



LKA.430.004.2020
Nr ewid. 93/2021/P/20/061/LKA

Informacja o wynikach kontroli

EKSPOZYCJA ZAWODOWA W OCHRONIE ZDROWIA

DELEGATURA W KATOWICACH

MISJA

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

WIZJA

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

Informacja o wynikach kontroli

Ekspozycja zawodowa w ochronie zdrowia

Dyrektor Delegatury NIK w Katowicach



Piotr Miklis

Akceptuję:

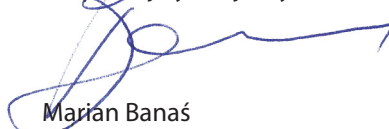
Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli



Małgorzata Motylow

Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Marián Banaś

Warszawa, dnia 25.05.2007

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

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ.....	4
1. WPROWADZENIE.....	6
2. OCENA OGÓLNA	8
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI.....	9
4. WNIOSKI.....	15
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	16
5.1. Przygotowanie świadczeniodawców do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.....	16
5.2. Prawdliwość działań podejmowanych przy opracowywaniu i realizacji procedur postępowania poekspozycyjnego	37
6. ZAŁĄCZNIKI	43
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	43
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych.....	47
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności.....	62
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	63
6.5. Stanowisko Ministra Zdrowia do informacji o wynikach kontroli.....	64
6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra Zdrowia.....	72

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

Ekspozycja zawodowa	zdefiniowana na potrzeby niniejszej kontroli – ekspozycja (narażenie) pracownika na oddziaływanie czynników niebezpiecznych i szkodliwych w czasie wykonywania obowiązków zawodowych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
Kodeks pracy	ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, ze zm.);
Służba bhp	służba bezpieczeństwa i higieny pracy, o której mowa w art. 237 ¹¹ § 1 Kodeksu pracy;
Komisja bhp	komisja bezpieczeństwa i higieny pracy, o której mowa w art. 237 ¹² § 1 Kodeksu pracy;
Rozporządzenie ws. służby bhp	rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 września 1997 r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. Nr 109 poz. 704, ze zm.);
Rozporządzenie ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie	rozporządzenie 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 (Dz. U. poz. 696);
Materiał zakaźny	materiał biologiczny potencjalnie zakaźny: krew, wydaliny i wydzieliny zawierające widoczne domieszki krwi (kał, mocz, wymiociny, wydaliny z nosa), płyn mózgowo-rdzeniowy, opłucnowy, maziowy, osierdziowy, otrzewnowy, nasienie, wydzielina pochwowa;
Ekspozycja na materiał potencjalnie zakaźny lub Narażenie na materiał potencjalnie zakaźny	zdefiniowana na potrzeby niniejszej kontroli – ekspozycja (narażenie) na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy, do której doszło w wyniku uszkodzenia skóry na skutek zakłucia, skaleczenia; zachłapania błon śluzowych, skóry uszkodzonej lub nieuszkodzonej; ugryzienia;
Ostre narzędzia	wyroby medyczne ¹ służące do cięcia, kłucia oraz mogące spowodować zranienie i w efekcie przeniesienie zakażenia;
Prawo atomowe	ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz. U. z 2021 r. poz. 623);
Promieniowanie jonizujące	zgodnie z art. 3 pkt 33 Prawa atomowego – promieniowanie składające się z cząstek bezpośrednio lub pośrednio jonizujących albo z obu rodzajów tych cząstek lub fal elektromagnetycznych o długości do 100 nm (nanometrów). Sztucznie wytworzone promieniowanie jonizujące jest stosowane w medycynie do celów diagnostycznych i leczniczych, głównie w: rentgenodiagnostyce, tomografii komputerowej, pozytonowej tomografii emisyjnej (PET), radiologii zabiegowej i radioterapii;
Rozporządzenie ws. bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi (Dz. U. Nr 180 poz. 1325);

¹ Por. definicję wyrobów medycznych z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz.186).

Rozporządzenie ws. dawek granicznych promieniowania jonizującego	rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie dawek granicznych promieniowania jonizującego (Dz. U. Nr 20 poz. 168);
Kategoria A lub B pracowników	dwie kategorie pracowników ustalane w zależności od przewidywanego poziomu narażenia tych pracowników na promieniowanie jonizujące; kategoria A obejmuje pracowników, którzy mogą być narażeni na dawkę skuteczną (efektywną) przekraczającą 6 mSv ² w ciągu roku lub 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;
Ekspozycja na promieniowanie jonizujące lub Narażenie na promieniowanie jonizujące	zgodnie z art. 3 pkt 15 Prawa atomowego – proces, w którym organizm ludzki podlega napromienieniu promieniowaniem jonizującym;
Ustawa o NIK	ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2020 r. poz. 1200);
Pracodawca	zgodnie z art. 3 Kodeksu pracy – pracodawcą jest jednostka organizacyjna, choćby nie posiadała osobowości prawnej, a także osoba fizyczna, jeżeli zatrudniają one pracowników;
Pracownicy	osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę, a także osoby fizyczne wykonujące pracę na innej podstawie niż stosunek pracy, doktoranci, studenci i uczniowie niebędący pracownikami oraz wolontariusze, a także osoby prowadzące pod nadzorem pracodawcy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę działalność gospodarczą na własny rachunek ³ ;
Program zapewnienia jakości	zgodnie z art. 3 pkt 32 Prawa atomowego – system działań gwarantujący spełnienie określonych wymagań bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej oraz przeprowadzenie sprawnego postępowania w przypadku wystąpienia zdarzenia radiacyjnego w zależności od prowadzonej działalności, a w przypadku działalności z materiałami jądrowymi lub obiektami jądrowymi - gwarantujący także spełnienie wymagań ochrony fizycznej;
PAA	Państwowa Agencja Atomistyki.

² mSv – milisiwert; siwert to jednostka równoważnika dawki promieniowania jonizującego stosowana w układzie SI, milisiwert to jedna tysięczna siwerta.

³ Definicja przyjęta na potrzeby niniejszej kontroli na podstawie przepisów Kodeksu pracy (art. 2) oraz rozporządzenia ws. *bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie* (§ 1 ust. 3).

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy przygotowanie i sposób reagowania świadczeniodawców był adekwatny w przypadku wystąpienia zdarzeń niepożądanych przy wykonywaniu prac związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy świadczeniodawcy byli odpowiednio przygotowani do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń?
2. Czy podmioty lecznicze podejmowały prawidłowe działania przy opracowywaniu i realizacji procedur postępowania poekspozycyjnego?

Jednostki kontrolowane

Kontrolą objęto 12 podmiotów leczniczych, w tym cztery szpitale kliniczne, pięć szpitali wojewódzkich i trzy szpitale powiatowe.

Okres objęty kontrolą

Lata 2017–2020

Bezpieczeństwo sanitarne osób udzielających i korzystających ze świadczeń leczniczych jest od lat przedmiotem kontroli NIK⁴. Kwestia zagrożenia biologicznego okazała się także istotna wobec stałego wzrostu liczby zakażeń wirusem SARS-CoV-2 (także wśród pracowników ochrony zdrowia). Osoby zatrudnione w sektorze opieki zdrowotnej, z racji wykonywanych czynności, są szczególną grupą eksponowaną na szereg czynników niebezpiecznych i szkodliwych, które stanowią zagrożenie dla ich zdrowia, narażają ich na choroby zawodowe i wypadki przy pracy. Pracownicy ochrony zdrowia narażeni są na⁵:

- zagrożenia biologiczne, związane z zakażeniami wynikającymi ze zranień igłą czy kontakt z chorobami zakaźnymi;
- zagrożenia fizyczne, związane z narażeniem na działanie promieniowania jonizującego;
- zagrożenia chemiczne, związane z lekami stosowanymi w leczeniu nowotworów oraz ze środkami dezynfekującymi;
- zagrożenia ergonomiczne – np. podczas przemieszczania pacjenta;
- zagrożenia psychospołeczne – wynikające z pracy w systemie zmianowym oraz związane z silnie nacechowanymi emocjonalnie relacjami z pacjentami, z konfrontacją z bólem i śmiercią oraz z agresywnym zachowaniem pacjentów.

Zagrożenia te sprawiają, że środowisko pracy w ochronie zdrowia jest obszarem wysokiego ryzyka dla pracowników. W niniejszej kontroli skoncentrowano się na zagadnieniach dotyczących ekspozycji pracowników ochrony zdrowia na zranienia ostrymi narzędziami i promieniowanie jonizujące.

W Polsce w placówkach ochrony zdrowia codziennie dochodzi do ok. 100 zranień związanych z używaniem sprzętu medycznego przez pracowników służby zdrowia (ok. 37 000 zranień rocznie). Oznacza to, że na 100 łóżek szpitalnych rocznie przypada 12–30 zakłuć. Personel medyczny nie jest zabezpieczony na wypadek zranień. Szacuje się, że zgłaszane jest tylko jedno na sześć zranień (16%)⁶. Każdy przypadek zmaterializowania się ryzyka zranienia lub napromieniowania przy pracy w opiece zdrowotnej, może nieść za sobą szkodę zdrowotną dla pracownika, a także wysokie koszty dla pracodawcy i dla państwa (nieobecność w pracy, zwolnienia, renta, odszkodowania). Problem zakłuć/zranień wśród personelu pracującego w placówkach ochrony zdrowia może dotyczyć nie mniej niż 247,5 tys. pracowników⁷.

⁴ Np. w 2017 roku NIK przeprowadziła kontrolę zakażeń w podmiotach leczniczych (P/17/060) <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/17/060/>.

⁵ Według streszczenia raportu pt. „Istniejące i nowe zagrożenia w sektorze opieki zdrowotnej, w tym w opiece domowej i pozaszpitalnej” z 2014 r. – Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (EU-OSHA).

⁶ „Ekspozycja zawodowa – problem wciąż aktualny”, Aneta Trzczińska Forum Nefrologiczne 2016 r., tom 9, nr 1, 66–71.

⁷ Według danych zamieszczonych w *Biuletynie statystycznym 2020* Centrum e-Zdrowia. W grupie pracowników potencjalnie narażonych na zakłucia uwzględniono osoby zatrudnione w placówkach ochrony zdrowia według podstawowego miejsca zatrudnienia, według stanu na 31 grudnia 2019 r., tj.: pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni, lekarze, dentyści, lekarze specjaliści w zakresie: chirurgii, położnictwa i ginekologii, anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej.

Z dniem 11 maja 2013 r. (data wdrożenia Dyrektywy 2010/32/UE) ustalony został obowiązek natychmiastowego raportowania o zranieniu. W Polsce tylko część szpitali realnie wdrożyła tę procedurę, zatem brak jest rzetelnych danych w tym zakresie. Placówki służby zdrowia zobowiązane są do przeprowadzania odpowiednich szkoleń z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przygotowywania okresowych raportów. Jednak dokumentacja sporządzana przez te placówki nie przyczynia się do poprawy sytuacji. Problemem może być też fakt, że podmioty lecznicze nie są zobligowane do raportowania przypadków zranień do jakiegokolwiek zewnętrznej instytucji. Z tego powodu eksperci nie są w stanie określić, w jaki sposób raporty wpływają na poprawę bezpieczeństwa pracy. Istnieje także przekonanie, że osoby zarządzające placówkami bagatelizują ten problem.

Nieznana jest również liczba przypadków szkodliwego napromieniowania pracowników podmiotów leczniczych, choć zdarzenia takie, ze względu na powszechność stosowania procedur wykorzystujących promieniowanie, bez wątpienia mają także miejsce. Biorąc pod uwagę liczbę pracujących w systemie ochrony zdrowia pielęgniarek, techników elektroradiologii oraz lekarzy radiologów, potencjalne narażenie na promieniowanie jonizujące może dotyczyć populacji nie mniejszej niż 192,5 tys. pracowników⁸, a na napromieniowanie może być narażone bezpośrednio nawet 14% pracowników podmiotów leczniczych⁹.

⁸ Według danych zamieszczonych w *Biuletynie statystycznym 2020* Centrum e-Zdrowia – stan na 31 grudnia 2019 r.

⁹ Szacunek na podstawie danych o zatrudnieniu w jednostkach objętych nin. kontrolą i liczbie osób narażonych w nich na promieniowanie jonizujące.

2. OCENA OGÓLNA

Niepełne przygotowanie i nie zawsze właściwy sposób reagowania świadczeniodawców w przypadku wystąpienia zdarzeń niepożądanych przy wykonywaniu prac związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych

Skontrolowane szpitale nie były w pełni przygotowane na wystąpienie u pracowników opieki zdrowotnej zdarzeń niepożądanych przy diagnozowaniu i leczeniu chorych (wykonywaniu prac związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych). Z tego też powodu w 1/3 spośród skontrolowanych 12 podmiotów wystąpiły nieprawidłowości w reagowaniu na takie zdarzenia.

Jednostki objęte kontrolą w większości (10 szpitali) nie były optymalnie przygotowane do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zranienia lub napromieniowania pracowników zaangażowanych przy udzielaniu świadczeń. Nieprawidłowości wykryte w tym obszarze dotyczyły organizacji oraz działania Służby i Komisji bhp w jednostkach (dziewięć przypadków), sposobu dokonywania ocen ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami (sześć przypadków) i zaniechania szkolenia pracowników w tej dziedzinie (siedem przypadków). Większość szpitali (osiem przypadków) nie zwiększała systematycznie wydatków na eliminowanie z użycia narzędzi niebezpiecznych, na rzecz wykorzystywania bezpiecznych igieł, nożyczek, skalpeli itp., co wyjaśniano m.in. wysokim kosztem zakupu tych narzędzi i trudną sytuacją finansową szpitali.

W kontrolowanych jednostkach w latach 2017–2020 odnotowano łącznie 1130 przypadków ekspozycji. Szczegółowe badanie wylosowanej próby (548 przypadków) wykazało, że gdy doszło do zranienia, większość, tj. osiem podmiotów leczniczych, realizowała prawidłowo procedury postępowania poekspozycyjnego. Wystąpiły jednak przypadki opóźnionego zgłaszania zranień lub niesporządzania protokołów po ekspozycji a także przypadki zaniechania powtórzonego badania krwi osoby zranionej po upływie czasu przewidzianego w procedurze postępowania poekspozycyjnego. Nieprawidłowości te powodowały ryzyko ujawnienia się skutków ekspozycji w późniejszym okresie z negatywnymi konsekwencjami dla poszkodowanych pracowników. W większości skontrolowanych podmiotów (osiem) nierzetelnie realizowano obowiązek sporządzania raportów o bezpieczeństwie i higienie pracy dotyczących zranień ostrymi narzędziami. W ocenie NIK ograniczono w ten sposób możliwość bieżącego korygowania błędów i niwelowania obszarów ryzyka w drodze wyciągnięcia wniosków z negatywnych zdarzeń.

