tym kontrola wykazała nieprawidłowości polegające na: [1] niedozwolonym łączeniu sprawowania funkcji Inspektora Nadzoru Radiologicznego i Kierownika Pracowni Diagnostyki Obrazowej; [2] szerszym od wynikającego z § 2 ust. 1 pkt 1-22 rozporządzenia Rady Ministrów z 2 września 1997 r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy<sup>4</sup> (dalej: rozporządzenie w sprawie służby bhp), określeniu zakresu działania osób wykonujących na rzecz Szpitala zadania z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy; [3] braku określenia w strukturze organizacyjnej Szpitala bezpośredniego podporządkowania służby bhp oraz Inspektora Ochrony Radiologicznej Prezesowi PCZ, co było niezgodne z § 1 ust. 5 rozporządzenia w sprawie służby bhp oraz art. 7 ust. 1 w związku z art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe*<sup>5</sup> (dalej: ustawa *Prawo atomowe*); [4] nieobjęciu części pracowników narażonych na zranienia szkoleniem przed objęciem stanowiska pracy, do czego Szpital był zobowiązany na podstawie § 7 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>6</sup> (dalej: rozporządzenie ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie).

Natomiast obowiązujące w Szpitalu procedury poekspozycyjne zostały w większości prawidłowo opracowane i były realizowane. Wyjątkiem w tym zakresie było: [1] prowadzenie Wykazu zranień, który zawierał niepełne dane w zakresie modelu narzędzia, które spowodowało zranienie; [2] sporządzenie pierwszego raportu o bezpieczeństwie i higienie pracy w Szpitalu po terminie wyznaczonym w § 12 rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie oraz [3] zaniechanie przeprowadzania udokumentowanych ćwiczeń w celu przeglądu i aktualizacji Planów postępowania awaryjnego, co naruszało art. 96 ust. 6 pkt 1 lit. b w zw. z art. 96 ust. 1 ustawy *Prawo atomowe*.

---

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej. W niniejszej kontroli zastosowano ocenę ogólną 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. Nr 109, poz. 704, ze zm.

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

<sup>6</sup> Dz. U. poz. 696.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej<sup>7</sup> kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. Zgodnie z art. 237<sup>11</sup> § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. *Kodeks pracy*<sup>8</sup> (dalej: *Kodeks pracy*) w Szpitalu powierzono wykonywanie zadań służby bhp specjalistom spoza zakładu pracy. Liczba pracowników Szpitala w badanym okresie nie osiągnęła poziomu 250 osób i wynosiła odpowiednio: 182 osoby według stanu na dzień 1 stycznia 2017 r., 193 osoby według stanu na dzień 1 lipca 2017 r., 207 osób według stanu na dzień 1 stycznia 2018 r., 202 osoby według stanu na dzień 1 lipca 2018 r. i 1 stycznia 2019 r., 205 osób według stanu na dzień 1 lipca 2019 r., 225 osób według stanu na dzień 1 stycznia 2020 r. oraz 222 osoby według stanu na dzień 1 lipca 2020 r.

(akta kontroli: Tom I str. 4)

Służba bhp w dwuosobowym składzie: głównego specjalisty ds. bhp i przeciwpożarowych (dalej: p.poż.) oraz specjalisty ds. bhp, powołana została przez Prezesa PCZ w dniu 1 września 2016 r. W dokumencie powołania określone zostały jej zadania. Natomiast w Regulaminie organizacyjnym Szpitala<sup>9</sup> określony został zakres zadań m.in. Inspektora bhp, bez określenia podległości służbowej tego stanowiska.

(akta kontroli: Tom I str. 5-37)

1.2. Właściwy okręgowy inspektor pracy na przestrzeni lat 2017-2020 nie odnosił się do liczebności pracowników służby bhp Szpitala.

(akta kontroli: Tom I str. 38-55)

1.3. Wykonywanie zadań w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy w PCZ powierzone zostało firmie zewnętrznej na podstawie umowy nr 21/2016 z dnia 1 września 2016 r. (dalej: *Umowa na świadczenie usług bhp*), zawartej na czas nieokreślony. Kwalifikacje osób realizujących zadania służby bhp w ramach ww. umowy były zgodne z określonymi w § 4 ust. 2 rozporządzenia w sprawie służby bhp wymaganiami dla zajmowanych stanowisk. Przy czym w treści ww. umowy nie odwołano się do tego rozporządzenia i używano określenia „świadczenie usług w zakresie bhp”.

Główny specjalista ds. bhp i p.poż. posiadała: świadectwo ukończenia studiów podyplomowych w zakresie zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy, zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego w dziedzinie bhp, aktualne orzeczenie lekarskie poświadczające zdolność do pracy na stanowisku, oraz zaświadczenie o ośmioletnim stażu pracy w służbie bhp.

Specjalista ds. bhp posiadała: świadectwo ukończenia studiów podyplomowych w zakresie zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy, zaświadczenie

<sup>7</sup> Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>8</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, ze zm.

<sup>9</sup> Wprowadzonym zarządzeniem Prezesa Zarządu PCZ nr 2/06/2016 z dnia 28 czerwca 2016 r.

o ukończeniu szkolenia okresowego w dziedzinie bhp, aktualne orzeczenie lekarskie poświadczające zdolność do pracy na stanowisku oraz zaświadczenie o sześcioletnim stażu pracy w służbie bhp.

NIK wskazuje, że zawarcie umowy na realizację zadań służby BHP z podmiotem zewnętrznym w 2016 r. na czas nieoznaczony sugeruje rozwiązanie stałe. Natomiast w świetle obowiązujących uregulowań prawnych, zawartych w 237<sup>11</sup> *Kodeksu pracy*, trwająca do zakończenia niniejszej kontroli, tj. ponad cztery lata, stała praktyka PCZ w tym zakresie, nie może być rozwiązaniem docelowym.

(akta kontroli: Tom I str. 38--55)

**1.4.** Określony w *Umowie na świadczenie usług bhp* zakres działania osób wykonujących na rzecz Szpitala zadania z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy wykraczał poza zadania określone w § 2 ust. 1 pkt 1-22 rozporządzenia w *sprawie służby bhp*.