Nie stwierdzono przypadków niekontrolowanego napromienienia pracowników jednostek objętych niniejszą kontrolą NIK. Jednak we wszystkich szpitalach – choć w różnym wymiarze – wystąpiły nieprawidłowości świadczące o niezapewnieniu pełnej ochrony pracownikom zatrudnionym w warunkach narażenia na promieniowanie. Były to:

- zaniechanie uzyskania, przed zatrudnieniem pracowników do pracy w warunkach narażenia na promieniowanie, informacji o dawkach pochłoniętych przez nich wcześniej u innych pracodawców (osiem szpitali – wszystkie, w których istniał obowiązek podejmowania takich działań);
- przypadki zaniechania przeprowadzania ćwiczeń awaryjnych mających na celu przegląd i aktualizację zakładowych planów postępowania awaryjnego (w sześciu szpitalach z 12);
- przypadki niedopełnienia obowiązków dotyczących szkolenia pracowników w dziedzinie ochrony radiologicznej (w czterech z 12 szpitali);
- zaniechania w prowadzeniu rejestru dawek promieniowania i przekazywaniu danych do centralnego rejestru dawek (w czterech z 12 szpitali);
- nieprawidłowości dotyczące wewnętrznego nadzoru nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej (trzy przypadki);
- przypadki nieodpowiedniego wyznaczania terenów kontrolowanych lub nadzorowanych (trzy przypadki),
- incydenty związane z niezapewnieniem odpowiedniej opieki medycznej pracownikom zakwalifikowanym do kategorii A narażenia na promieniowanie (dwa na cztery szpitale, w których zatrudniano pracowników tej kategorii narażenia).

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

W skontrolowanych jednostkach wystąpiły nieprawidłowości w spełnianiu wymogów dotyczących organizacji i funkcjonowania Służby bhp.

Nie zawsze właściwe utworzenie i funkcjonowanie Służby bhp

We wszystkich skontrolowanych szpitalach, odpowiednio do wymogu art. 237¹¹ § 1 Kodeksu pracy, utworzono organ doradczo-kontrolny pracodawcy – Służbę bhp, przy czym w jednym podmiocie wykonywanie jej zadań powierzono firmie zewnętrznej, czego nie przewiduje Kodeks pracy w przypadku pracodawcy zatrudniającego powyżej 100 osób.

W 83% podmiotów zapewniono właściwą podległość Służby bhp (bezpośrednio pracodawcy). W dwóch podmiotach sposób jej organizacji nie zapewniał bezpośredniej podległości osobie zarządzającej, co naruszało przepis § 1 ust. 5 rozporządzenia ws. służby bhp. W ocenie NIK podporządkowanie tej służby kierownictwu średniego szczebla może ograniczać skuteczność wykonywania przez nią funkcji kontrolnych i reagowania na zagrożenia. [str. 16–17]

Podległość Służby bhp



W trzech szpitalach (25%) skład osobowy Służby bhp nie spełniał wymogów rozporządzenia ws. służby bhp (§ 1 ust. 3 i 4), dotyczących minimalnej liczby pracowników tej komórki.

Niewłaściwa liczebność Służby bhp

We wszystkich szpitalach osoby wchodzące w skład Służby bhp spełniały wymagania kwalifikacyjne określone w § 4 ust. 2 rozporządzenia ws. służby bhp, dotyczące zarówno odpowiedniego wykształcenia, jak i stażu pracy. Wszyscy pracownicy ukończyli również szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy dla pracowników tej służby, odpowiednio do wymogu art. 237¹¹ § 2 Kodeksu pracy.

W każdym podmiocie Służba bhp sporządzała i przedstawiała pracodawcy coroczne analizy stanu bezpieczeństwa i higieny pracy, zawierające m.in. propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy. W większości (poza jednym szpitalem) przeprowadzano także kontrole warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bhp. [str. 17–18]

W 10 z 11 skontrolowanych szpitali zobowiązanych do powołania Komisji bhp dopełniono tego obowiązku. Utworzenie tego organu odbyło się poprzez wydanie odpowiednich zarządzeń przez kierowników podmiotów. Stosownie do art. 237¹² § 1 Kodeksu pracy, w skład Komisji bhp wchodziłi przedstawiciele pracodawcy (w tym pracownicy Służby bhp), lekarze sprawujący profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, przedstawiciele pracowników (w tym społeczni inspektorzy pracy).

Komisja bhp

W przypadku dwóch szpitali (18% zobowiązanych do utworzenia Komisji bhp) powołane gremia nie spełniały ustawowych wymogów dotyczących ich składu. [str. 18–20]

Niewłaściwe składy Komisji bhp

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Niewłaściwa
częstotliwość
posiedzeń Komisji
bhp



W sześciu podmiotach (60% spośród 10, w których ustanowiono komisje) posiedzenia organizowane były z niewłaściwą częstotliwością, w tym w jednym przypadku w okresie objętym kontrolą w ogóle nie odbyło się żadne takie spotkanie, wbrew wymogom określonym w art. 237¹³ § 2 Kodeksu pracy.

[str. 21–22]

Nierzetelne oceny
ryzyka zawodowego
związanego
ze zranieniami na danym
stanowisku pracy

We wszystkich skontrolowanych szpitalach przeprowadzono oceny ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami, jednakże nie w każdym przypadku odbyło się to zgodnie z obowiązującymi uregulowaniami.

W jednym szpitalu oceny ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami objęły tylko część stanowisk pracy, na których może dojść do zranienia ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

W trzech szpitalach, choć sporządzono oceny ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami, to przy ich opracowaniu nie uwzględniono wszystkich wymogów określonych w § 3 ust. 1 rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*. Odnosiły się one 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 czynniki¹⁰.



W połowie podmiotów objętych kontrolą, oceny ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami nie były aktualizowane po upływie dwóch lat od daty ich sporządzenia, co stanowiło naruszenie § 3 ust. 2 *rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*.

[str. 22–23]

Częściowo odpowiednie
działania eliminujące
lub ograniczające ryzyko
narażenia wystąpienia
zranień ostrymi
narzędziami

W skontrolowanych szpitalach pracodawcy podejmowali szereg działań technicznych i organizacyjnych służących poprawie warunków pracy. Między innymi tak organizowano miejsca udzielania świadczeń, by minimalizować narażenia, opracowano procedury, zagwarantowano środki ochrony indywidualnej, odpowiednie do rodzaju i stopnia narażenia, zapewniano odpowiednie szczepienia ochronne pracowników oraz dokonywano zakupów bezpiecznego sprzętu. Należy jednak zaznaczyć, że nie we wszystkich przypadkach działania te odpowiadały np. postulowanemu przez środowiska zawodów medycznych zwiększeniu udziału bezpiecznego sprzętu stosowanego przy realizacji świadczeń medycznych. Kontrola wykazała, że w okresie objętym kontrolą tylko w czterech szpitalach odnotowano stały, coroczny wzrost zakupów bezpiecznego sprzętu, a w jednym – w ogóle nie dokonywano zakupu bezpiecznych wyrobów medycznych (stosowano jedynie bezpieczne ampułki). Ponadto choć do zranień najczęściej dochodzi w związku ze stosowaniem szklanych ampułek oraz igieł iniekcyjnych, to w dwóch

¹⁰ Dz. U. Nr 81, poz. 716, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników narażonych na te czynniki.

podmiotach nadal nie stosowano bezpiecznych ampułek bezigłowych, a w pięciu podmiotach nie dokonywano zakupów bezpiecznych igieł do pobierania krwi. [str. 24–27]

W 11 szpitalach (92%) opracowano i wdrożono procedury bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami, także będącymi odpadami medycznymi. Regulacje te dostępne były w formie papierowej i elektronicznej, udostępniono je w każdej jednostce organizacyjnej podmiotu oraz obejmowały cały personel pracujący z pacjentami.

Opracowanie i wdrożenie procedur postępowania z ostrymi narzędziami oraz używania środków ochrony indywidualnej

We wszystkich podmiotach opracowano i wdrożono procedury używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej, przy czym w tylko w jednym podmiocie regulacje te nie zostały udostępnione w formie elektronicznej. [str. 27–28]

Tylko w przypadku pięciu szpitali (42%) zapewniono właściwą realizację obowiązków dotyczących prowadzenia systematycznych szkoleń mających na celu zapobieganie narażeniu na materiał potencjalnie zakaźny i jego skutkom.

Zaniechania w zakresie szkoleń pracowników dotyczących zapobiegania narażeniu na zranienia



W siedmiu szpitalach (58%) nie zapewniono odpowiedniego szkolenia pracowników, z powodu niewłaściwego (ograniczonego) ich zakresu, bądź zbyt małej częstotliwości ich przeprowadzania lub objęcia nimi tylko części personelu.

[str. 28–30]

Stosownie do art. 7 ust. 2 Prawa atomowego, w szpitalach opracowano i wdrożono programy zapewnienia jakości. Programy te obejmowały całą działalność szpitali związaną z narażaniem na promieniowanie jonizujące, a w przypadkach tego wymagających – programy podlegały bieżącej aktualizacji. [str. 31]

Opracowanie i wdrożenie programów zapewnienia jakości

W jednym podmiocie nie zapewniono właściwego nadzoru nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej, sprawowanego przez inspektora ochrony radiologicznej. Ustalono bowiem, że w szpitalu przez ponad siedem miesięcy nie zatrudniano w ogóle inspektora ochrony radiologicznej, a przez kolejne trzy miesiące funkcję tę pełniła osoba bez stosownych uprawnień, co było niezgodne z art. 7 ust. 3 Prawa atomowego.

Nie zawsze właściwy wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej

Co do zasady inspektorzy rzetelnie realizowali swoje obowiązki i korzystali z przysługujących im uprawnień, poza jednym przypadkiem – ustalenia i wykonywania ograniczonego, w stosunku do przepisu art. 7² Prawa atomowego, zakresu odpowiedzialności, uprawnień i obowiązków inspektora ochrony radiologicznej. [str. 31–32]

We wszystkich skontrolowanych szpitalach pracownicy wykonujący czynności w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące na ogół mieli zapewnioną właściwą opiekę medyczną (poza trzema przypadkami, w których pracownicy zaliczani do kategorii A nie byli objęci właściwym nadzorem medycznym). Pracownicy mieli także aktualne orzeczenia lekarskie o zdolności do pracy, w tym stwierdzające brak przeciwwskazań do pracy w warunkach narażenia.

Zapewnienie ochrony pracownikom zatrudnionym w warunkach narażenia na promieniowanie

Pracownikom tym zapewniono także środki ochrony indywidualnej, aparaturę dozymetryczną (dozymetry indywidualne, pierścionkowe oraz dozymetry środowiskowe) w ilości zapewniającej objęcie dozymetrią osobistą wszystkich pracowników narażonych na promieniowanie. Pomiary indywidualnych dawek promieniowania sprawdzane i odczytywane były przez profesjonalne laboratoria radiometryczne.

We wszystkich skontrolowanych szpitalach pracownicy zatrudnieni w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące zostali odpowiednio zakwalifikowani do poszczególnych kategorii narażenia (A lub B). [str. 32–33]

Zaniechania w występowaniu z wnioskiem o informację z CRD

Spośród ośmiu podmiotów, w których w okresie objętym kontrolą przed zatrudnieniem pracownika do pracy w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące zachodziła konieczność uzyskania z centralnego rejestru dawek (dalej: CRD) informacji o dawkach promieniowania otrzymanych przez tego pracownika, tylko w jednym wystąpiono ze stosownymi wnioskami do Prezesa PAA, ale tylko w odniesieniu do pracowników zakwalifikowanych do kategorii A, co stanowiło naruszenie art. 22 ust. 1 Prawa atomowego, który wymaga aby kierownik jednostki organizacyjnej przed zatrudnieniem pracownika w warunkach narażenia wystąpił do Prezesa PAA z wnioskiem o informację z centralnego rejestru dawek o dawkach otrzymanych przez tego pracownika w roku kalendarzowym, w którym występuje z wnioskiem, oraz w okresie czterech poprzednich lat kalendarzowych. Tymczasem przywołana powyżej norma prawna nie uzależnia występowania do Prezesa PAA z wnioskami o informację z CRD o dawkach otrzymanych przez nowo zatrudnionego pracownika od kategorii narażenia, do której zaliczony jest pracownik. Uzyskanie takich informacji ma przyczynić się do wyeliminowania przypadków zatrudnienia pracowników w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, u których w innym zakładzie pracy wystąpiło przekroczenie dawki granicznej promieniowania jonizującego. [str. 34]

Niewłaściwy nadzór medyczny nad pracownikami

Spośród czterech szpitali, w których pracownicy zakwalifikowani zostali do kategorii A, w dwóch nie zapewniono im właściwego nadzoru medycznego, co stanowiło naruszenie art. 30 Prawa atomowego, który stanowi, że za nadzór medyczny nad pracownikami kategorii A odpowiedzialny jest kierownik jednostki organizacyjnej oraz uprawniony lekarz, któremu zapewnia się dostęp do informacji niezbędnych do wydania orzeczenia o zdolności tych pracowników do wykonywania określonej pracy. [str. 34–35]

Niedopełnienie obowiązku przekazywania danych do CRD

W dwóch szpitalach (spośród tych czterech) nie wywiązano się z obowiązku wynikającego z § 8 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 marca 2007 r. w sprawie wymagań dotyczących rejestracji dawek indywidualnych¹¹, tj. nie przekazywano do centralnego rejestru dawek, prowadzonego przez Prezesa PAA, danych dotyczących dawek promieniowania jonizującego pochłoniętych przez pracowników zaliczonych do kategorii A. W dwóch innych szpitalach stwierdzono także nieprawidłowości dotyczące prowadzenia rejestru dawek indywidualnych. [str. 35]

¹¹ Dz. U. Nr 131, poz. 913; dalej: rozporządzenie w sprawie rejestracji dawek indywidualnych.

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI



W czterech (33%) spośród 12 skontrolowanych podmiotów stwierdzono nieprawidłowości w zakresie szkoleń wstępnych dotyczących ochrony radiologicznej pracowników.

[str. 35]

Poddane kontroli pracownice rentgenowskie, gabinety rentgenowskie oraz pracownice mammograficzne spełniały wymagania określone w rozdziale 2 §§ 2–20 rozporządzenia ws. bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi.

W tych pracowniach znajdowały się dokumenty wymienione w § 22 tego rozporządzenia.

W jednym przypadku dopuszczono do sytuacji stosowania w pracowni rtg aparatu rentgenowskiego przed uzyskaniem stosownego zezwolenia w tym zakresie.

[str. 36]

W trzech spośród 12 skontrolowanych szpitali stwierdzono nieprawidłowości dotyczące podziału lokalizacji miejsc pracy na tereny kontrolowane (w których istnieje narażenie na pochłonięcie dawek określonych dla pracowników zaliczonych do kategorii A) i nadzorowane (w których istnieje narażenie na pochłonięcie dawek określonych dla pracowników zaliczonych do kategorii B), o którym mowa w art. 18 ust. 1 i 2 Prawa atomowego.

[str. 36–37]

We wszystkich szpitalach opracowano i wdrożono procedury postępowania poekspozycyjnego, obejmujące informacje wymagane § 9 ust. 1 i 2 rozporządzenia ws. *bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*.

[str. 37–38]

Stosownie do wymogu § 6 pkt 3 rozporządzenia ws. *bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*, we wszystkich szpitalach prowadzono wykazy zranień ostrymi narzędziami. W ośmiu podmiotach wykazy zawierały wszystkie informacje określone w § 10 ust. 1 tego rozporządzenia oraz odzwierciedlały stan faktyczny.



W czterech szpitalach (33% skontrolowanych) stwierdzono, że rejestry te prowadzone były nierzetelnie, bądź zawierały niedozwolone informacje – dane osobowe, co stanowiło naruszenie § 10 ust. 2 powyższego rozporządzenia.

[str. 38]

Badanie prawidłowości przebiegu postępowań poekspozycyjnych w przypadkach zranień wykazało w czterech podmiotach nieprawidłowości dotyczące stosowania procedur po ekspozycji, związane z zaniedbaniami pracowników oraz niewystarczającym nadzorem pracodawcy nad przestrzeganiem tych regulacji. W związku z tym wystąpiły opóźnienia w zgłaszaniu zdarzeń ekspozycji, stosowano niewłaściwie opracowane formularze zgłaszania zdarzeń bądź dokumentacja dotycząca zdarzeń była nierzetelna (nie zawierała wszystkich danych wymaganych procedurą poekspozycyjną), pracownicy nie wykonywali wszystkich badań diagnostycznych (kontrolnych), które przewidywały procedury.

[str. 39–40]

Zaniechania w szkoleniach wstępnych dotyczących ochrony radiologicznej

Spełnienie wymogów w pracowniach i gabinetach

Przypadki nieodpowiedniego wyznaczania terenów kontrolowanych i nadzorowanych

Właściwe opracowanie procedur postępowania po ekspozycji zawodowej na zranienie

Wykazy zranień ostrymi narzędziami

Nierzetelne dane w wykazach zranień

Nie zawsze odpowiedni przebieg postępowań poekspozycyjnych

Nierzetelne sporządzanie raportów o bhp dotyczących zranień ostrymi narzędziami



W ośmiu szpitalach (67% skontrolowanych) stwierdzono nieprawidłowości w odniesieniu do realizacji obowiązku sporządzania raportów o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Obecnie brak też jest mechanizmów raportowania takich zdarzeń do Państwowej Inspekcji Sanitarnej, choć oczywistym jest, że wiedza na temat ich liczby i charakteru konieczna jest do przeprowadzenia przez organy inspekcji sanitarnej analizy ryzyka poprzedzającej kontrole w podmiotach leczniczych. Brak jest także mechanizmów pozwalających na dostęp do rzetelnej informacji o zranieniach (przyczyny, skutki, częstotliwość) co w konsekwencji uniemożliwia podejmowanie skutecznych działań profilaktycznych, zmniejszających ryzyko wystąpienia tych negatywnych zdarzeń w podmiotach innych niż te, w których dane zdarzenia miały miejsce. [str. 41]

Brak okresowych ćwiczeń w celu przeglądu i aktualizacji planów postępowania awaryjnego



Choć we wszystkich skontrolowanych podmiotach opracowano zakładowe plany postępowania awaryjnego, o których mowa w art. 84 Prawa atomowego, to jednak w połowie szpitali nie przeprowadzono okresowych ćwiczeń w celu przeglądu i aktualizacji tych planów.

[str. 42]

4. WNIOSKI

Mając na uwadze wyniki niniejszej kontroli NIK wnioskuje o podjęcie nowelizacji przepisów i doprecyzowanie art. 22 ust. 1 Prawa atomowego, by pracodawca, każdorazowo przy zatrudnianiu pracownika na stanowisko pracy narażające go na promieniowanie jonizujące, miał jednoznacznie określony obowiązek weryfikowania dotychczasowego poziomu napromieniowania danego kandydata.

Minister Rodziny, Pracy
i Polityki Społecznej

Na podstawie wyników kontroli NIK wnosi o wprowadzenie obowiązku przekazywania do Państwowej Inspekcji Sanitarnej, informacji dotyczących liczby zranień przy wykonywaniu pracy na stanowisku zagrożonym takimi zdarzeniami, które zgodnie z art. 10 i 11 rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*, wykazano w raportach bhp podmiotów leczniczych. Dane posłużą do bieżącego nadzoru PIS, odpowiedzialnego za przestrzeganie przepisów w tym zakresie.

Minister Zdrowia

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

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

Skontrolowane podmioty były tylko częściowo przygotowane do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń. Choć w większości szpitali właściwie powołano Służbę i Komisję bhp, to jednak nie ustrzeżono się nieprawidłowości w ich funkcjonowaniu.

W szpitalach podejmowano działania eliminujące lub ograniczające ryzyko wystąpienia zranień ostrymi narzędziami, w tym opracowano i wdrożono procedury postępowania z ostrymi narzędziami oraz używania środków ochrony indywidualnej, stosowano ostry sprzęt medyczny z zabezpieczeniami, szkolono także pracowników. Jednakże nie w każdym przypadku pracodawcy należycie wywiązywali się z obowiązków ustalonych w rozporządzeniu *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*.

Również w obszarze ochrony pracowników przed szkodliwym napromieniowaniem stwierdzono przypadki niespełnienia niektórych wymogów służących zapewnieniu bezpieczeństwa pracowników zatrudnionych w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące.

Utworzenie Służby bhp

We wszystkich skontrolowanych podmiotach stan zatrudnienia w każdym roku okresu objętego kontrolą przekraczał 100 osób i odpowiednio do wymogu art. 237¹¹ § 1 Kodeksu pracy, w każdym utworzono Służbę bhp.

W 11 szpitalach zadania Służby bhp były realizowane wyłącznie przez wyodrębnione komórki organizacyjne (jednoosobowe lub wieloosobowe), w których pracownicy zatrudnieni byli na stanowiskach: inspektorów, starszych inspektorów, specjalistów, starszych specjalistów oraz głównych specjalistów do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy.

W jednym szpitalu¹² powołano Służbę bhp, jednak wykonywanie tych zadań powierzono pracownikom podmiotu zewnętrznego na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej w 2016 roku na czas nieokreślony. Kierownik jednostki kontrolowanej wyjaśnił, że *wpływ na powyższą sytuację miały prowadzone bez rezultatu działania na rzecz zatrudnienia w Szpitalu pracownika obsługującego sprawy bhp*. W toku kontroli nie przedstawiono jednak dowodów świadczących o wskazanych działaniach. Taki przypadek przewiduje co prawda art. 237¹¹ § 2 Kodeksu pracy¹³, ale wyłącznie w odniesieniu do pracodawcy zatrudniającego poniżej 100 pracowników¹⁴. W doktrynie i orzecznictwie prawa administracyjnego wskazuje się, że nawet gdy pracodawca zatrudniający powyżej 100 osób

¹² Powiatowe Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze sp. z o.o. (dalej: PCZ w Kamiennej Górze).

¹³ Zgodnie z tym przepisem dopuszcza się możliwość powierzenia przez pracodawcę – przy braku kompetentnych pracowników – wykonywanie zadań służby bhp specjalistom spoza zakładu pracy.

¹⁴ W latach 2017–2020 liczba pracowników szpitala wynosiła od 182 do 220.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

nie ma kompetentnych pracowników do wykonywania zadań Służby bhp, to i tak jest zobligowany do jej utworzenia i nie ma wyboru pomiędzy utworzeniem Służby bhp w zakładzie, a powierzeniem wykonywania zadań z tego zakresu specjalistom spoza zakładu pracy¹⁵. W przeciwnym wypadku każdy pracodawca zatrudniający powyżej 100 pracowników, który nie ma kompetentnego personelu byłby zwolniony z obowiązku utworzenia Służby bhp w swoim zakładzie poprzez skorzystanie z możliwości powierzenia wykonywania jej zadań specjalistom spoza zakładu pracy, powodując iż przepis art. 237¹¹ § 1 Kodeksu pracy stałby się w rzeczywistości martwy. Ponadto zawarcie umowy innej niż umowa o pracę wyklucza zaliczenie danej osoby do Służby bhp, jak też nie odpowiada wymogowi powierzenia zadań pracownikowi¹⁶.

Zgodnie z § 1 ust. 5 rozporządzenia ws. służby bhp, utworzona komórka ds. bhp powinna podlegać bezpośrednio pracodawcy. U pracodawcy będącego jednostką organizacyjną Służba bhp podlega bezpośrednio osobie zarządzającej tą jednostką lub osobie wchodzącej w skład organu zarządzającego, upoważnionej przez ten organ do sprawowania nadzoru w sprawach z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy. Dotyczy to również pracowników wykonujących jej zadania.

Podległość Służby bhp

W 10 skontrolowanych szpitalach Służba bhp podlegała bezpośrednio pracodawcy. W dwóch przypadkach stwierdzono niewłaściwą podległość Służby bhp.

Przykłady

W **Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku** (dalej: UCK w Gdańsku) w latach 2017–2020 Służba bhp podlegała Zastępcy Dyrektora Naczelnego ds. Personalnych, zamiast bezpośrednio osobie zarządzającej – Dyrektorowi Naczelnemu. Zgodnie z § 9 i § 11 ust. 1 i 3 Statutu UCK w Gdańsku, organem UCK jest Dyrektor Naczelny, który zarządza UCK i jest przełożonym wszystkich pracowników.

W **PCZ w Kamiennej Górze** sposób organizacji Służby bhp, wynikający z regulaminu organizacyjnego, nie stanowił o bezpośredniej podległości Służby bhp Prezesowi PCZ. W złożonych wyjaśnieniach Prezes PCZ wskazała, że powierzenie wykonywania zadań służby bhp specjalistom spoza zakładu pracy uznane zostało za jej podporządkowanie pracodawcy.

Zgodnie z § 1 ust. 3 i 4 rozporządzenia ws. służby bhp, które określa minimalną liczbę pracowników komórki bhp

Liczebność Służby bhp

- pracodawca zatrudniający od 100 do 600 pracowników tworzy wieloosobową lub jednoosobową komórkę albo zatrudnia w tej komórce pracownika Służby bhp w niepełnym wymiarze czasu pracy;
- pracodawca zatrudniający ponad 600 pracowników zatrudnia w pełnym wymiarze czasu pracy co najmniej jednego pracownika Służby bhp na każdym 600 pracowników.

¹⁵ Np. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 13 grudnia 2017 r., I OSK 361/16, LEX nr 2431173.

¹⁶ Na podstawie uzasadnienia wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 13 grudnia 2017 r. I OSK 361/16.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W przypadku w trzech podmiotów¹⁷, spośród 12 skontrolowanych, skład osobowy Służby bhp nie spełniał wymogów tego rozporządzenia.

Przykład

W **SP SK w Lublinie** w latach 2017–2020 do realizacji zadań Służby bhp utworzono wieloosobową komórkę, którą tworzyło trzech pracowników, tymczasem w okresie objętym kontrolą w szpitalu zatrudnienie przekroczyło liczbę 3000 pracowników, zatem zgodnie z § 1 ust. 4 rozporządzenia ws. służby bhp, pracodawca winien zatrudnić w pełnym wymiarze czasu pracy co najmniej jednego pracownika Służby bhp na każdych 600 pracowników (w tym przypadku winno być co najmniej pięciu pełnoetatowych pracowników Służby bhp). Dyrektor SPKS w Lublinie wyjaśnił, że „dotychczasowe potrzeby pracodawcy nie wymagały zwiększenia zatrudnienia, a zadania były realizowane przez obecny zespół w sposób prawidłowy. Ponadto przeprowadzone do tej pory kontrole Państwowej Inspekcji Pracy nie odniosły się w formie decyzji o zwiększenie liczby pracowników Służby bhp SPSK”. W ocenie NIK, obowiązujące przepisy nie przewidują wyjątków czy okoliczności pozwalających na odmienne ustalenie stanu osobowego Służby bhp, niż określony w przywołanym przepisie.

Kwalifikacje pracowników Służby bhp

We wszystkich skontrolowanych szpitalach osoby wchodzące w skład Służby bhp spełniały wymagania kwalifikacyjne określone w § 4 ust. 2 rozporządzenia ws. służby bhp, dotyczące zarówno odpowiedniego wykształcenia, jak i stażu pracy. Wszyscy pracownicy ukończyli również szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy dla pracowników tej służby, odpowiednio do wymogu art. 237¹¹ § 2 Kodeksu pracy.

Zakres działania Służby bhp

Szczegółowy zakres zadań Służby bhp został określony w § 2 ust. 1 pkt 1–22 rozporządzenia ws. służby bhp. We wszystkich skontrolowanych szpitalach Służba bhp miała ustalony odpowiedni zakres działania, jednak nie we wszystkich przypadkach organ ten właściwie wywiązywał się z ustalonych obowiązków.

W każdym podmiocie Służba bhp sporządzała i przedstawiała pracodawcy coroczne analizy stanu bezpieczeństwa i higieny pracy, zawierające m.in. propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy. Przeprowadzano także kontrole warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bhp.

Przykłady

W **UCK w Gdańsku** w okresie objętym kontrolą pracownicy Służby bhp:

- przedstawiali raz w roku okresowe analizy stanu bhp, w których zawarto analizę dotyczącą wypadków przy pracy wraz z wnioskami, informacje o wykonanych lub zaktualizowanych ocenach ryzyka zawodowego, przeprowadzonych badaniach środowiskowych w związku z narażeniem na czynnik szkodliwy, przeprowadzonych szkoleniach, zarejestrowanych ekspozycjach i dotyczących ich wniosków oraz podjętych działań, np. prze-

¹⁷ Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie (dalej: SP SK w Lublinie), Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. S. Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie (dalej: WSS w Lublinie) i Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu (dalej: CMR we Wrocławiu).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

prowadzenia dodatkowych szkoleń z postępowania poekspozycyjnego w klinikach i zakładach, w których doszło do zranienia;

- przeprowadzili 238 kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów bhp, w tym 37 odnoszących się do stanowisk pracy, na których zatrudnione osoby narażone są na zranienie. W wyniku kontroli zalecano np. zachowanie szczególnej ostrożności przy obsłudze ostrych narzędzi, przeszkolenie personelu z procedury poekspozycyjnej, stosowanie nożyczek jednorazowych przy wykonywaniu czynności związanych z przecinaniem mocowań i zapoznanie personelu z aktualizacją oceny ryzyka zawodowego.