Tym niemniej, stosownie do obowiązków służby bhp określonych w § 2 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w *sprawie służby bhp*, w PCZ sporządzane były okresowe analizy stanu bhp. Na ich podstawie zaproponowano działania naprawcze, w szczególności dotyczące: [1] opracowania instrukcji bhp w zakresie zabezpieczenia przed dostępem osób niepowołanych do chemii oraz oznakowania substancji chemicznych (piktogramów); [2] wskazywania zagrożeń na skierowaniach na okresowe badania lekarskie pracowników; [3] opracowania regulaminu przyznawania odzieży roboczej i środków ochrony indywidualnej oraz tabeli przydziału indywidualnych kart odzieży; [4] opracowania wykazu prac szczególnie niebezpiecznych, występujących na terenie Szpitala; [5] opracowania dokumentacji oceny ryzyka zawodowego; [6] aktualizacji spisu substancji chemicznych stosowanych w Szpitalu; [7] wykonania pomiaru formaldehydu w środowisku pracy oraz [8] zaprowadzenia rejestru chorób zawodowych, rejestru czynników szkodliwych, zaprowadzenia rejestru prac, których wykonywanie powoduje konieczność pozostawania w kontakcie z substancjami i ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym oraz rejestru pracowników narażonych na takie oddziaływanie, opracowanie oceny ryzyka zawodowego na stanowisku pielęgniarki na bloku operacyjnym i pielęgniarki endoskopowej w narażeniu na formaldehyd, opracowanie instrukcji bhp przy pracach z czynnikiem chemicznym w szczególności przy stosowaniu substancji niebezpiecznych o działaniu żrącym, rakotwórczym lub mutagennym.

Wskazane w ocenach stanu bhp Szpitala, w latach 2017-2020, działania naprawcze, jak i zalecenia pokontrolne Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kamiennej Górze, wydane na podstawie kontroli przeprowadzonej w 2019 r., zostały zrealizowane.

W okresie objętym kontrolą pracownicy służby bhp nie przeprowadzali kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów bhp w odniesieniu do stanowisk pracy, na których zatrudnione osoby narażone są na zranienia lub promieniowanie jonizujące.

(akta kontroli: Tom I str. 56-71, 555-580)

Prezes PCZ wyjaśniła, że przyjęte w Szpitalu rozwiązania, polegające w szczególności na bieżącym kontakcie telefonicznym i e-mailowym z osobami wykonującymi na jego rzecz zadania z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, zapewniały przepływ informacji pozwalający na realizację zadań służby bhp.

Umożliwiały również bieżące monitorowanie wykonania nakazów, wystąpień i decyzji w zakresie bhp. Współpraca w tym zakresie przebiegała prawidłowo.

Pracownik służby bhp potwierdził możliwość uzyskania od pracodawcy danych i prowadzenia czynności pozwalających na realizację zadań przypisanych służbie bhp, w tym w zakresie ustalania okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz opracowania wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków. Współpracę z pracodawcą w tym zakresie ocenił jako wzorową.

(akta kontroli: Tom I str. 72-73, Tom II str. 728)

**1.5.** Stosownie do wymogów § 3 ust. 1 rozporządzenia ws. *bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*, w PCZ przeprowadzono oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy (dalej: ocena ryzyka zawodowego). Oceny te sporządzano okresowo, z zachowaniem, określonej w § 3 ust. 2 rozporządzenia ws. *bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*, częstotliwości dla poszczególnych oddziałów Szpitala w podziale na stanowiska pracy, z uwzględnieniem zagadnień wskazanych w § 3 ust. 1 tego rozporządzenia, w szczególności obejmujących stan zdrowia pracownika, rodzaje wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych ostrych narzędzi, warunki pracy, sposób organizacji pracy, poziom kwalifikacji personelu, czynniki psychospołeczne i inne czynniki związane ze środowiskiem pracy.

Według wyjaśnień pracownika służby bhp, nie wystąpiły (na poszczególnych stanowiskach pracy) zmiany mające lub mogące mieć znaczenie dla zdrowia i bezpieczeństwa pracownika w miejscu pracy, istotne z punktu widzenia konieczności opracowania oceny ryzyka zawodowego, związanego ze zranieniami, przed upływem dwóch lat od daty opracowania poprzedniej wersji.

(akta kontroli: Tom I str. 72-252)

**1.6.** W celu wywiązania się z obowiązku ochrony pracowników przed zranieniami w PCZ stosowano środki ochrony indywidualnej oraz środki ochrony osobistej, w tym m.in. fartuchy ochronne, rękawiczki nitrylowe, okulary ochronne, maski ochronne, przyłbice, kombinezony, buty ochronne. Przy podejmowaniu działań ochronnych kierowano się wynikami oceny ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami.

Wydatki ponoszone na środki ochrony indywidualnej na przestrzeni lat 2017-2020 (do 19 października), w kwotach: 73 574,77 zł w 2017 r., 98 097,13 zł w 2018 r., 127 451,89 zł w 2019 r. oraz 194 263,35 zł w 2020 r., uwzględniały bieżące potrzeby i sytuację epidemiologiczną w Szpitalu.

W celu zminimalizowania zakłuć ostrymi narzędziami w PCZ przeprowadzono analizę kosztów zużycia bezpiecznego sprzętu na bloku operacyjnym. W jej wyniku zakupiono i wprowadzono do użytkowania ostrza bezpieczne oraz igły bezpieczne do podawania leków śródoperacyjnych.

W kolejnych latach kontrolowanego okresu w Szpitalu zakupiono sprzęt medyczny:

- w roku 2017 o wartości ogółem 115 343,0 zł, na którą składała się wartość zakupionych ostrych narzędzi w kwocie 35 575,9 zł i łączna wartość zakupionego bezpiecznego sprzętu w kwocie 79 767,2 zł, w tym bezpieczne igły do pobierania krwi o wartości 98,0 zł, ampułki bezigłowe o wartości 77 719,2 zł i adaptory sterylne

do pobierania krwi z kaniul dożylnych i cewników o wartości 1 950,0 zł – stanowiąca 69% wartości zakupów ogółem;

- w roku 2018 o wartości ogółem 118 045,1 zł, na którą składała się wartość zakupionych ostrych narzędzi w kwocie 38 382,3 zł i łączna wartość zakupionego bezpiecznego sprzętu w kwocie 79 662,8 zł, w tym ampułki bezigłowe o wartości 79 662,8 zł i adaptory sterylne do pobierania krwi z kaniul dożylnych i cewników o wartości 1 850,0 zł – stanowiąca 67% wartości zakupów ogółem;

- w roku 2019 o wartości ogółem 154 100,8 zł, na którą składała się wartość zakupionych ostrych narzędzi w kwocie 40 617,5 zł i łączna wartość zakupionego bezpiecznego sprzętu w kwocie 113 483,3 zł, w tym bezpieczne igły do pobierania krwi o wartości 90,0 zł, ampułki bezigłowe o wartości 111 793,3 zł i adaptory sterylne do pobierania krwi z kaniul dożylnych i cewników o wartości 1 600,0 zł – stanowiąca 74% wartości zakupów ogółem;

- w roku 2020 (do 19 października) o wartości ogółem 194 424,4 zł, na którą składała się wartość zakupionych ostrych narzędzi w kwocie 26 136,7 zł i łączna wartość zakupionego bezpiecznego sprzętu w kwocie 168 287,7 zł, w tym ampułki bezigłowe o wartości 167 412,9 zł i adaptory sterylne do pobierania krwi z kaniul dożylnych i cewników o wartości 874,8 zł – stanowiąca 87% wartości zakupów ogółem.

W objętych kontrolą latach nie zakupiono tępych igieł i nożyczek chirurgicznych. Natomiast udział zakupionych ampulek bezigłowych w łącznej liczbie zakupionego sprzętu tego rodzaju (ampulek igłowych i bezigłowych) wzrósł od 94,6% w 2017 r. do 97,7% w 2019 r.

Szpital zapewnił szczepienia ochronne pracownikom wykonującym czynności, w trakcie których dochodzi do kontaktu z materiałem biologicznym pochodzenia ludzkiego (krew i inne płyny ustrojowe oraz wydaliny i wydzieliny) lub sprzętem skażonym tym materiałem biologicznym. Szczepienia te prowadzono zgodnie z przyjętym harmonogramem i odnotowywano w karcie szczepień pracownika. Udział pracowników wyszczepionych w porównaniu do personelu medycznego zatrudnionego w Szpitalu wzrósł z poziomu 99,3% na koniec lat 2017-2019 do poziomu 100% w grudniu 2020 r. Obowiązek szczepień ochronnych personelu medycznego wykonującego na rzecz Szpitala prace na podstawie innej niż stosunek pracy nie został określony w umowach. Pracownicy kontraktowi byli szczepieni przeciw WZW<sup>10</sup> typu B.

(akta kontroli: Tom I str. 253-255, Tom II str. 693-699, 753)

**1.7.** Zgodnie z § 4 ust. 1 pkt 1 oraz pkt 3 rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie* pracodawca – w celu eliminacji lub ograniczenia narażenia, we współpracy z przedstawicielami pracowników – m.in. opracowuje i wdraża procedury bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami oraz procedury używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej.

Stosownie do tego przepisu, w obowiązujących w Szpitalu standardach postępowania z odpadami medycznymi, określono m.in. postępowanie z odpadami medycznymi o ostrych końcach i krawędziach oraz procedury używania

---

<sup>10</sup> Wirusowe zapalenie wątroby.

odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej (dalej: Procedury).

Przed wprowadzaniem w życie, Procedury te były przedstawiane na spotkaniach z pielęgniarkami i kierownikami komórek organizacyjnych, których dotyczyły. Pracownicy Szpitala będący jej adresatami, mieli obowiązek zapoznania się z ich treścią, co potwierdzali podpisem. Zapewniono również ich dostępność w każdej komórce organizacyjnej PCZ, w której udzielane są świadczenia zdrowotne, w wersji elektronicznej.

Procedury te podlegały bieżącemu monitorowaniu i, w przypadku wprowadzania zmian, były modyfikowane.

Przy opracowywaniu Procedur współpracowano ze służbą bhp. Służba bhp nie korzystała z ekspertyz lub opinii specjalistów dotyczących zagadnień ekspozycji zawodowej.

(akta kontroli: Tom I str. 256-305, Tom II str. 754-755)

**1.8.** Zgodnie z § 7 ust. 1-3 rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie* pracodawca zobowiązany jest do prowadzenia systematycznych szkoleń mających na celu zapobieganie narażeniu na materiał potencjalnie zakaźny i jego skutkom. Szkolenia przeprowadza się w trybie określonym w przepisach w sprawie szkolenia w dziedzinie bhp w zakresie określonym w § 7 ust. 2 tego rozporządzenia.

Na podstawie badania<sup>11</sup> przeprowadzonego na próbie dokumentacji osobowej 47 (wybranych losowo) pracowników medycznych Szpitala<sup>12</sup>, ustalono m.in., że:

- w dokumentacji osobowej 23 pracowników, tj. 49% poddanych badaniu (12 pielęgniarek, jednej położnej, siedmiu lekarzy i trzech ratowników), nie było zaświadczenia o uczestniczeniu w szkoleniu przed objęciem danego stanowiska;
- szkolenia okresowe pracowników prowadzone były w formie zdalnej;
- obecność pracowników na szkoleniach potwierdzana była podpisem na liście uczestników;
- szkolenia okresowe obejmowały zasady postępowania po ekspozycji na materiał biologiczny w wyniku zakłucia i zranienia.

Brak poddania części pracowników szkoleniu przed objęciem danego stanowiska został opisany w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości wystąpienia pokontrolnego*. Szkolenia w wymaganym przez § 7 ust. 2 rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie* zakresie oraz szkolenia pracowników medycznych przed objęciem stanowiska pracy zostały wprowadzone pod koniec 2017 r.

(akta kontroli: Tom I str. 306-352)

**1.9.** Szpital, w związku z zakresem wykonywanej działalności, zobowiązany był do uzyskania zezwolenia na wykonywanie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy *Prawo atomowe*. Decyzjami z dnia 19 grudnia 2012 r.<sup>13</sup> oraz z dnia 15 lipca 2019 r.<sup>14</sup>. Szpital uzyskał

<sup>11</sup> Mającego na celu ustalenie, czy w każdym przypadku pracownik objęty był obowiązkowym szkoleniem przed objęciem danego stanowiska oraz, czy uczestniczył w okresowych szkoleniach, a także, czy zakres tematyczny szkoleń obejmował zagadnienia określone w § 7 ust. 2 rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*.

<sup>12</sup> Kontrolą objęto dokumentację: 29 pielęgniarek (spośród 95), trzech położnych (spośród wszystkich 13), 10 lekarzy specjalności zabiegowych (spośród 24) i pięciu ratowników medycznych (wszystkich) spośród łącznie 137 pracowników zatrudnionych po wejściu w życie rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*, uczestniczących w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w 2020 r.

<sup>13</sup> Nr 2197/12.

zezwolenia Dolnośląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego we Wrocławiu na uruchomienie i stosowanie aparatu rentgenowskiego stomatologicznego punktowego oraz na uruchomienie rentgenowskiej pracowni diagnostycznej i zainstalowanie w niej diagnostycznego aparatu rentgenowskiego do zdjęć.

Stosowanie do art. 7 ust. 2 ustawy *Prawo atomowe*, w PCZ opracowany i wdrożony został *Program zapewnienia jakości*. Program ten (dokument z dnia 22 sierpnia 2016 r.) odpowiadał wymaganiom określonymi w art. 7 ust. 2a ww. ustawy, a w szczególności obejmował:

- podział, między pracownikami jednostki organizacyjnej, odpowiedzialności oraz zadań w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej;
- sposób realizacji wymagań dotyczących funkcjonowania, konserwacji i utrzymania źródeł promieniowania jonizującego oraz dotyczących wyposażenia związanego z tymi źródłami;
- sposób zabezpieczenia źródeł promieniotwórczych przed uszkodzeniem, kradzieżą i dostaniem się w ręce osób nieuprawnionych;
- system zarządzania sytuacjami zdarzeń radiacyjnych.

W lipcu 2019 r., w związku z zakupem nowego aparatu stacjonarnego RTG, dokonano aktualizacji instrukcji ramowej oraz Zakładowego planu postępowania awaryjnego – dokumentów stanowiących część *Programu zapewnienia jakości*.