W „Copernicus” Podmiot Leczniczy sp. z o.o. w Gdańsku (dalej: Spółka „Copernicus” lub Szpital św. Wojciecha w Gdańsku) w okresie objętym kontrolą Służba bhp corocznie, we wszystkich jednostkach Spółki, przeprowadziła przegląd stanowisk pracy w celu weryfikacji warunków pracy, przestrzegania przepisów bhp, stanu technicznego pomieszczeń pracy, stanu technicznego urządzeń medycznych i technicznych, oceny ochrony pracowników przed działaniem materiałów i procesów technologicznych niebezpiecznych lub szkodliwych dla zdrowia, zaopatrzenia pracowników w odzież i obuwie robocze oraz środki ochrony indywidualnej, kontrolowano także zagadnienia zapoznania pracowników z Oceną Ryzyka Zawodowego (ocena ogólna, ocena w narażeniu na czynniki biologiczne, chemiczne, zranienia ostrym narzędziem). Kontrolowano również obszar zapewnienia warunków bezpiecznego zbierania, przechowywania oraz usuwania odpadów medycznych, z zastosowaniem łatwo dostępnych, bezpiecznych i oznakowanych pojemników.

Nie we wszystkich szpitalach Służba bhp rzetelnie wywiązywała się z powierzonych jej zadań i uprawnień.

Przykłady

W jednym przypadku (**CMR we Wrocławiu**) zakres sporządzonej przez Służbę bhp analizy stanu bezpieczeństwa i higieny pracy za 2018 r. został ograniczony do I półrocza tego roku. Nie sporządzono uzupełniającej analizy w odniesieniu do II półrocza 2018 r. lub analizy obejmującej cały ten rok. Było to niezgodne z § 2 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia ws. służby bhp, który przewiduje sporządzenie i przedstawianie pracodawcy, przynajmniej raz w roku, okresowych analiz stanu bhp.

W **PCZ w Kamiennej Górze**, w całym okresie objętym kontrolą nie przeprowadzono żadnej kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów bhp w odniesieniu do stanowisk pracy, na których zatrudnione osoby narażone są na zranienia lub promieniowanie jonizujące. Z kolei, w **WSS w Lublinie** na potwierdzenie realizacji kontroli przez Służbę bhp przedłożony został jeden dokument z 2017 r. pn. „Wyniki kontroli warunków socjalno-sanitarnych przeprowadzonych w pokojach socjalnych (dyżurkach pielęgniarskich) na poszczególnych Oddziałach w WSS”, w którym opisano: lokalizację oraz wyposażenie pokoi socjalnych i nie sformułowano zaleceń.

Zgodnie z art. 237¹² § 1 Kodeksu pracy, pracodawca zatrudniający więcej niż 250 pracowników powołuje Komisję bhp, jako swój organ doradczy i opiniodawczy. Spośród skontrolowanych szpitali, w 11 nastąpiło przekroczenie określonego w przepisach progu zatrudnienia, zobowiązujące pracodawcę do utworzenia tego organu.

W jednym podmiocie (**Szpital Specjalistyczny w Prabutach sp. z o.o.** – dalej: Szpital w Prabutach) nie dopełniono obowiązku powołania Komisji bhp.

Powołanie Komisji bhp

Przykład

W **Szpitalu w Prabutach** w okresie od dnia 1 stycznia 2017 r. do dnia 16 grudnia 2020 r.¹⁸ nie powołano Komisji bhp. Prezes Zarządu wyjaśniła, że *zadania komisji do tej pory były realizowane przez służbę bhp poprzez konsultowanie różnych kwestii bhp z pracownikami lub ich przedstawicielami na wspólnych spotkaniach czy panelach dyskusyjnych. Ograniczając do minimum ryzyko związane z zagrożeniem biologicznym jakim jest koronawirus, przeniesiono obowiązek powołania komisji bhp z uwagi na brak możliwości kwartalnego spotkania się z członkami komisji, przybywanie znacznej liczby pracowników na kwarantannach i innych ograniczeń związanych z pandemią. Mając powyższe na uwadze oraz utrudnienia organizacyjne, techniczne, kadrowe, sanitarne, obowiązek realizacji komisji bhp został przeniesiony na 2021 r.*

Powyższa argumentacja w ocenie NIK nie zasługiwała na uwzględnienie bowiem w całym okresie objętym kontrolą liczba zatrudnionych pracowników w szpitalu wynosiła od 280 do 300 osób, co obligowało pracodawcę do powołania tego gremium już począwszy od 2017 r.

Usprawiedliwieniem zaniechań nie może być także pandemia COVID-19, w toku której pracodawcy powinni dołożyć szczególnych starań dla zapewnienia pracownikom bezpiecznych warunków pracy z odpowiednim wykorzystaniem środków technicznych oraz organizacyjnych.

W 10 szpitalach (90% zobowiązanych do utworzenia Komisji bhp) powołanie Komisji odbyło się poprzez wydanie odpowiednich zarządzeń przez kierowników jednostek kontrolowanych. W zarządzeniach ustalano składy osobowe organów, wyznaczano przewodniczącego oraz wiceprzewodniczącego, a także ustalano zakres zadań tego organu. Odpowiednio do art. 237¹² § 1 Kodeksu pracy, w skład Komisji bhp wchodziły przedstawiciele pracodawcy (w tym pracownicy Służby bhp), lekarze sprawujący profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, przedstawiciele pracowników (w tym społeczni inspektorzy pracy). Najliczniejszą grupę (22-osobową) stanowiła Komisja bhp powołana w **WSS w Lublinie**.

Niewłaściwe składy Komisji bhp

W przypadku dwóch szpitali (18% zobowiązanych do utworzenia Komisji bhp) powołane gremia nie spełniały ustawowych wymogów dotyczących ich składu.

Przykłady

W **UCK w Gdańsku**¹⁹ w latach 2017–2018, w składzie Komisji bhp nie zapewniono równej liczby przedstawicieli pracowników i przedstawicieli pracodawcy, co stanowiło naruszenie art. 237¹² § 1 Kodeksu pracy. W skład Komisji bhp wchodziło bowiem czterech przedstawicieli pracowników i pięciu przedstawicieli pracodawcy. Dyrektor Naczelny wyjaśniając powyższe podał, że nie znał przyczyn takiej decyzji, niemniej wyjaśnił, że w 2019 r. dokonana została zmiana polegająca na włączeniu do składu Komisji dziesiątego członka (piątego reprezentanta pracowników) wprowadzona Zarządzeniem Nr 63/2019 Dyrektora Naczelnego UCK z dnia 7 marca 2019 r. (...). Tym samym zrealizowano wymóg zawarty w art. 237¹² Kodeksu pracy dotyczący równej liczby przedstawicieli pracodawcy i przedstawicieli pracowników.

¹⁸ Data zakończenia czynności kontrolnych w jednostce.

¹⁹ W którym w okresie objętym kontrolą zatrudnionych było od 2301 (wg stanu na 1 stycznia 2017 r.) do 2515 (wg stanu na 1 lipca 2020 r.) pracowników.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W **Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Lublińcu** (dalej: SP ZOZ w Lublińcu) w 2020 r.²⁰ zatrudnionych było ponad 250 pracowników. Wprawdzie w szpitalu w 2013 r. powołano Komisję bhp, ale spośród powołanych wówczas do jej składu sześciu osób, w 2020 r. pracowały tylko dwie, a pozostali członkowie Komisji (w tym jej przewodniczący) przestali pracować w SP ZOZ w Lublińcu w latach 2017–2018. W trakcie kontroli NIK dyrektor szpitala podjął działania celem ustalenia nowego składu Komisji bhp, jednak do jej zakończenia w składzie organu nie zapewniono właściwej reprezentacji pracowników.

Stosownie do art. 237¹³ § 1 Kodeksu pracy, zadaniem Komisji bhp jest dokonywanie przeglądu warunków prac, okresowej oceny stanu bezpieczeństwa i higieny pracy, opiniowanie podejmowanych przez pracodawcę środków zapobiegających wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym, formułowanie wniosków dotyczących poprawy warunków pracy oraz współdziałanie z pracodawcą w realizacji jego obowiązków w zakresie bhp.

We wszystkich szpitalach, w których ustanowiono Komisje bhp, zakres ich działania odpowiadał ustawowym wymogom. Z ustaleń kontroli wynika, że w przypadku siedmiu szpitali (63%) zakres działalności Komisji oraz tematyka posiedzeń dotyczyły bezpośrednio spraw związanych z ekspozycją zawodową, przy czym wnioski, np. odnoszące się do zintensyfikowania szkoleń dotyczących ekspozycji na zranienia albo poprawy ochrony przed promieniowaniem jonizującym, formułowane były przez trzy spośród tych Komisji.

Funkcjonowanie
Komisji bhp

Przykłady

W **SP SK w Lublinie**, w okresie objętym kontrolą, po zakończeniu poszczególnych lat, Komisja bhp na posiedzeniach omawiała dokonane kontrole i przeglądy tej Komisji oraz odnosiła się do realizacji sformułowanych wniosków, ustalała plan działania na bieżący rok, przedstawiała problemy do rozwiązania dotyczące bhp. W protokołach z posiedzeń Komisji bhp omawiających kontrole i przeglądy przeprowadzone w 2017 r. a następnie w 2018 r.²¹ stwierdzono, że większość zaleceń wydanych do protokołów została wykonana lub była w trakcie realizacji.

W **Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Janowie Lubelskim** (dalej: SP ZZOZ w Janowie Lubelskim) od stycznia 2017 r. przewodnicząca Komisji bhp przedkładała kierownikowi jednostki protokoły z przeglądów warunków pracy. Między innymi poinformowała, że w związku z wnioskami Komisji z dnia 30 grudnia 2019 r., dotyczącymi położenia szczególnego nacisku na szkolenia w zakresie profilaktyki urazowości personelu i zobowiązania kadry kierowniczej oddziałów do zwiększenia nadzoru nad personelem, w I kwartale 2020 r. w oddziałach szpitala w ramach szkoleń wewnętrznych, przeprowadzono edukację dotyczącą przestrzegania obowiązujących procedur oraz omówiono problematykę profilaktyki zranień i zakłuć.

Odpowiednio do wymagań art. 237¹³ § 2 Kodeksu pracy, posiedzenia Komisji bhp powinny odbywać się przynajmniej raz na kwartał. Spośród 10 skontrolowanych podmiotów, w których ustanowiono takie gremium,

Niewłaściwa
częstotliwość posiedzeń
Komisji bhp

²⁰ Odpowiednio na koniec: lutego, marca, września, października i listopada.

²¹ Stwierdzono m.in. brak regularnych przeglądów i pomiarów indywidualnych osłon radiologicznych w Zakładzie Radiologii i Medycyny Nuklearnej; brak czepków ołowianych dla pracowników pracujących w narażeniu na promieniowanie jonizujące.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

w sześciu (60%) posiedzenia organizowane były z niewłaściwą częstotliwością. W jednym z tych podmiotów, w okresie objętym kontrolą, nie odbyło się żadne takie spotkanie.

Przykłady

W **SP ZOZ w Lublińcu**, w którym w 2020 r. zatrudnionych było ponad 250 pracowników, a Komisję bhp powołano w 2013 r., ostatnie udokumentowane posiedzenie tego organu odbyło się w marcu 2015 r. Zatem pomimo ustalonego zakresu zadań, w szpitalu nie zagwarantowano wypełniania ustawowych obowiązków tego organu.

W **Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.o.** (dalej: Szpital Kolejowy w Katowicach) częstotliwość posiedzeń Komisji bhp była niezgodna z przepisem art. 237¹³ § 2 Kodeksu pracy oraz § 4 zarządzeń dyrektora szpitala w sprawie jej powołania. Nie przeprowadzono posiedzeń w IV kw. 2018 r., II i IV kw. 2019 r. oraz III kw. 2020 r. Do kontroli nie przedstawiono także protokołów z posiedzeń Komisji za I i II kwartał 2017 r. Ponadto żaden z protokołów ze spotkań tego organu nie został zatwierdzony przez dyrektora szpitala, pomimo wymogu określonego w § 7 zarządzeń w sprawie powołania Komisji bhp.

Oceny ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami na danym stanowisku pracy

W § 3 ust. 1 rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie* określono, że pracodawca dokonuje oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy²², uwzględniając w szczególności zagadnienia wskazane w tym przepisie.

We wszystkich skontrolowanych szpitalach przeprowadzono oceny ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami, jednakże nie w każdym przypadku odbyło się to zgodnie z obowiązującymi uregulowaniami.

W jednym podmiocie²³ oceny ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami objęły tylko część stanowisk, na których może dojść do zranienia ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Ocen ryzyka nie przeprowadzono m.in. dla stanowisk pracy: lekarza internisty, lekarza neurologa, lekarza pulmonologa, lekarza laryngologa, lekarza pediatry, lekarza neonatologa, lekarza medycyny ratunkowej, lekarza chirurgii szczękowej, pielęgniarki rehabilitacyjnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, pracownika odbierającego odpady medyczne z oddziałów²⁴.

Nierzetelne oceny ryzyka zawodowego

W trzech szpitalach²⁵, choć sporządzono oceny ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami, to przy ich opracowaniu nie uwzględniono wszystkich wymogów określonych w § 3 ust. 1 rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie* i np. odnosiły się jedynie do części

²² Dalej: „Ocena ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami”.

²³ SP ZOZ w Janowie Lubelskim.

²⁴ Zgodnie z wykazem stanowisk pracy z ryzykiem ekspozycji zawodowej, sporządzonym przez zastępcę pielęgniarki epidemiologicznej w szpitalu.

²⁵ SP ZOZ w Lublińcu, 4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu (dalej: WSK we Wrocławiu) i CMR we Wrocławiu.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

szkodliwych czynników biologicznych określonych w rozporządzeniu w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników narażonych na te czynniki.

Przykłady

W **SP ZOZ w Lublińcu** w sporządzonych ocenach ryzyka zawodowego dla pracowników medycznych, narażonych na zranienie ostrym narzędziem oraz przeniesienie zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy, nie uwzględniono wymogów określonych w § 3 ust. 1 pkt 2, 4 i 5 *rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*.

W **WSS we Wrocławiu** do kontroli przedłożono *Karty oceny ryzyka zawodowego dla stanowisk pracy, na których występują zagrożenia wypadkowe, w tym zagrożenia zranień ostrymi narzędziami*, jednak opracowania te nie spełniały wszystkich wymogów *rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*, w szczególności dotyczących:

- 1) klasyfikacji szkodliwych czynników biologicznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 222¹ § 3 Kodeksu pracy;
- 2) określenia czasu trwania narażenia;
- 3) czynności, w trakcie których może dojść do narażenia;
- 4) rodzajów wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych ostrych narzędzi, warunków pracy, sposobu organizacji pracy, poziomu kwalifikacji personelu, czynników psychospołecznych i innych czynników związanych ze środowiskiem pracy;
- 5) decyzji, wystąpień i zaleceń pokontrolnych organów kontroli i nadzoru nad warunkami pracy, wydanych na podstawie ustaleń kontroli przeprowadzonych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą.

W 50% podmiotów objętych kontrolą²⁶ oceny ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami nie były aktualizowane po upływie dwóch lat od daty ich sporządzenia, co stanowiło naruszenie § 3 ust. 2 *rozporządzenia ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*.

Brak aktualizacji ocen
ryzyka zawodowego

Przykłady

W **Szpitalu Kolejowym w Katowicach** w sporządzonej w sierpniu 2018 r. ocenie ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami dla poszczególnych stanowisk pracy wskazano, że następna aktualizacja, odpowiednio do obowiązujących przepisów, powinna nastąpić w sierpniu 2020 r. Do zakończenia kontroli NIK (24 listopada 2020 r.) nie przeprowadzono ponownej oceny ryzyka zawodowego.

W **CMR we Wrocławiu** dla poszczególnych stanowisk pracy narażonych na zranienia, oceny ryzyka zawodowego opracowane zostały w latach 2015–2016. W szpitalu nie przeprowadzono ponownej oceny ryzyka zawodowego, czym naruszono przepis § 3 ust. 2 tego rozporządzenia. Istotnym dla oceny omawianego zaniechania, w ocenie NIK był również fakt, że działająca w szpitalu Służba bhp w *Analizie stanu bhp* dotyczącej 2017 r. i kolejnych – formułowała wniosek dotyczący dokonania ponownej okresowej oceny ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami. Termin realizacji tego wniosku był corocznie przesuwany.

²⁶ Szpital Kolejowy w Katowicach, SP ZOZ w Lublińcu, SP SK w Lublinie, SP ZZOZ w Janowie Lubelskim, WSK we Wrocławiu i CMR we Wrocławiu.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W skontrolowanych szpitalach, według informacji uzyskanych od społecznych inspektorów pracy oraz pracowników Służby bhp, w okresie objętym kontrolą 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 ostatniej wersji.

Działania eliminujące lub ograniczające ryzyko narażenia na zranienia ostrymi narzędziami oraz na zakażenia

W § 2 rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie* określono, że w celu ochrony pracowników przed zranieniami ostrymi narzędziami pracodawca stosuje, na warunkach określonych w rozporządzeniu, wszelkie dostępne środki eliminujące lub ograniczające stopień narażenia na zranienia ostrymi narzędziami.

W skontrolowanych szpitalach pracodawcy podejmowali szereg działań technicznych i organizacyjnych służących poprawie warunków pracy. Między innymi organizowano miejsca udzielania świadczeń w sposób pozwalający na zminimalizowanie narażenia, opracowano procedury, zagwarantowano środki ochrony indywidualnej, odpowiednie do rodzaju i stopnia narażenia, zapewniano odpowiednie szczepienia ochronne pracowników oraz dokonywano zakupów bezpiecznego sprzętu. W niniejszej kontroli nie stwierdzono, by podejmowane działania nie uwzględniały wyników przeprowadzonych ocen ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami. Jednakże, biorąc pod uwagę ustalenia kontroli dotyczące wielkości zakupów i stosowania bezpiecznych narzędzi medycznych, NIK ocenia, że polityka dokonywania zakupów szpitali powinna w jak największym stopniu uwzględniać sprzęt bezpieczny, tak by wzrastał jego udział w zakupach dokonywanych przez szpitale ogółem.

Wśród najczęściej kupowanych środków ochrony indywidualnej wymieniano maski chirurgiczne, maski ochronne, fartuchy chirurgiczne, fartuchy ochronne włókninowe, fartuchy ochronne foliowe, ubrania lekarskie jednorazowe, czepki, obuwie ochronne, rękawice (chirurgiczne sterylne, diagnostyczne lub rękawice do cytostatyków), okulary ochronne, przyłbice, pojemniki na odpady medyczne.

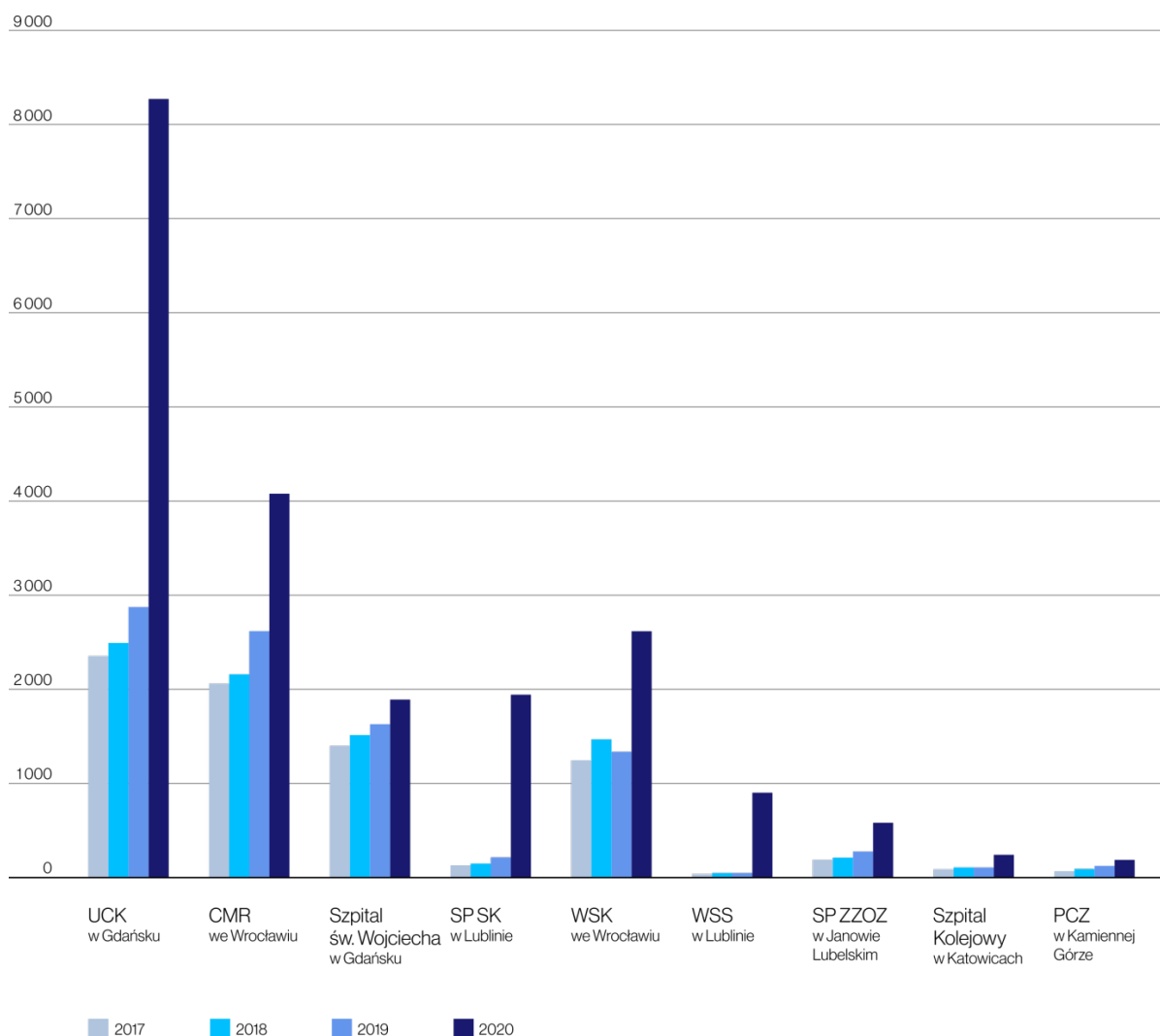
Decyzje o zakupie (ilości i rodzaju) tych środków podejmowano na podstawie analizy wytycznych, przepisów prawa, zaleceń, a także dostępności produktów na rynku, ich cen, szacunków ilości w oparciu o dotychczasowe zużycie oraz ewentualne uwagi personelu. W podejmowaniu decyzji kierowano się również wskazaniem Służby bhp, Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz pielęgniarek oddziałowych.

Analiza wydatków ponoszonych na zakup środków ochrony indywidualnej przeprowadzona w dziewięciu szpitalach wykazała, że podmioty te co do zasady każdego roku zwiększały wydatki w tym zakresie. W latach 2017–2019 coroczny wzrost tych wydatków wynosił od 2,2% do 53,8%. We wszystkich szpitalach w 2020 r., w związku z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, wystąpił największy wzrost wydatków na ten cel w stosunku do poprzedniego roku (np. w WSS w Lublinie szpital przeznaczył prawie 18-krotnie więcej środków na środki ochrony osobistej).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 1

Wydatki w dziewięciu szpitalach na zakup środków ochrony indywidualnej



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych z kontroli.

W 11 szpitalach (92%), w celu ograniczenia stopnia narażenia na zranienia ostrymi narzędziami, zapewniano stosowanie przez personel bezpiecznego sprzętu medycznego.

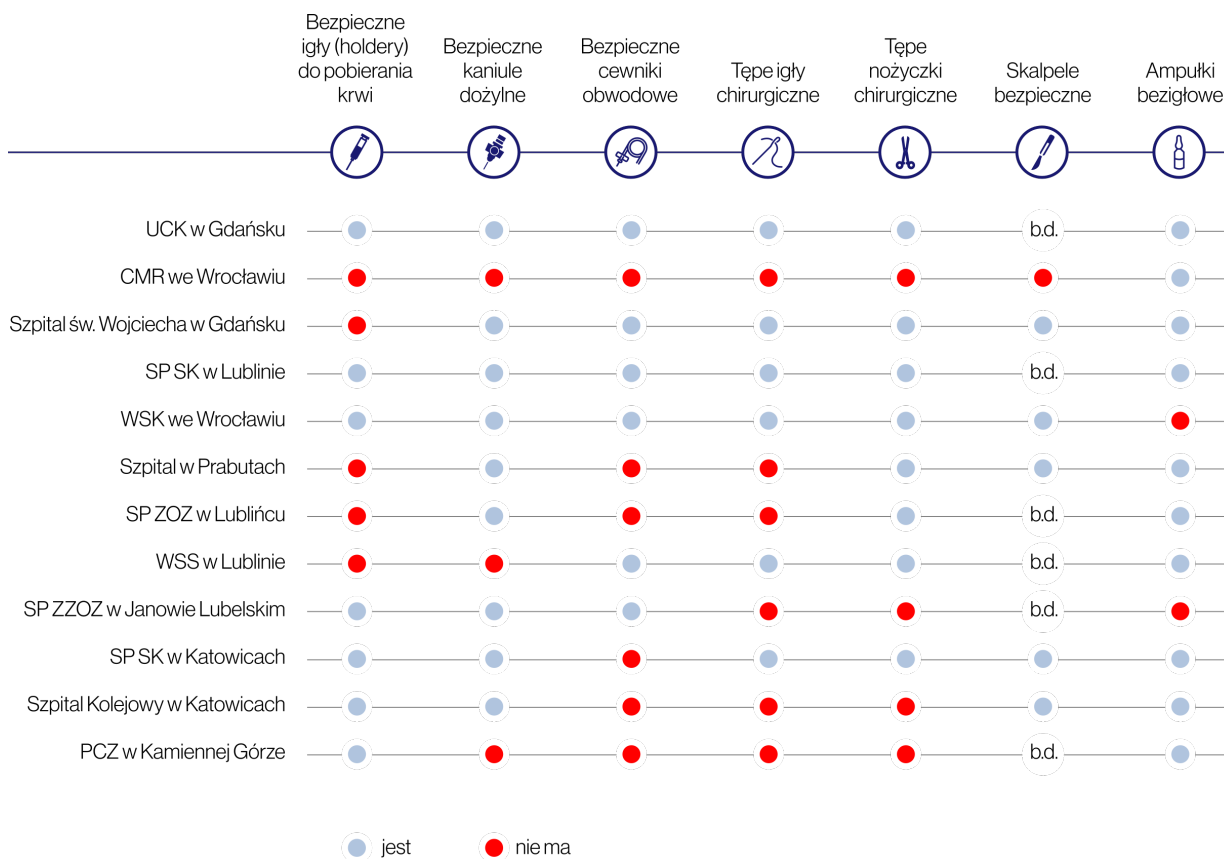
W okresie objętym kontrolą tylko w jednym podmiocie (**CMR we Wrocławiu**) nie dokonano zakupu takiego sprzętu wykorzystywanego przy realizacji świadczeń, przy czym we wszystkich latach tego okresu w szpitalu corocznie dokonywano zakupów produktów leczniczych występujących w postaci bezpiecznych ampułek bezigłowych²⁷. Dyrektor tego podmiotu wyjaśniła, że za wystarczające uznano opracowanie procedur związanych z bezpiecznym postępowaniem z ostrymi narzędziami, postępowaniem z odpadami medycznymi oraz stosowanie środków ochrony indywidualnej.

²⁷ W latach 2017–2020 łączne wydatki szpitala na ten cel wyniosły 291 660,70 zł.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 2

Stosowanie w poszczególnych szpitalach bezpiecznych narzędzi medycznych oraz ampułek bezigłowych



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych z kontroli.

W związku ze stosowaniem bezpiecznych narzędzi medycznych²⁸ w 11 szpitalach ponoszono corocznie wydatki na ich zakup. W czterech szpitalach²⁹ w latach 2017–2019 odnotowano stały, coroczny wzrost wydatków na ten cel, wynoszący od 5% do 23% w stosunku do poprzedniego roku.

W kolejnych czterech podmiotach³⁰ nie utrzymano w całym okresie tendencji wzrostowej wydatków na ten cel. W trzech innych szpitalach³¹ wydatki na bezpieczny sprzęt malały.

Kierownicy skontrolowanych jednostek brak zwiększania wydatków na stosowanie bezpiecznych narzędzi medycznych uzasadniali trudną sytuacją finansową szpitali, równocześnie wskazywali na wysoki koszt wyposażenia stanowisk pracy w sprzęt zapobiegający zranieniom ostrymi narzędziami.

²⁸ Bezpieczne igły (holdery) do pobierania krwi, bezpieczne kaniule dożylnie, bezpieczne cewniki obwodowe, tępe igły chirurgiczne, tępe nożyczki chirurgiczne, skalpele bezpieczne.

²⁹ UCK w Gdańsku, Szpital św. Wojciecha w Gdańsku, SP SK w Lublinie i WSK we Wrocławiu.