Osobą wdrażającą *Program zapewnienia jakości* w PCZ był Inspektor Ochrony Radiologicznej, pełniący jednocześnie funkcję kierownika Pracowni Diagnostyki Obrazowej (dalej: Pracownia RTG). Wyjaśnił on, że w objętym kontrolą okresie nie wystąpiły trudności uniemożliwiające realizację uprawnień i obowiązków Inspektora Ochrony Radiologicznej. Współpraca z osobami wdrażającymi *Program zapewnienia jakości* polegała na wymianie spostrzeżeń oraz wdrażaniu koniecznych procedur. W ramach sprawowanego nadzoru Inspektor Ochrony Radiologicznej korzystał z możliwości wydawania bezpośrednich poleceń służbowych pracownikom, do których zadań należały czynności związane z zapewnieniem bezpieczeństwa w tym zakresie. Przypominał im o zachowywaniu wszystkich obowiązujących procedur dotyczących ochrony radiologicznej.

W latach 2017-2020 nie wystąpiły żadne zdarzenia ani wypadki negatywnie oddziałujące na zapewnienie ochrony radiologicznej pracowników.

(akta kontroli: Tom I str. 353-378, Tom II str. 756-758)

**1.10.** Inspektor Ochrony Radiologicznej w Szpitalu posiadał kwalifikacje wymagane do pełnienia tej funkcji (art. 7 ust. 6 ustawy *Prawo atomowe*). Decyzją Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 8 maja 2019 r. uzyskał uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej typu R<sup>15</sup>. Legitymował się: dyplomem ukończenia studiów pierwszego stopnia na kierunku elektrokardiologia o obszarze kształcenia w zakresie nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej (z 2019 r.), zaświadczeniem ukończenia szkolenia zakończonego egzaminem (typu R z 2019 r.), zgodnie z obowiązującym wówczas rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2012 r. w sprawie *nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych*<sup>16</sup> oraz certyfikatem zdania egzaminu w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta (z 2015 r.). Zagadnienie dotyczące podległości służbowej

<sup>14</sup> Nr 840/19 i 841/19.

<sup>15</sup> Wcześniej uprawnienia takie posiadał na podstawie Decyzji Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 13 marca 2014 r.

<sup>16</sup> Dz. U. poz. 1534.

Inspektora Ochrony Radiologicznej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości* wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli: Tom I str. 379-384)

**1.11.** Inspektor Ochrony Radiologicznej wywiązał się ze swoich obowiązków oraz korzystał z przysługujących mu uprawnień dotyczących sprawowania nadzoru nad ochroną radiologiczną pracowników PCZ.

Przy czym zakres odpowiedzialności, uprawnień i obowiązków osoby sprawującej funkcję Inspektora Ochrony Radiologicznej z dnia 1 czerwca 2008 r. nie obejmował części zadań, określonych w art. 7<sup>2</sup> ustawy *Prawo atomowe*, do realizacji przez inspektora ochrony radiologicznej, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: Tom I str. 385-389, Tom II str. 759)

**1.12.** Pracownikom zatrudnianym w Szpitalu w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące zapewniono:

- opiekę medyczną oraz niezbędne środki ochrony indywidualnej i sprzęt dozymetryczny, tj. dozymetry<sup>17</sup> indywidualne stosownie do warunków narażenia;
- prowadzenie przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi pomiarów dawek indywidualnych dozymetrycznych w środowisku pracy, zgodnie z art. 17 ust. 3 i 4 ustawy *Prawo atomowe* oraz rejestrowanie takich danych;
- odpowiedni dobór, właściwe użytkowanie, sprawdzenie sprawności i konserwację przyrządów dozymetrycznych oraz ich wzorcowanie.

Pracownicy nie wykonywali zadań, które mogą prowadzić do uwolnień substancji promieniotwórczych do środowiska. Ponadto w trakcie zatrudnienia poddawani byli wstępnym i kontrolnym badaniom przez lekarza medycyny pracy. Posiadali certyfikaty potwierdzające zdanie egzaminu w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta.

Pracownicy narażeni na promieniowanie jonizujące przechodzili regularnie pomiary dozymetryczne poprzez noszenie błon dozymetrycznych – dozymetry indywidualne.

W Pracowni RTG nie było stacjonarnych przyrządów dozymetrycznych. Szpital korzystał jedynie z aparatu płucno-kostnego, a przy pracy z takim aparatem nie było wymagane posiadanie stacjonarnych aparatów dozymetrycznych.

(akta kontroli: Tom II str. 390-496, 760-763)

**1.13.** W okresie objętym kontrolą łącznie 16 osób było zatrudnionych w PCZ w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące. Każda z nich wyposażona była w dozymetr indywidualny. Dozymetry indywidualne były okresowo – raz na trzy miesiące – poddawane odczytowi pomiaru dawki promieniowania przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi.

Nadzór nad dozymetrami pełnił Inspektor Ochrony Radiologicznej, natomiast każdy pracownik był odpowiedzialny bezpośrednio za swój dozymetr. Nie wdrożono w tym zakresie procedury wewnętrznej. Przy czym Prezes PCZ wyjaśniła, że praktyka używania dozymetrów indywidualnych wynikała z ogólnych zasad pracy w Szpitalu. Wszyscy pracownicy zatrudnieni w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące byli zatrudnieni w okresie od roku 1980 do roku 1997, zatem pracodawca nie był zobowiązany wystąpić do Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki z wnioskiem o informację z centralnego rejestru dawek o dawkach otrzymanych

---

<sup>17</sup> Przyrząd do pomiaru dawki promieniowania jonizującego lub aktywności promieniotwórczej preparatów.

przez tego pracownika w roku kalendarzowym, w którym występuje z wnioskiem, oraz w okresie czterech poprzednich lat kalendarzowych.

Zgodnie z art. 17 ust. 1 i 2 ustawy *Prawo atomowe*, na podstawie pomiarów wykonanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną – Wojewódzką Stację Sanitarno–Epidemiologiczną we Wrocławiu (dalej: WSSE we Wrocławiu), wszyscy pracownicy Szpitala pracujący w narażeniu na promieniowanie jonizujące zostali zaliczeni do kategorii B<sup>18</sup>. Zgodnie z przeprowadzonymi pomiarami dawka promieniowania w środowisku pracy nie osiągała bowiem poziomu 0,1 milisiwertów (mSv). Stan ten został odzwierciedlony w aneksie nr 2 z dnia 10 lutego 2017 r. do zarządzenia wewnętrznego nr 02/12/2010 Prezesa Zarządu PCZ w sprawie *bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej oraz ochrony zdrowia pracowników*<sup>19</sup>.

Kierownik jednostki organizacyjnej na bieżąco informował pracowników o stanie ochrony radiologicznej jednostki organizacyjnej. Przekazywał informacje o otrzymanych przez nich dawkach promieniowania jonizującego.