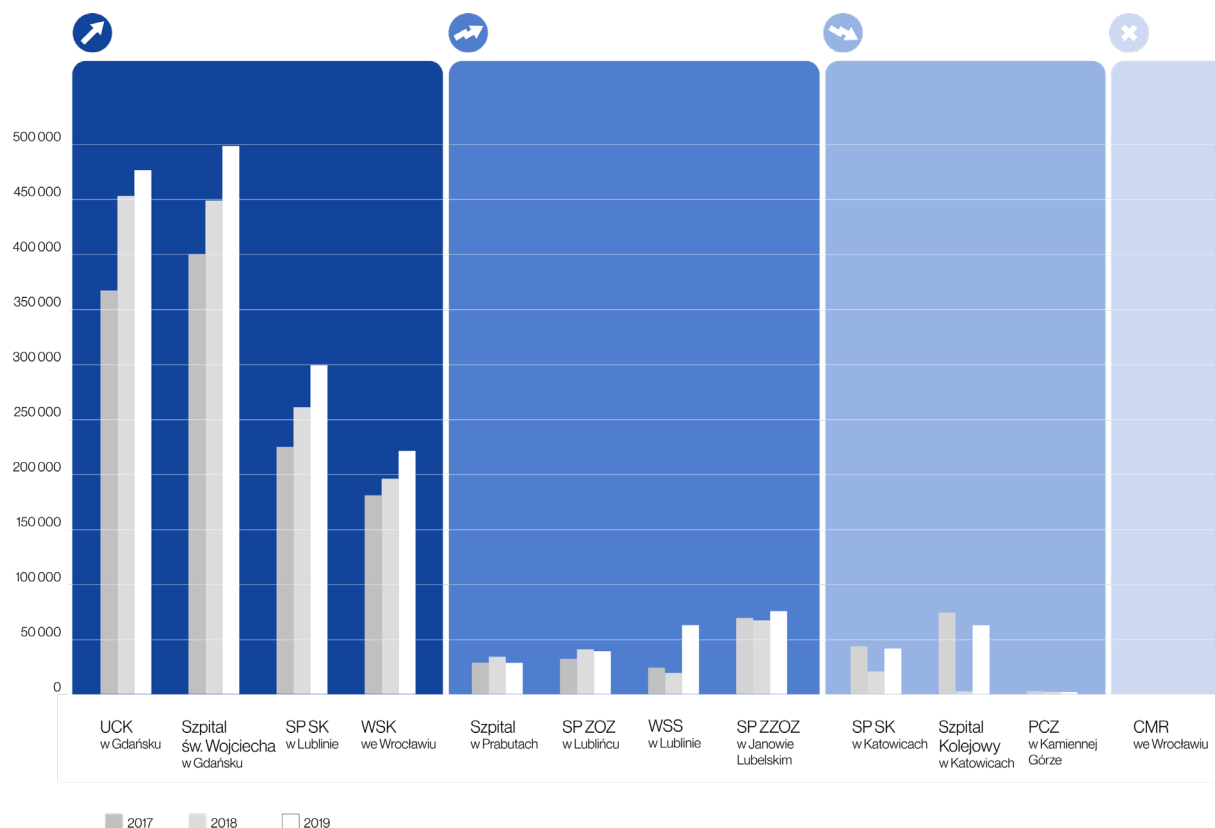
³⁰ Szpital w Prabutach, SP ZOZ w Lublińcu, WSS w Lublinie i SP ZZOZ w Janowie Lubelskim.

³¹ SP SK w Katowicach, Szpital Kolejowy w Katowicach i PCZ w Kamiennej Górze.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 3

Wydatki szpitali na zakup bezpiecznych narzędzi medycznych w latach 2017–2019



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych z kontroli.

Spśród skontrolowanych 12 szpitali, w siedmiu decyzje o rodzaju i ilości zakupionego bezpiecznego sprzętu podejmowano w oparciu o analizy dotyczące dostępności ostrych narzędzi zawierających mechanizmy chroniące przed zranieniami oraz wnioski przedstawiane przez sam personel czy przedstawicieli pracowników. W czterech decyzjach o ich zakupie nie były poprzedzane takimi analizami, a o wielkości i rodzaju zamawianego sprzętu decydowano na podstawie zapotrzebowania zgłaszanego przez poszczególne komórki szpitala, biorąc pod uwagę możliwości finansowe szpitala. W jednym szpitalu w ogóle nie prowadzono takich analiz.

Zgodnie z § 4 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*, pracodawca – w celu eliminacji lub ograniczenia narażenia, we współpracy z przedstawicielami pracowników – opracowuje i wdraża procedury bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami, także będącymi odpadami medycznymi, które obejmują zakaz ponownego zakładania osłonek na ostre narzędzia. Ponadto opracowuje i wdraża procedury używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej (§ 4 ust. 1 pkt 3 tego rozporządzenia).

W 11 szpitalach (92%) opracowano i wdrożono procedury bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami, także będącymi odpadami medycznymi. Regulacje te dostępne były w formie papierowej i elektronicznej, zapewniono ich dostępność w każdej jednostce organizacyjnej podmiotu oraz obejmowały cały personel uczestniczący w udzielaniu świadczeń.

Procedury postępowania z ostrymi narzędziami oraz używania środków ochrony indywidualnej

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W **SP ZZOZ w Janowie Lubelskim** nie dopełniono tego obowiązku w całym okresie objętym kontrolą.

We wszystkich podmiotach opracowano i wdrożono procedury używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej, przy czym w **SP ZZOZ w Janowie Lubelskim** regulacje te nie zostały udostępnione w formie elektronicznej.

Obowiązujące w szpitalach procedury były poddawane odpowiednio okresowej (nie rzadziej niż co dwa lata) ocenie i w razie potrzeby były aktualizowane, z wyjątkiem dwóch podmiotów leczniczych³².

Przykład

W **WSK we Wrocławiu** Procedura używania ostrych narzędzi i środków ochrony indywidualnej z września 2017 r. nie została oceniona przed upływem dwóch lat od chwili jej wprowadzenia oraz nie została w tym terminie wprowadzona zaktualizowana procedura. Nowa procedura została wprowadzona w grudniu 2019 r., tj. z opóźnieniem wynoszącym trzy miesiące.

W skontrolowanych podmiotach zmiany w zasadach postępowania z ostrymi narzędziami oraz używania środków ochrony indywidualnej wynikały m.in. ze zmian przepisów prawnych lub zmiany organizacji udzielania świadczeń związanych z pandemią COVID-19.

Przy opracowaniu powyższych regulacji współpracowano z przedstawicielami pracowników, w większości przypadków pracownikami Służby bhp, w czterech przypadkach przygotowanie treści zasad konsultowano z członkami Komisji bhp.

Szkolenia pracowników w zakresie zapobiegania narażeniu na zranienia

Przepis § 7 ust. 1 rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie* zobowiązuje pracodawcę 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.

Tylko w przypadku pięciu szpitali³³ (42%) właściwie zrealizowano takie szkolenia. Na podstawie badania dokumentacji wybranych losowo łącznie 251 pracowników³⁴ tych podmiotów ustalono, że wszyscy uczestniczyli w obowiązkowym szkoleniu bhp przed objęciem danego stanowiska, a pracownicy, których czas zatrudnienia przekraczał w trakcie kontroli rok – objęci byli szkoleniami okresowymi. Zakres tematyczny szkoleń obejmował w szczególności zagadnienia: prawidłowego postępowania z ostrymi narzędziami; potencjalnego zagrożenia dla życia i zdrowia spowodowanego zranieniem ostrym narzędziem oraz kontaktem z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym; środków, które należy podjąć w celu zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami, obejmujące standardowe środki ostrożności, bezpieczne systemy pracy, prawidłowe

³² WSS w Lublinie i WSK we Wrocławiu.

³³ UCK w Gdańsku, SP SK w Katowicach, Szpital św. Wojciecha w Gdańsku, Szpital w Prabutach i CMR we Wrocławiu.

³⁴ Doboru losowego dokonano wśród pracowników uczestniczących w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w 2020 r., spośród następujących grup zawodowych: pielęgniarki, położne, lekarze specjalności zabiegowych i ratownicy medyczni.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

stosowanie i procedury usuwania ostrych narzędzi i odpadów oraz znaczenie uodpornienia przy użyciu szczepionek; wyposażenia i stosowania środków ochrony indywidualnej odpowiednich dla rodzaju i stopnia narażenia; procedury postępowania poekspozycyjnego; procedury zgłaszania oraz prowadzenia wykazu zranień ostrymi narzędziami; okoliczności i przyczyny zranień ostrymi narzędziami. Było to zgodne z § 7 ust. 2 rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*.

Szkolenia prowadzone były w formie wewnętrznych instruktaży stanowiskowych oraz szkoleń zleczanych do wykonania przez podmioty zewnętrzne.

Przykłady

W **Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku** na podstawie kontroli akt osobowych wybranych losowo 50 pracowników³⁵ uczestniczących w realizacji świadczeń zdrowotnych do grudnia 2020 r. stwierdzono, że w badanych aktach znajdowały się zaświadczenia dotyczące uczestnictwa w szkoleniu wstępnym bhp (instruktaż ogólny, zawierający m. in. zagadnienia zagrożeń wypadkowych i zagrożeń dla zdrowia występujących w Spółce i podstawowe środki zapobiegawcze i instruktaż stanowiskowy obejmujący szkolenie w zakresie zagrożeń na stanowisku pracy występujących przy poszczególnych czynnościach, spowodowanych m.in. przez czynniki biologiczne – *procedura postępowania po ekspozycji zawodowej*), oraz zaświadczenia potwierdzające udział w szkoleniu okresowym bhp. Szkolenia okresowe bhp, dla pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, przeprowadzone zostały zgodnie z § 15 ust. 4 rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy³⁶, tj. w terminie do 12 miesięcy od rozpoczęcia pracy na danym stanowisku. Program szkolenia okresowego obejmował m.in. zagadnienia związane z bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (m.in. przyczyny i konsekwencje zakłuć, zapobieganie ryzyku zakłuć, procedura postępowania poekspozycyjnego, oraz zgłaszania i prowadzenia wykazu zranień, okoliczności i przyczyny zranień ostrymi narzędziami zarejestrowanymi w okresie ostatnich trzech lat). Pozostałe osoby świadczące pracę na podstawie umów cywilnoprawnych, miały aktualne zaświadczenie o odbyciu szkolenia okresowego.

W pozostałych siedmiu szpitalach (58%) nie zapewniono odpowiedniego szkolenia pracowników, dotyczącego zapobiegania narażeniu na materiał potencjalnie zakaźny i jego skutkom, z powodu niewłaściwego (ograniczonego) ich zakresu, bądź zbyt małej częstotliwości ich przeprowadzania lub objęcia nimi tylko części personelu.

Przykłady

W **Szpitalu Kolejowym w Katowicach** szkolenia pracowników (wstępne i okresowe) ograniczono do obowiązkowych szkoleń z zakresu bhp oraz profilaktyki zakażeń szpitalnych, jednak tematyka tych szkoleń nie uwzględniała zakresu ustalonego w § 7 ust. 2 rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*.

³⁵ Kontrolą objęto dokumentację 15 pielęgniarek, 15 położnych, 10 lekarzy specjalności zabiegowych, 10 ratowników medycznych.

³⁶ Dz. U. Nr 180 poz. 1860, ze zm. – dalej: „rozporządzenie ws. szkolenia bhp”.

W **SP ZOZ w Lublińcu** stwierdzono brak systematycznych szkoleń, o których mowa w § 7 ust. 1 rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*, obejmujących personel uczestniczący w realizacji świadczeń w warunkach narażenia. Analiza odbytych w latach 2017–2020 szkoleń dla wybranej losowo grupy 50 pracowników Szpitala najbardziej narażonych na ekspozycję zawodową³⁷ wykazała, że w tych szkoleniach w latach objętych kontrolą, w każdym roku uczestniczyły dwie osoby, 10 osób brało udział w takich szkoleniach w trzech latach, siedem osób w dwóch latach, 18 osób tylko w jednym roku i aż 13 osób nie uczestniczyło w żadnym szkoleniu. Z tej próby aż 35 pracowników medycznych³⁸ (70,0% badanych) nie uczestniczyło w tego typu szkoleniach co najmniej raz na dwa lata.

W **WSK we Wrocławiu** badanie dokumentacji losowo wybranej próby 50 pracowników medycznych³⁹ wykazało, że żadna z osób z tej grupy przed objęciem stanowiska nie odbyła szkolenia dotyczącego zapobiegania zranieniom, które jest nakazane przepisami (§ 7 rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*).

W **WSS w Lublinie** spośród 50 pracowników, których dokumentacja szkoleniowa została poddana analizie:

- 16 osób nie zostało objętych szkoleniem w zakresie bhp w okresie pięciu lat od poprzedniego szkolenia, co stanowiło naruszenie § 15 ust. 2 rozporządzenia *ws. szkolenia bhp*, według którego szkolenie okresowe osób wymienionych w § 14 ust. 2 pkt 6⁴⁰ (pracowników, których charakter pracy wiąże się z narażeniem na czynniki szkodliwe dla zdrowia, uciążliwe lub niebezpieczne) powinno być przeprowadzane nie rzadziej niż raz na pięć lat;
- siedmioro pracowników nie zostało skierowanych do odbycia pierwszego szkolenia okresowego w zakresie bhp, które wymagane było do przeprowadzenia w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia przez nich pracy. Osoby te szkolenia wstępne odbyły w latach 2015, 2016, 2018 (pięć osób) i w 2019 r. (jedna osoba). Do grudnia 2020 r. pracownicy nie zostali skierowani na szkolenie okresowe. Stanowiło to naruszenie § 15 ust. 4 rozporządzenia *ws. szkolenia bhp*;
- pięcioro innych pracowników skierowano do odbycia pierwszego szkolenia okresowego z opóźnieniem wynoszącym od jednego do trzech lat.

Zezwolenia
na wykonywanie
działalności związanej
z narażeniem
na promieniowanie
jonizujące

W związku z zakresem prowadzonej działalności, polegającej na uruchamianiu lub stosowaniu urządzeń wytwarzających promieniowanie jonizujące, albo uruchamianiu pracowni, w których mają być stosowane źródła promieniowania jonizującego, w szczególności pracowni rentgenowskich lub medycznych pracowni rentgenowskich, zgodnie z przepisem art. 4 ust. 1 Prawa atomowego skontrolowane podmioty zobowiązane były do uzyskania stosownych zezwoleń.

Odpowiednio do zakresu prowadzonej działalności, wszystkie szpitale uzyskały zezwolenia wydane przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych, a część z nich (trzy) również zezwolenia Prezesa PAA.

³⁷ Obejmujących po 15 pielęgniarek i położnych oraz po 10 lekarzy i ratowników medycznych.

³⁸ W tym: osiem pielęgniarek, dziewięć położnych, 10 lekarzy (wszyscy badani) oraz ośmiu ratowników medycznych.

³⁹ W tym 15 pielęgniarek, 15 położnych, 10 lekarzy specjalności zabiegowych oraz 10 ratowników medycznych.

⁴⁰ § 14 ust. 2 pkt 6 został dodany przez § 1 pkt 3 lit. b rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 maja 2019 r. (Dz. U. poz. 1099) zmieniającego rozporządzenie w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy i obowiązuje od dnia 28 czerwca 2019 r. Poprzednio obowiązek szkoleń dla tych pracowników uregulowany był w § 14 ust. 2 pkt 5 rozporządzenia w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.

Zgodnie z wymogiem art. 7 ust. 2 Prawa atomowego, w szpitalach opracowano i wdrożono programy zapewnienia jakości. Programy te obejmowały całą działalność szpitali związaną z narażaniem na promieniowanie jonizujące, a w przypadkach tego wymagających – programy podlegały bieżącej aktualizacji.

Programy zapewnienia jakości

Przykład

PCZ w Kamiennej Górze, 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 Dolnośląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego we Wrocławiu uzyskał zezwolenia 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 określonym w art. 7 ust. 2a tej ustawy, 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.

W trzech podmiotach programy zapewnienia jakości nie zawierały wszystkich elementów określonych w art. 7 ust. 2a Prawa atomowego, przy czym zgodnie z art. 20 ust. 1 pkt 3 lit. a) ustawy z 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy – Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej⁴¹, kierownicy jednostek organizacyjnych wykonujących działalność związaną z narażeniem, w terminie dwóch lat od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy (tj. do dnia 23 września 2021 r.) dostosują programy zapewnienia jakości do wymagań określonych w przepisach art. 7 ust. 2a Prawa atomowego.

W 11 szpitalach w całym okresie objętym kontrolą wewnętrzną nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej sprawowali inspektorzy ochrony radiologicznej, którzy legitymowali się ważnymi uprawnieniami nadanymi im w drodze decyzji administracyjnych, wydanych przez Głównego Inspektora Sanitarnego na podstawie art. 7 ust. 12 Prawa atomowego, bądź nadanymi przez Prezesa PAA na podstawie art. 7 ust. 10 tej ustawy.

Wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej

W jednym podmiocie (**SP ZOZ w Lublińcu**) przez ponad siedem miesięcy (od grudnia 2018 r. do lipca 2019 r.) nie zapewniono właściwego nadzoru w powyższym zakresie bowiem w okresach od 28 grudnia 2018 r. do 31 marca

⁴¹ Dz. U. poz. 1593, ze zm.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

2019 r. oraz w lipcu 2019 r. w Szpitalu nie zatrudniano inspektora ochrony radiologicznej, a w terminie od 1 kwietnia do 1 lipca 2019 r. osoba pełniąca zadania IOR nie miała uprawnień do wykonywania tych zadań.

Wywiązywanie się inspektorów ochrony radiologicznej z powierzonych im zadań

W skontrolowanych podmiotach pracownikom pełniącym funkcję inspektora ochrony radiologicznej przypisano obowiązki i uprawnienia wymienione w art. 7² Prawa atomowego, poza **PCZ w Kamiennej Górze**, w którym zakres odpowiedzialności, uprawnień i obowiązków (z 1 czerwca 2008 r.) osoby sprawującej tę funkcję nie obejmował części zadań określonych w tym przepisie. Zadania te uwzględniono w aktualizacji zakresu czynności, sporządzonym i przyjętym do realizacji w dniu 27 października 2020 r., tj. w trakcie trwania niniejszej kontroli NIK.

Inspektorzy rzetelnie realizowali swoje obowiązki i korzystali z przysługujących im uprawnień, poza jednym przypadkiem – w **CMR we Wrocławiu** dopuszczono do sytuacji, w której sześciu pracowników zatrudnionych w badanym okresie w Dziale Radiologii i Diagnostyki Obrazowej nie zostało objętych wstępnym szkoleniem z zakresu ochrony radiologicznej. Tymczasem, art. 7² ust. 1 pkt 3) Prawa atomowego stanowi, że do zakresu obowiązków inspektora ochrony radiologicznej należy nadzór nad spełnianiem warunków dopuszczających pracowników do zatrudnienia na danym stanowisku pracy, w tym dotyczących szkolenia pracowników na stanowisku pracy w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej.

Podległość służbowa inspektorów ochrony radiologicznej

Biorąc pod uwagę, iż za zapewnienie bezpieczeństwa jądrowego w podmiocie leczniczym odpowiada jego kierownik (dyrektor podmiotu leczniczego), zaś zadaniem inspektora ochrony radiologicznej jest nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej, prawidłową winna być struktura, w której inspektor ochrony radiologicznej podlega bezpośrednio dyrektorowi podmiotu leczniczego. Spośród 12 szpitali, w jednym przypadku stwierdzono nieprawidłowość w tym zakresie.

W **PCZ w Kamiennej Górze** stwierdzono, że pracownik sprawujący funkcję inspektora ochrony radiologicznej podlegał bezpośrednio dyrektorowi ds. lecznictwa, a pośrednio prezesowi PCZ. Ponadto inspektorem ochrony radiologicznej był kierownik pracowni rtg. Zdaniem NIK, powierzenie kierowania pracownią i nadzoru nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej tej samej osobie uniemożliwiało prawidłowe wykonywanie tych obowiązków.

Zapewnienie ochrony pracownikom zatrudnionym w warunkach narażenia na promieniowanie

We wszystkich skontrolowanych szpitalach pracownicy wykonujący czynności w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące co do zasady mieli zapewnioną właściwą opiekę medyczną (poza trzema przypadkami, opisanymi w dalszej części, które dotyczyły niewłaściwego nadzoru medycznego nad pracownikami zaliczonymi do kategorii A), mieli aktualne orzeczenia lekarskie o zdolności do pracy, w tym stwierdzające brak przeciwwskazań do pracy w warunkach narażenia.

Pracownikom zapewniono także środki ochrony indywidualnej (m.in. fartuchy, rękawice ochronne, osłony na tarczycę, okulary, parawany jezdne), aparaturę dozymetryczną (dozymetry indywidualne, pierścionkowe oraz dozymetry środowiskowe) w ilości zapewniającej objęcie dozymetrią osobistą wszystkich pracowników narażonych na promieniowanie.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Pomiary indywidualnych dawek promieniowania, zarejestrowane na dozymetrach indywidualnych, sprawdzane i odczytywane były raz na kwartał przez profesjonalne laboratoria, na podstawie zawartych przez szpitale umów.

W dziewięciu szpitalach opracowano i wdrożono procedury dotyczące stosowania dozymetrów indywidualnych, ustalające zasady korzystania z tych urządzeń oraz obowiązki pracowników po zakończeniu pracy z dozymetrami.

W ośmiu podmiotach jako dopełnienie dozymetrii indywidualnej stosowano dozymetrię środowiskową. Dla dozymetrów do pomiarów środowiskowych uzyskano świadectwa wzorcowania wydane przez laboratoria radiometryczne.

Przykład

W **SP SK w Katowicach** stosowano dozymetry indywidualne i pierścienkowe oraz dozymetr środowiskowy (umieszczony w pracowni tomografii komputerowej). Dozymetrią indywidualną byli objęci wszyscy pracownicy (67 osób) narażeni na promieniowanie. Dodatkowo, 14 spośród 67 osób było wyposażonych w dozymetry pierścienkowe (do pomiaru dawek na skórę dłoni w radiologii interwencyjnej, chirurgii).

Dozymetry stosowane w Szpitalu były odczytywane i wzorcowane przez Laboratorium Dozymetrii Indywidualnej i Środowiskowej Instytutu Fizyki Jądrowej Polskiej Akademii Nauk w Krakowie na podstawie zawartej umowy⁴². Dane dotyczące wyników pomiarów dawek indywidualnych były gromadzone w postaci „Sprawozdań z badań”, w których dla każdego dozymetru były podane wartości dawek przyjętych w ujęciu kwartalnym. W sprawozdaniach określona była: data wydania, numer świadectwa, typ dawkomierza, wielkość mierzona, jednostka, okres pomiarowy, liczba dawkomierzy.

Na każdego pracownika pracującego z narażeniem na promieniowanie jonizujące przypadały dwa dozymetry indywidualne (podobnie w przypadku pracowników korzystających z dozymetrów pierścienkowych). Dla wszystkich dozymetrów wykorzystywanych przez pracowników w okresie objętym niniejszą kontrolą uzyskano świadectwa wzorcowania i sprawności.

W Szpitalu obowiązywała „Instrukcja stosowania dozymetrów indywidualnych i pierścienkowych u osób zawodowo narażonych na promieniowanie jonizujące w SPSKiM w Katowicach” zawierająca opis sposobu korzystania z nich oraz obowiązki pracowników po zakończeniu pracy, dotyczące dozymetrów.

W jednym przypadku, w **SP ZOZ w Lublińcu**, stwierdzono nierzetelne prowadzenie w 2020 r. ewidencji dawek promieniowania pochłoniętego przez dwóch pracowników⁴³ spośród 19 zatrudnionych w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące. W ewidencji zamieszczono zapis o braku przekroczenia dawki 0,1 mSv u tych dwóch pracowników, tymczasem w obu przypadkach szpital nie przekazał do laboratorium pomiarowego błon dozymetrycznych tych osób.

⁴² Wykonawca dysponował akredytacją Polskiego Centrum Akredytacji.

⁴³ Technika elektroradiologa, za okres marzec-maj 2020 r. i lekarza radiologa, za okres grudzień 2019 r.-luty 2020 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Kwalifikacja pracowników zatrudnionych w warunkach narażenia na promieniowanie

W myśl art. 17 ust. 1 Prawa atomowego, w celu dostosowania sposobu oceny zagrożenia pracowników w jednostkach organizacyjnych do jego spodziewanego poziomu, w zależności od wielkości zagrożenia, kierownik jednostki dokonuje zaliczenia pracowników do kategorii A lub B. Ocena narażenia pracowników prowadzona jest na podstawie kontrolnych pomiarów dawek indywidualnych lub pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy (art. 17 ust. 2 cyt. ustawy).

We wszystkich skontrolowanych szpitalach pracownicy zatrudnieni w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące zostali odpowiednio zakwalifikowani do poszczególnych kategorii na podstawie pomiarów dawek indywidualnych (w trzech szpitalach) oraz na podstawie wyników pomiarów indywidualnych i pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy (w dziewięciu szpitalach).

W ośmiu szpitalach zaliczono pracowników wyłącznie do kategorii B, a w czterech do kategorii A i B.

Występowanie do Prezesa PAA z wnioskiem o informację z CRD

Przed zatrudnieniem pracownika do pracy w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, kierownik – pracodawca jest zobowiązany wystąpić do Prezesa PAA z wnioskiem o informację z centralnego rejestru dawek dotyczącą wielkości dawki promieniowania pochłoniętego przez tego kandydata do pracy w roku kalendarzowym, w którym występuje z wnioskiem, oraz w okresie czterech poprzednich lat kalendarzowych.

Spośród ośmiu podmiotów⁴⁴, w których w okresie objętym kontrolą konieczne było uzyskanie takiej informacji, tylko w jednym wystąpiono ze stosownymi wnioskami do Prezesa PAA, ale tylko w odniesieniu do pracowników zakwalifikowanych do kategorii A.

Kierownicy jednostek kontrolowanych w złożonych wyjaśnieniach wskazywali, że obowiązek uzyskania informacji w CRD dotyczy wyłącznie zatrudnienia pracowników zakwalifikowanych do kategorii A.

Zdaniem NIK, art. 22 ust. 1 Prawa atomowego nie uzależnia występowania do Prezesa PAA z wnioskami o informację z centralnego rejestru dawek o dawkach otrzymanych przez nowo zatrudnionego pracownika od kategorii narażenia, do której zaliczony został pracownik. Zatem przed zatrudnieniem pracownika w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, pracodawca zobowiązany jest każdorazowo występować do PAA o uzyskanie takiej informacji.

Niewłaściwy nadzór medyczny nad pracownikami

Spośród czterech szpitali, w których pracownicy zakwalifikowani zostali do kategorii A, w dwóch (**SP SK w Lublinie** oraz **SP ZZOZ w Janowie Lubelskim**) nie zapewniono im właściwego nadzoru medycznego, co stanowiło naruszenie art. 30 Prawa atomowego.

Przykłady

W **SP SK w Lublinie** do kategorii A narażenia na promieniowanie jonizujące zaliczono pracowników Zakładu Radiologii i Medycyny Nuklearnej (76) oraz Zakładu Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii (50). Stwierdzono, że siedmiu pracownikom Zakładu Radiologii i Medycyny Nuklearnej wydano zaświadcze-

⁴⁴ UCK w Gdańsku, Szpital św. Wojciecha w Gdańsku, SP SK w Katowicach, SP SK w Lublinie, WSS w Lublinie, SP ZZOZ w Janowie Lubelskim, WSK we Wrocławiu i CMR we Wrocławiu.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

nie o badaniach okresowych ważne przez trzy lata. Pozostali mieli badania okresowe ważne na dwa lata. Podobnie w przypadku pracowników Zakładu Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii zaliczonych do kategorii A, dwóch miało badania okresowe ważne przez trzy lata, a pozostali przez dwa lata.

Zgodnie z art. 30 ust. 1 i 2 Prawa atomowego, za nadzór medyczny nad pracownikami kategorii A odpowiedzialny jest kierownik jednostki organizacyjnej oraz uprawniony lekarz, któremu zapewnia się dostęp do informacji niezbędnych do wydania orzeczenia o zdolności tych pracowników do wykonywania określonej pracy, łącznie z informacją o warunkach środowiskowych w miejscu pracy. Nadzór medyczny obejmuje m.in. okresowe badania lekarskie przeprowadzane co najmniej raz w roku.

Zgodnie z wyjaśnieniami lekarza medycyny pracy, w skierowaniach wydawanych pracownikom nie było informacji o narażeniu na promieniowanie kategorii A. Pierwszy sygnał o takich pracownikach poradnia otrzymała dopiero w listopadzie 2020 r.

W **SP ZZOZ w Janowie Lubelskim** w okresie objętym kontrolą, 29 spośród 48 pracowników narażonych na promieniowanie jonizujące, zaszeregowanych do kategorii A, objętych próbą badawczą, nie miało badań okresowych wykonywanych co najmniej raz w roku, tylko raz na dwa/trzy lata).

Ponadto w okresie od 1 stycznia 2017 r. do 23 lutego 2020 r. 17 z tych 29 pracowników szpitala wykonywało pracę przez kilka/kilkadziesiąt dni (od jednego dnia do 52 dni) bez aktualnego orzeczenia lekarskiego potwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na danym stanowisku. Było to niezgodne z art. 229 § 4 Kodeksu pracy, który stanowi, że pracodawca nie może dopuścić do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku w warunkach pracy opisanych w skierowaniu na badanie lekarskie.

Wynikało to z niewłaściwego informowania lekarza medycyny pracy o kategorii pracowników.

Również w przypadku tych dwóch szpitali nie wywiązano się z obowiązku wynikającego z § 8 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie rejestracji dawek indywidualnych, tj. nie przekazywano do centralnego rejestru dawek, prowadzonego przez Prezesa PAA, danych dotyczących dawek promieniowania jonizującego pochłoniętych przez pracowników zaliczonych do kategorii A.

W **SP ZZOZ w Janowie Lubelskim** stwierdzono także niewłaściwe prowadzenie rejestru dawek indywidualnych, bowiem nie obejmował on wszystkich pracowników kategorii A oraz nie był prowadzony w formie odrębnych kart ewidencyjnych dla każdego pracownika zawierających dane określone w § 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie rejestracji dawek indywidualnych, co stanowiło naruszenie § 4 tego rozporządzenia. Z kolei w **WSS w Lublinie**, pomimo zatrudniania w 2019 r. pracownika zakwalifikowanego do kategorii A, nie prowadzono rejestru dawek indywidualnych pochłoniętych przez tę osobę.