(akta kontroli: Tom II str. 483-503, 552-554)

**1.14.** Funkcjonująca w PCZ Pracownia RTG – gabinet rentgenowski, spełniała wymagania określone w § 2-20 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie *bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi*<sup>20</sup> (dalej: rozporządzenie w sprawie *bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi*). W wyniku przeprowadzonych oględzin ustalono w szczególności, że:

[1] konstrukcja ścian, stropów, okien, drzwi oraz zainstalowanych urządzeń ochronnych w pracowni rentgenowskiej odpowiednio zabezpieczała osoby tam pracujące<sup>21</sup>; [2] wysokość gabinetu rentgenowskiego wynosiła około 3,5 m; [3] powierzchnia gabinetu rentgenowskiego wynosiła 36 m<sup>2</sup>; [4] Pracownia RTG wyposażona była w aparat rentgenowski ze sterownicą, sterownię urządzoną w pomieszczeniu przylegającym z dostępem wyłącznie dla osób zatrudnionych w pracowni rentgenowskiej; [5] w Pracowni RTG zapewniono łączność głosową i wizualną pomiędzy personelem medycznym przebywającym w sterowni, a pacjentem przebywającym w gabinecie rentgenowskim; [6] gabinet rentgenowski był wyposażony w wentylację zapewniającą co najmniej 1,5-krotną wymianę powietrza w ciągu godziny oraz w ostrzegawczą sygnalizację świetlną umieszczoną nad drzwiami do gabinetu, włączaną równocześnie z zasilaniem generatora; [7] w gabinecie rentgenowskim znajdowały się: środki ochrony indywidualnej pracowników, w szczególności fartuchy, rękawice i kołnierze z gumy ołowiowej, okulary, gogle lub maski ze szkła lub tworzywa ołowiowego; osłony dla pacjentów, w szczególności osłony na gonady, fartuchy i półfartuchy oraz kołnierze wykonane z blachy ołowianej lub gumy ołowiowej.

(akta kontroli: Tom II str. 504-538)

**1.15.** W Pracowni RTG Szpitala znajdowała się dokumentacja wymieniona w § 22 rozporządzenia w sprawie *bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi* (w formie uwierzytelnionych odpisów), w szczególności obejmująca: [1] zezwolenia na uruchomienie i stosowanie aparatów rentgenowskich, znajdujących się

<sup>18</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.

<sup>19</sup> Nr 02/12/2010 z 10 grudnia 2010 r.

<sup>20</sup> Dz. U. Nr 180 poz. 1325.

<sup>21</sup> Zgodnie z wynikami pomiarów WSSE we Wrocławiu, wykazanymi w sprawozdaniu nr 190/Rtg/355/W/19 z dnia 15 lipca 2019 r.

w pracowni i uruchomienie pracowni, protokoły pomiarów dozymetrycznych; [2] protokoły pomiarów dozymetrycznych dozymetrów indywidualnych; [3] dokumenty programu bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej; [4] ewidencje: osób zatrudnionych w pracowni rentgenowskiej z zakwalifikowaniem do kategorii narażenia B, dawek promieniowania otrzymywanych przez pracowników, orzeczeń lekarskich stwierdzających brak przeciwwskazań do pracy pracowników Pracowni RTG; [5] program szkolenia wstępnego i dokumenty potwierdzające realizację szkoleń pracowników w przedmiocie ochrony radiologicznej pacjenta.

(akta kontroli: Tom II str. 504-554)

**1.16.** W PCZ nie wprowadzono podziału lokalizacji miejsc pracy na tereny nadzorowane, tj. takie gdzie istnieje możliwość otrzymania dawek określonych dla pracowników kategorii B. Nie odpowiadało to wymogom art. 18 ustawy *Prawo atomowe*, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości* wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli: Tom II str. 706, 748, 504-538)

**1.17.** Działalność PCZ w zakresie ekspozycji zawodowej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych była przedmiotem trzech, przeprowadzonych w latach 2017-2020, kontroli WSSE we Wrocławiu.

Kontrola przeprowadzona w lipcu 2019 r., w przedmiocie oceny jednostki organizacyjnej stosującej aparaturę RTG do celów medycznych, nie ujawniła nieprawidłowości.

Kontrola przeprowadzona w czerwcu 2019 r. w przedmiocie oceny realizacji wymogów higieniczno-sanitarnych środowiska pracy ujawniła szereg nieprawidłowości. Polegały one m.in. na: braku rejestru chorób zawodowych, rejestru czynników szkodliwych, rejestru czynników biologicznych, rejestru prac, których wykonywanie powoduje konieczność pozostawania w kontakcie z substancjami i ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym oraz rejestru pracowników narażonych na ich działanie; braku oceny ryzyka zawodowego dla stanowiska pielęgniarki na bloku operacyjnym i pielęgniarki endoskopowej w narażeniu na formaldehyd; braku instrukcji bhp przy pracach z czynnikiem chemicznym, w szczególności przy stosowaniu substancji niebezpiecznych o działaniu żrącym, rakotwórczym lub mutagennym.

W następstwie ww. kontroli w dniu 3 lipca 2019 r. wydana została decyzja administracyjna nr 774/19 Dolnośląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego we Wrocławiu, na mocy której nakazano PCZ wykonanie obowiązków w zakresie stwierdzonych nieprawidłowości w terminie do dnia 30 września 2019 r. Szpital wykonał nakazy pokontrolne w terminie wskazanym w ww. decyzji, o czym Prezes PCZ poinformowała organ kontrolny na piśmie. Pełna realizacja nakazów została potwierdzona także w wyniku kontroli przeprowadzonej w PCZ przez WSSE we Wrocławiu w listopadzie 2019 r.

(akta kontroli: Tom II str. 555-583)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W świetle obowiązków przypisanych Inspektorowi Ochrony Radiologicznej w zakresie nadzoru nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej, m.in. w pracowniach RTG, niedozwolone było, mające miejsce w PCZ łączenie

sprawowania tej funkcji ze stanowiskiem Kierownika Pracowni RTG. Zgodnie z art. 7 ust. 5 ustawy *Prawo atomowe*, wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w jednostkach ochrony zdrowia (...) sprawuje osoba, która posiada uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej dla tych działalności. W sytuacji, gdy kierownikiem Pracowni RTG i Inspektorem Ochrony Radiologicznej jest ta sama osoba dochodzi do konfliktu interesów. W ocenie NIK, taka konstrukcja uniemożliwia w praktyce prawidłowe wykonywanie obowiązków w zakresie działania Inspektora Ochrony Radiologicznej.

Prezes PCZ wyjaśniła, że osoba zajmująca stanowisko Kierownika Pracowni RTG i zarazem Inspektora Ochrony Radiologicznej jest jedyną posiadającą stosowne uprawnienia. Wskazała, że na lokalnym rynku pracy brakuje wykwalifikowanego w tym zakresie personelu medycznego.

(akta kontroli: Tom I str. 385-389, Tom II str. 703-752, 766)

2. Określony w *Umowie na świadczenie usług bhp* zakres działania osób wykonujących na rzecz Szpitala zadania z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy wykraczał poza zadania służby bhp określone w rozporządzeniu w sprawie *służby bhp*. Zgodnie z § 2 ww. umowy osoby te zobowiązane były m.in. do wykonywania zadań z zakresu bezpieczeństwa pożarowego. Natomiast szczegółowy zakres zadań służby bhp określony w § 2 ust. 1 pkt 1-22 ww. rozporządzenia stanowi katalog zamknięty. Oznacza to, że służba ta nie może być obciążana innymi zadaniami niż wskazane w tym przepisie.

Prezes PCZ wyjaśniła, że wpływ na powyższą sytuację miały prowadzone bez rezultatu działania na rzecz zatrudnienia w Szpitalu pracownika obsługującego sprawy bhp. Nie przedstawiła jednak dowodów świadczących o wskazanych działaniach.

(akta kontroli: Tom I str. 5-55, Tom II str. 703-752, 764)

3. Sposób organizacji służby bhp w Szpitalu, wynikający z Regulaminu organizacyjnego, nie zapewniał bezpośredniej jej podległości Prezesowi PCZ, co nie wypełniało warunku określonego w § 1 ust. 5 rozporządzenia w sprawie *służby bhp*.

W złożonych wyjaśnieniach Prezes PCZ wskazała, że powierzenie wykonywania zadań służby bhp specjalistom spoza zakładu pracy uznane zostało za jej podporządkowanie pracodawcy.

(akta kontroli: Tom I str. 5-55, Tom II str. 703-752)

NIK wskazuje, że przyjęte w 2016 r. rozwiązanie, polegające na powierzeniu realizacji zadań służby BHP podmiotowi zewnętrznemu winno mieć charakter tymczasowy.

4. Zakres odpowiedzialności, uprawnień i obowiązków osoby sprawującej funkcję Inspektora Ochrony Radiologicznej z dnia 1 czerwca 2008 r. nie obejmował części zadań, określonych w art. 7<sup>2</sup> ustawy *Prawo atomowe*, do realizacji przez inspektora ochrony radiologicznej, a w szczególności dotyczących: [1] tworzenia lub udziału w tworzeniu procedur wewnętrznych i instrukcji pracy dotyczącej bezpieczeństwa jądowego i ochrony radiologicznej; [2] nadzoru nad realizacją programu pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy, programu pomiarów dawek indywidualnych oraz ewidencji dawek indywidualnych; [3] prowadzenia wykazu źródeł promieniowania jonizującego; [4] prowadzenia okresowych ocen stanu systemów bezpieczeństwa i ostrzegania; [5] dokonywania wstępnej oceny narażenia pracowników na podstawie wyników pomiarów dawek indywidualnych lub pomiarów

dozymetrycznych w środowisku pracy i przedstawiania jej kierownikowi jednostki organizacyjnej; [6] ustalania wyposażenia jednostki organizacyjnej w środki ochrony indywidualnej, przyrządy dozymetryczne oraz inne wyposażenie służące do ochrony pracowników przed promieniowaniem jonizującym, a także nadzoru nad działaniem aparatury dozymetrycznej, sygnalizacji ostrzegawczej i prawidłowym oznakowaniem miejsc pracy ze źródłami promieniowania jonizującego; [7] udziału w działaniach podejmowanych w zakresie zapobiegania zdarzeniom radiacyjnym, przygotowania do takich zdarzeń i reagowania na nie; [8] nadzoru nad postępowaniem ze źródłami promieniotwórczymi, materiałami jądrowymi oraz odpadami promieniotwórczymi w przypadku przekształcenia jednostki organizacyjnej albo zakończenia przez nią działalności oraz niezwłoczne informowanie organu, który wydał zezwolenie, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy *Prawo atomowe*, o naruszeniu wymagań bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej w tym zakresie.

Zadania te uwzględniono w aktualizacji zakresu czynności, sporządzonym i przyjętym do realizacji w dniu 27 października 2020 r., tj. podczas trwania czynności kontrolnych NIK.

(akta kontroli: Tom I str. 385-389, Tom II str. 759)

5. Na podstawie badania<sup>22</sup> przeprowadzonego na próbie dokumentacji osobowej 47 (wybranych losowo) pracowników medycznych Szpitala<sup>23</sup> stwierdzono, że w dokumentacji osobowej 23 pracowników, tj. 49% poddanych badaniu (12 pielęgniarek, jednej położnej, siedmiu lekarzy i trzech ratowników), nie było zaświadczenia o uczestniczeniu w szkoleniu przed objęciem stanowiska pracy. W ocenie NIK świadczy to o braku spełnienia przez pracodawcę obowiązku szkoleniowego pracowników w trybie określonym w przepisach w sprawie szkolenia w dziedzinie BHP w zakresie wynikającym § 7 rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*.

Prezes PCZ wyjaśniła, że przed zatrudnieniem w Szpitalu na stanowiskach pracownicy byli ustnie przeszkalani w wymaganym zakresie. Wskazała również, że przeprowadzenie szkolenia wstępnego w Szpitalu potwierdza zaświadczenie, które umieszcza się w aktach osobowych pracownika. Nie przedstawiła jednak brakujących dokumentów potwierdzających ten fakt.

(akta kontroli: Tom I str. 348-352, Tom II str. 703-752)

6. W zakresie odpowiedzialności, uprawnień i obowiązków kierownika Pracowni RTG – Inspektora Ochrony Radiologicznej PCZ, wskazano bezpośrednią podległość służbową tego stanowiska Dyrektorowi ds. Lecznictwa, a pośrednią Prezesowi PCZ. Było to niezgodne z art. 7 ust. 1 w związku z art. 7 ust. 5 ustawy *Prawo atomowe*, który wymaga bezpośredniego podporządkowania funkcji inspektora ochrony radiologicznej kierownikowi jednostki.

W złożonych wyjaśnieniach Prezes PCZ wskazała, że podporządkowanie tego pracownika Dyrektorowi ds. Medycznych spowodowane jest jednoczesnym zatrudnieniem tej samej osoby na stanowisku kierownika Pracowni RTG oraz Inspektora Ochrony Radiologicznej. Kierownicy komórek działalności podstawowej

<sup>22</sup> Mającego na celu ustalenie, czy w każdym przypadku pracownik objęty był obowiązkowym szkoleniem przed objęciem danego stanowiska oraz, czy uczestniczył w okresowych szkoleniach, a także, czy zakres tematyczny szkoleń obejmował zagadnienia określone w § 7 ust. 2 rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*.

<sup>23</sup> Kontrolą objęto dokumentację: 29 pielęgniarek (spośród 95), trzech położnych (spośród wszystkich 13), 10 lekarzy specjalności zabiegowych (spośród 24) i pięciu ratowników medycznych (wszystkich) spośród łącznie 137 pracowników zatrudnionych po wejściu w życie rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*, uczestniczących w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w 2020 r.

podlegają Dyrektorowi ds. Medycznych, natomiast Inspektor Ochrony Radiologicznej podlega nadzorowi Prezesa PCZ.

(akta kontroli: Tom I str. 385-389, Tom II str. 703-752)

7. W PCZ nie wprowadzono podziału lokalizacji miejsc pracy na tereny nadzorowane, tj. takie gdzie istnieje możliwość otrzymania dawek określonych dla pracowników kategorii B. Nie odpowiadało to wymogom art. 18 ustawy *Prawo atomowe*. Z uwagi na zakres prowadzonej działalności, w Szpitalu nie zachodziła potrzeba wyznaczenia terenów kontrolowanych.

Prezes PCZ wyjaśniła, że w Szpitalu nie wprowadzono terenów nadzorowanych ze względu na brak możliwości wystąpienia skażenia radiacyjnego. Pracownicy Pracowni RTG nie otrzymali dawki przekraczającej czułość dozymetru o 0,1 mSv, a co za tym idzie, nie było możliwości wystąpienia skażenia radiacyjnego zarówno w obrębie jak i poza obrębem pracowni.

(akta kontroli: Tom II str. 703-752)

NIK zauważa jednak, że przepisy 18 ust. 1 i 2 ustawy *Prawo atomowe* oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 20 lutego 2007 r. w sprawie *podstawowych wymagań dotyczących terenów kontrolowanych i nadzorowanych*<sup>24</sup>, jednoznacznie określają obowiązki kierownika jednostki i wymagania w zakresie podziału lokalizacji i oznaczenia miejsc pracy.

#### OCENA CZĄSTKOWA

Szpital przygotowany był do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. W ocenianym obszarze stwierdzono jednak nieprawidłowości polegające w szczególności na: [1] niedozwolonym łączeniu sprawowania funkcji Inspektora Nadzoru Radiologicznego i Kierownika Pracowni RTG; [2] szerszym, od wynikającego z § 2 ust. 1 pkt 1-22 rozporządzenia w sprawie *służby bhp*, określenia zakresu działania osób wykonujących na rzecz Szpitala zadania z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy; [3] braku określenia w strukturze organizacyjnej Szpitala bezpośredniego podporządkowania służby bhp oraz Inspektora Ochrony Radiologicznej Prezes PCZ; [4] nieobjęciu części pracowników narażonych na zranienia szkoleniem przed objęciem stanowiska pracy; [5] braku wprowadzenia podziału lokalizacji miejsc pracy na tereny nadzorowane.

#### OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

**2.1.** Procedura poekspozycyjna pn. „Postępowanie po ekspozycji na krew lub inny materiał potencjalnie zakaźny” (dalej: Procedura poekspozycyjna), wydanie III, została wprowadzona w życie 19 marca 2018 r. Obowiązkiem każdego pracownika było zapoznanie się z Procedurą poekspozycyjną, co potwierdzane było podpisem. Ponadto każdy nowoprzyjęty pracownik był szkolony z profilaktyki zakażeń szpitalnych, w tym z postępowania po ekspozycji zawodowej. W Szpitalu przeprowadzono również ankietę dotyczącą znajomości procedury i zasad tego postępowania. Za prawidłowe postępowanie po ekspozycji odpowiadał każdy pracownik, a nadzór sprawował kierownik komórki organizacyjnej i lekarz ordynator, natomiast na dyżurze odpowiednio również lekarz dyżurny.

<sup>24</sup> Dz. U. Nr 131, poz. 910.

PCZ zawarło umowę na udzielanie świadczenia specjalistycznej usługi medycznej w zakresie profilaktyki poekspozycyjnej z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu.

(akta kontroli: Tom II str. 584-627)

**2.2.** W Szpitalu prowadzono „Wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych” (dalej: Wykaz zranień), o którym mowa w § 6 pkt 3 rozporządzenia ws. *bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*. Wykaz ten prowadzony był przez pielęgniarkę epidemiologiczną.

Zakres danych ujmowanych w Wykazie zranień nie obejmował danych dotyczących modelu narzędzia, które spowodowało zranienie. Było to niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 4 tego rozporządzenia i opisane zostało w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości wystąpienia pokontrolnego*.

Ocena prawidłowości przeprowadzonych w kontrolowanym okresie postępowań poekspozycyjnych (wszystkich 28 przypadków odnotowanych w Wykazach zranień z lat 2017-2020), potwierdziła ich zgodność z Procedurą poekspozycyjną, ponieważ:

- 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;
- Prezes PCZ wskazała, że w badanym okresie nie zaszła konieczność dokonania zmian w Procedurze poekspozycyjnej.

(akta kontroli: Tom II str. 628-650)

**2.3.** W kontrolowanym okresie, w kolejnych latach 2017-2020, Szpital poniósł koszty postępowań poekspozycyjnych w kwotach: 2 716 zł w 2017 r.<sup>25</sup>, 3 395 zł w 2018 r.<sup>26</sup>, 6 790 zł w 2019 r.<sup>27</sup>, 4 074 zł w 2020 r.<sup>28</sup>.

W okresie objętym kontrolą nie było żadnego postępowania sądowego przeciwko Szpitalowi z tytułu ekspozycji zawodowej. Szpital nie wypłacił w okresie objętym kontrolą żadnych odszkodowań.

(akta kontroli: Tom II str. 651-652)

**2.4.** Obowiązek sporządzania *Raportu o bhp* (nie rzadziej niż raz na sześć miesięcy) oraz elementy, które powinien on zawierać, określone zostały w § 11 rozporządzenia ws. *bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*. Odpowiednio do postanowień § 12 tego rozporządzenia, pierwszy *Raport o bhp* pracodawca winien był sporządzić nie później niż do dnia 28 lutego 2014 r. W PCZ nie sporządzono pierwszego *Raportu o bhp* w wyznaczonym terminie. Zostało to opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości wystąpienia pokontrolnego*.

<sup>25</sup> Na badania serologiczne osoby ekspozowane i będącej źródłem materiału biologicznego takie jak: [1] anty HBS, [2] anty HCV, [3] anty HIV, [4] ASPAT i ALAT, [5] HBS Ag.

<sup>26</sup> Rodzaj badań nie uległ zmianie od roku 2017.

<sup>27</sup> Rodzaj badań nie uległ zmianie od roku 2017.

<sup>28</sup> Rodzaj badań nie uległ zmianie od roku 2017.

*Raporty o bhp* sporządzano począwszy od II półrocza 2016 r. (za okres od 1 lipca do 31 grudnia 2016 r.) za okresy półroczne w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

W raportach tych analizowano niezmiennie 50 rodzajów ostrych narzędzi używanych w Szpitalu. Do sprzętu bezpiecznego zaliczono: igłę motylkową z zabezpieczeniem, skalpel bezpieczny i trokar laparoskopowy bezpieczny.

(akta kontroli: Tom II str. 653-692)

**2.5.** Zgodnie z art. 84 ust. 1a ustawy *Prawo atomowe*, w PCZ został opracowany Zakładowy plan postępowania awaryjnego (dokument z dnia 22 sierpnia 2019 r.) dotyczący awarii przy stosowaniu aparatów rentgenowskich diagnostycznych. Określał on zadania dotyczące przygotowania do reagowania na zdarzenie radiacyjne i sposób realizacji tych zadań; reagowania na zdarzenie radiacyjne i sposób realizacji tych zadań oraz zarządzania sytuacją narażenia istniejącego powstałą w wyniku zdarzenia radiacyjnego i sposób realizacji tych zadań.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie sporządzano planu i nie przeprowadzono okresowych ćwiczeń w celu przeglądu i aktualizacji Zakładowego planu postępowania awaryjnego. Powyższe naruszało art. 96 ust. 1 ustawy *Prawo atomowe*, co opisane zostało w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości* wystąpienia pokontrolnego.

W okresie objętym kontrolą, tj. w latach 2017-2020, nie doszło do zdarzenia radiacyjnego.

(akta kontroli: Tom II str. 700-702)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Prowadzony w Szpitalu Wykaz zranień zawierał niepełne dane w zakresie modelu narzędzia, które spowodowało zranienie. W kolumnie dotyczącej rodzaju i modelu narzędzia wskazywano jedynie na jego rodzaj (nie podawano modelu), tj.: [1] w 2017 r.: ostrze noża, igła chirurgiczna, igła po wykonaniu iniekcji, igła po wykonaniu znieczulenia skóry przed założeniem szwów; [2] w 2018 r.: ostrze skalpela, kaniula-wenflon, igła lancetowa; [3] w 2019 r.: aparat do wykonywania badania laboratoryjnego, mandryn od wenflonu, igła do szycia rany, igła, igła do gazometrii, igła do znieczuleń, zachłapanie krwią worka spojówkowego<sup>29</sup>, igła, adapter do przetaczania krwi; [4] w 2020 r. skalpel, igła do iniekcji, igła insulinowa, igła do szycia, igła z wenflonu, lancet przy pobraniu krwi<sup>30</sup>, igły<sup>31</sup>, igła, igła z wenflonu. Było to niezgodne z § 10 ust. 1 i 2 rozporządzenia ws. *bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*.

Prezes PCZ w wyjaśnieniach złożonych na powyższą okoliczność wskazała, że nie można ustalić modelu narzędzia w dla wymaganego zapisu w Wykazie zranień. Nie podała jednak przyczyn tego stanu.

(akta kontroli: Tom II str. 628-650, 765)

2. W PCZ nie sporządzono pierwszego *Raportu o bhp* w terminie wyznaczonym w § 12 rozporządzenia ws. *bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*, tj. do 28 lutego 2014 r. Pierwszy *Raport o bhp* sporządzony został dopiero w czerwcu 2017 r.

<sup>29</sup> Podczas cięcia cesarskiego, bez wskazania rodzaju i modelu narzędzia.

<sup>30</sup> Przy porządkowaniu tacy.

<sup>31</sup> Podczas zamykania pojemnika twardościennego.

Jako przyczynę tego opóźnienia Prezes PCZ wskazała brak dokumentacji dotyczącej funkcjonowania poprzedniej pielęgniarki epidemiologicznej i zespołu BHP. Podała również, że obecnie raporty omawiane są na spotkaniach z kadrami medyczną i na szkoleniach z profilaktyki ekspozycji zawodowej.

(akta kontroli: Tom II str. 653-692, 751)

3. W PCZ nie przeprowadzono okresowych ćwiczeń w celu przeglądu i aktualizacji Zakładowego planu postępowania awaryjnego, pomimo że obowiązek ich przeprowadzenia – w oparciu o plan – nie rzadziej niż co dwa lub trzy lata<sup>32</sup> wynikał z art. 96 ust. 6 pkt 1 lit. a lub lit. b w zw. z art. 96 ust. 1 ustawy *Prawo atomowe*.

Prezes PCZ wyjaśniła, że w PCZ brak jest możliwości wystąpienia zdarzeń związanych ze skażeniem radiacyjnym. Wskazała również, że ćwiczenia ewakuacyjne miały zostać przeprowadzone w kwietniu 2020 r. Ze względu na sytuację panującą w kraju związaną z epidemią COVID-19 zostały przeniesione na październik 2020 r. W miesiącu tym sytuacja również nie pozwala na organizowanie ćwiczeń ewakuacyjnych, w związku z czym odbędą się one w najbliższym możliwym czasie.

(akta kontroli: Tom II str. 703-752)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Obowiązujące w Szpitalu procedury poekspozycyjne zostały w większości prawidłowo opracowane i były realizowane. Wyjątkiem w tym zakresie były stwierdzone nieprawidłowości polegające na: [1] prowadzeniu Wykazu zranień, który zawierał niepełne dane w zakresie modelu narzędzia, które spowodowało zranienie, [2] sporządzeniu pierwszego Raportu o bhp po terminie wyznaczonym w § 12 rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie* oraz [3] braku prowadzenia udokumentowanych ćwiczeń w celu przeglądu i aktualizacji Zakładowego planu postępowania awaryjnego.

## IV. Uwagi i wnioski

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

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

- Wnioski
1. Wprowadzenie zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala w celu zapewnienia bezpośredniego podporządkowania służby bhp Prezesowi PCZ.
  2. Doprowadzenie do zgodności zakresu obowiązków, powierzonych specjalistom BHP spoza zakładu pracy, z katalogiem zadań służby BHP, określonym w *rozporządzeniu w sprawie służby bhp*.
  3. Objęcie pracowników Szpitala obowiązkowym szkoleniem przed zatrudnieniem na stanowiskach związanych z narażeniem na zranienia stosownie do obowiązków wynikających z § 7 *rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*.
  4. Podjęcie działań w celu rozdzielenia funkcji Kierownika Pracowni RTG i Inspektora Ochrony Radiologicznej oraz podporządkowanie, w ramach podległości służbowej, stanowiska Inspektora Ochrony Radiologicznej bezpośrednio Prezesowi PCZ.

<sup>32</sup> W zależności od zakwalifikowania działalności jednostki organizacyjnej do kategorii zagrożeń.

5. Prowadzenie Wykazu zranień w sposób umożliwiający identyfikację modelu narzędzia, które spowodowało zranienie, zgodnie z § 10 ust. 1 i 2 rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*.

6. Wprowadzenie w PCZ podziału lokalizacji miejsc pracy na tereny nadzorowane, tam gdzie istnieje możliwość otrzymania dawek określonych dla pracowników kategorii B, stosownie do wymogów art. 18 ustawy *Prawo atomowe*.

7. Prowadzenie udokumentowanych ćwiczeń w celu przeglądu i aktualizacji Zakładowego planu postępowania awaryjnego, zgodnie z art. 96 ust. 6 pkt 1 lit. a lub lit. b w zw. z art. 96 ust. 1 ustawy *Prawo atomowe*.

## 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  
wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o *NIK* należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków 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  
Maria Ossowska  
Główny specjalista kontroli państwowej

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

.....  
*podpis*

.....  
*podpis*