W czterech⁴⁵ spośród 12 skontrolowanych podmiotów stwierdzono nieprawidłowości dotyczące szkoleń wstępnych w zakresie ochrony radiologicznej. W jednym przypadku szkoleniem nie objęto pracowników Działu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej (co nakazuje art. 11 ust. 2 Prawa

Niedopełnienie obowiązków dotyczących przekazywania danych do CRD

Brak szkoleń wstępnych w zakresie ochrony radiologicznej

⁴⁵ Szpital św. Wojciecha w Gdańsku, SP ZZOZ w Janowie Lubelskim, WSK we Wrocławiu i CMR we Wrocławiu.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

atomowego), a w trzech przypadkach brak było dokumentów potwierdzających odbycie takich szkoleń (naruszenie art. 11 ust. 7 Prawa atomowego w związku z § 22 ust. 1 pkt 10 rozporządzenia *ws. bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi*).

Przykład

W **SP ZZOZ w Janowie Lubelskim** nie udokumentowano odbycia szkoleń z zakresu ochrony radiologicznej przez 29 spośród 48 pracowników objętych badaniem, zaszeregowanych do kategorii A narażenia na promieniowanie jonizujące. Dyrektor wyjaśniła, że wstępne szkolenia te odbywały się wyłącznie w formie ustnej. Inspektorowi ochrony radiologicznej, z natłoku innych spraw, umknęła konieczność sporządzenia dokumentu pisemnego w tym zakresie.

Spełnienie wymogów
w pracowniach
i gabinetach

Poddane kontroli pracownie rentgenowskie, gabinety rentgenowskie oraz pracownie mammograficzne spełniały wymagania określone w rozdziale 2 §§ 2–20 rozporządzenia *ws. bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi*. W tych pracowniach znajdowały się dokumenty (oryginały lub uwierzytelnione kopie) wymienione w § 22 tego rozporządzenia, w tym: zezwolenia na uruchomienie pracowni, uruchomienie i stosowanie aparatów rentgenowskich, dokumentacja techniczna, instrukcje obsługi i świadectwa wzorcowania aparatury dozymetrycznej, protokoły pomiarów dozymetrycznych⁴⁶. Zakres przeglądów i ich częstotliwość były zgodne z instrukcjami producentów aparatury.

W **Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku** w pracowni rentgenowskiej (w poradni mammograficznej) dopuszczono do stosowania diagnostyczny aparat rentgenowski bez uzyskania zezwolenia Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, czym naruszono art. 4 ust. 1 pkt 10 w związku z art. 5 ust. 4 pkt 1 Prawa atomowego.

Aparat zainstalowano w dniach 3–4 listopada 2020 r., a 9 listopada 2020 r. złożono wnioszek o wydanie takiego zezwolenia i rozpoczęto wykonywanie na nim badań.

W dniu 22 grudnia 2020 r. szpital uzyskał stosowne zezwolenie.

Kontrolowane
i nadzorowane
stanowiska pracy
z narażeniem
na promieniowanie
jonizujące

Art. 18 ust. 1 i 2 Prawa atomowego stanowi, że kierownik jednostki, po zasięgnięciu opinii inspektora ochrony radiologicznej i lekarza medycyny pracy, w celu dostosowania działań i środków ochrony radiologicznej pracowników do wielkości i rodzaju zagrożeń, dokonuje podziału lokalizacji miejsc pracy na tereny kontrolowane i nadzorowane.

W trzech⁴⁷ spośród 12 skontrolowanych szpitali stwierdzono nieprawidłowości w tym zakresie.

Przykłady

W **SP ZOZ w Lublińcu** dopiero w trakcie kontroli NIK (w dniu 14 grudnia 2020 r.) zarządzeniem dyrektora szpitala zostały formalnie wyznaczone tereny nadzorowane oraz ustalono ich oznakowanie i osoby upoważnione do przebywania w ich granicach w czasie wykonywanych czynności.

⁴⁶ W SP ZZOZ w Janowie Lubelskim w pracowniach rentgenowskich znajdowała się dokumentacja wymieniona w § 22 tego rozporządzenia z wyjątkiem dokumentów potwierdzających realizację wstępnych szkoleń z zakresu ochrony radiologicznej.

⁴⁷ SP ZOZ w Lublińcu, SP ZZOZ w Janowie Lubelskim i PCZ w Kamiennej Górze.

W **SP ZZOZ w Janowie Lubelskim** nie wyznaczono terenów kontrolowanych i nadzorowanych, mimo obowiązującego zaszeregowania pracowników do kategorii: A i B narażenia na promieniowanie jonizujące.

Weryfikacja stanu faktycznego, pod kątem spełniania warunków określonych w §§ 2 i 3 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 20 lutego 2007 r. w sprawie podstawowych wymagań dotyczących terenów kontrolowanych i nadzorowanych⁴⁸, w pozostałych podmiotach, w których wyznaczono tereny kontrolowane i nadzorowane nie wykazała niezgodności w tym zakresie.

5.2. Prawidłowość działań podejmowanych przy opracowywaniu i realizacji procedur postępowania poekspozycyjnego

W szpitalach objętych kontrolą prawidłowo określono procedury postępowania poekspozycyjnego. Jednakże, w części podmiotów wystąpiły przypadki ich pomijania lub błędnego wdrażania, które świadczyły o niewystarczającym nadzorze kierownictwa nad realizacją zadań w obszarze objętym niniejszą kontrolą. Ponadto co do zasady, zdarzenia takie pozostają wewnętrzną sprawą szpitala, gdyż brakuje w przepisach podstaw do przekazywania informacji o nich do Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

W myśl przepisu § 9 ust. 1 i 2 rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*, pracodawca opracowuje i wdraża procedurę postępowania poekspozycyjnego, umożliwiającą niezwłoczne udzielenie poszkodowanemu pomocy medycznej oraz zapobieżenie skutkom narażenia, a także objęcie go profilaktyczną opieką zdrowotną po narażeniu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Opracowane i wdrożone we wszystkich szpitalach procedury postępowania poekspozycyjnego obejmowały informacje wymagane powyższymi przepisami, uwzględniały w szczególności konieczność oszacowania ryzyka zakażenia, a także niezwłoczne wdrożenie profilaktyki, przeprowadzenie badania lekarskiego, wykonanie niezbędnych badań laboratoryjnych, przeprowadzenie w razie potrzeby poekspozycyjnego szczepienia ochronnego, czy uodpornienia biernego, lub profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego, a także wykonanie badań lekarskich oraz niezbędnych badań dodatkowych w regularnych odstępach czasu po narażeniu.

Przykłady

W **UCK w Gdańsku** opracowano i wdrożono procedurę poekspozycyjną, która zgodnie z § 9 ust. 2 rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*, uwzględniała m.in. konieczność podjęcia niezwłocznych działań profilaktycznych i określała:

- sposób postępowania w przypadkach: zakłucia (skaleczenia, zranienia) lub kontaktu z uszkodzoną skórą, zanieczyszczenia nieuszkodzonej skóry, zanieczyszczenia błon śluzowych;
- konieczność pobrania krwi od pacjenta (za jego zgodą) w celu wykonania badań na obecność przeciwciał anty HIV, anty HCV oraz HbsAg, gdy znane jest źródło zakażenia;

Opracowanie i wdrożenie procedury postępowania po ekspozycji zawodowej na zranienie

⁴⁸ Dz. U. Nr 131, poz. 910.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- konieczność zgłoszenia się do Poradni Konsultacyjnej Zakażeń Retrovirusowych, Nabytych Niedoborów Immunologicznych PCChZiG lub do Lekarza Dyżurnego Izby Przyjęć specjalisty chorób zakaźnych w tym podmiocie leczniczym celem konsultacji i zastosowania profilaktyki poekspozycyjnej;

a ponadto konieczność:

- zgłoszenia zdarzenia bezpośrednio przełożonemu i w Służbie bhp;
- zgłoszenia zdarzenia jako niezgodności, zgodnie z odrębną procedurą Nadzór nad niezgodnościami;
- przedłożenia dokumentacji lekarzowi profilaktykowi w Poradni Medycyny Pracy.

Czwarta edycja procedury obejmowała również zasady postępowania w przypadku ekspozycji na inne patogeny, m.in. prątki gruźlicy, wirusa grypy, wirusa odry i koronawirusa SARS CoV-2.

W **PCZ w Kamiennej Górze** obowiązywało wydanie III. procedury postępowania poekspozycyjnego. Obowiązkiem każdego pracownika było zapoznanie się z nią, co potwierdzano podpisem. Ponadto każdy nowo przyjęty pracownik był szkolony z profilaktyki zakażeń szpitalnych, w tym z postępowania po ekspozycji zawodowej. W szpitalu przeprowadzono również badanie ankietowe dotyczące znajomości procedury i zasad postępowania. Za prawidłowe postępowanie po ekspozycji odpowiadał każdy pracownik, a nadzór sprawował kierownik komórki organizacyjnej i lekarz ordynator, natomiast na dyżurze – również lekarz dyżurny.

Wykazy zranień ostrymi narzędziami

We wszystkich szpitalach, stosownie do § 6 pkt 3 rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*, prowadzono wykazy zranień ostrymi narzędziami. W ośmiu podmiotach wykazy zranień zawierały wszystkie informacje określone w § 10 ust. 1 tego rozporządzenia oraz odzwierciedlały stan faktyczny. W czterech szpitalach⁴⁹ (33%) stwierdzono, że wykazy prowadzone były nierzetelnie bądź zawierały niedozwolone informacje – dane osobowe, co stanowiło naruszenie § 10 ust. 2 powyższego rozporządzenia.

Przykłady

W **SP ZOZ w Lublińcu** prowadzono dwa rejestry zranień ostrymi narzędziami. Jeden prowadzony przez Pielęgniarkę epidemiologiczną pn. *Rejestr zranień personelu pielęgniarskiego w trakcie wykonywania zabiegów przy chorych* (w którym rejestrowano zgłoszenia o ekspozycji zawodowej wszystkich pracowników medycznych Szpitala) oraz drugi prowadzony przez Służbę bhp pn. *Wykaz zranień ostrymi narzędziami*. Oba rejestry były prowadzone w sposób nierzetelny i niezgodny z obowiązującymi przepisami. W obu rejestrach nie ujęto wszystkich zgłoszonych przypadków ekspozycji zawodowej, do których doszło przy udzielaniu świadczeń w latach 2017–2020.

W **WSS w Lublinie** w latach 2017–2020 w wykazie zranień ostrymi narzędziami zamieszczano dane osobowe pracowników.

W **PCZ w Kamiennej Górze** wykaz zranień zawierał niepełne dane – brak było w nim informacji o modelu narzędzia, które spowodowało zranienie, co naruszało przepis § 10 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*.

W **Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku** wykaz zranień zawierał niezgodne ze stanem faktycznym dane o liczbie zakażeń/zranień.

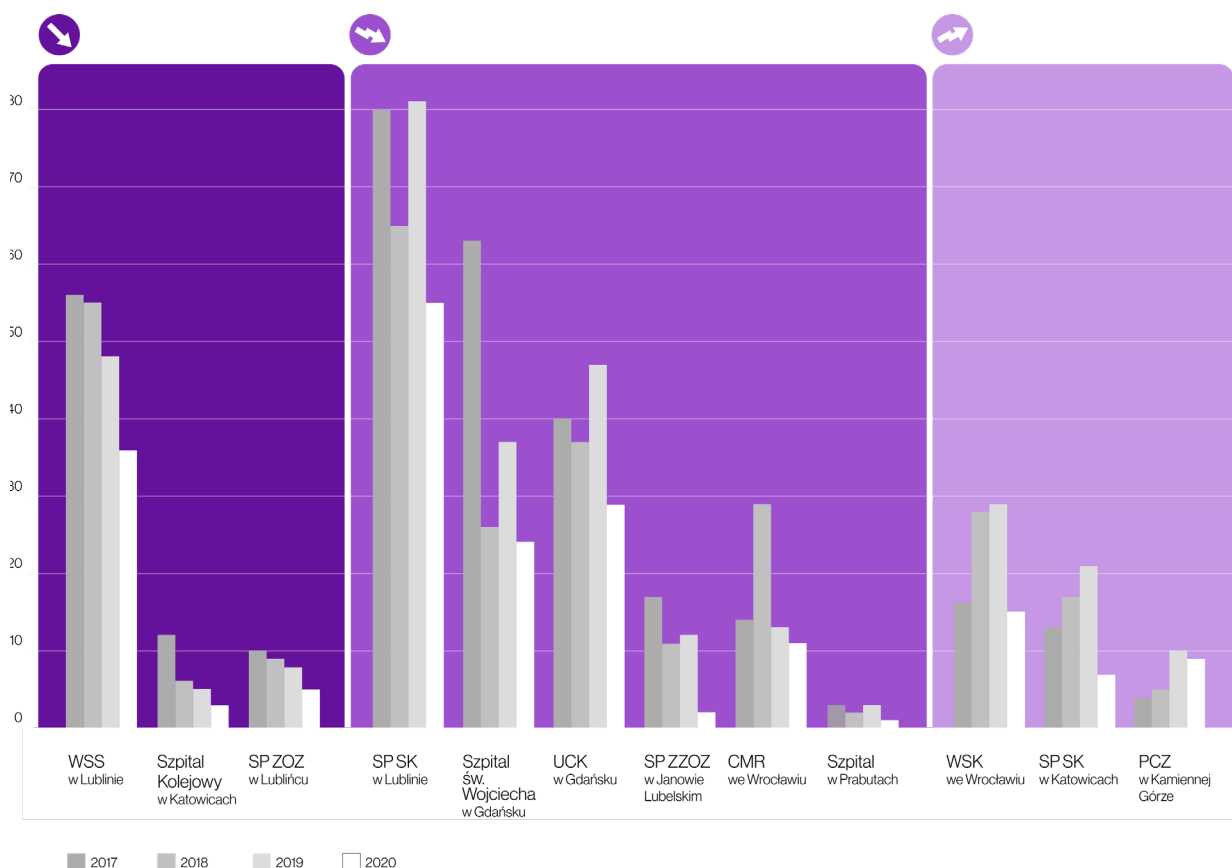
⁴⁹ Szpital św. Wojciecha w Gdańsku, SP ZOZ w Lublińcu, WSS w Lublinie i PCZ w Kamiennej Górze.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Poniższy wykres przedstawia jak na przestrzeni lat kształtowały się liczby przypadków zranień w poszczególnych szpitalach. Z ustaleń kontroli wynika, że w okresie objętym kontrolą tylko w trzech szpitalach⁵⁰ odnotowano wyraźny, choć stopniowy spadek występowania zdarzeń zranienia. W sześciu szpitalach⁵¹ utrzymywał się trend spadkowy, jednak w niektórych latach „zaburzony” jednorocznym wzrostem liczby zakłóc. W pozostałych trzech szpitalach⁵² zauważalny był stały wzrost liczby zdarzeń.

Infografika nr 4

Liczba zranień/zakłóc w latach 2017–2020 w poszczególnych szpitalach



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych z kontroli.

Podczas kontroli NIK szczegółowym badaniem objęto przebieg 548 postępowań poekspozycyjnych (od momentu zgłoszenia przez pracownika zdarzenia zranienia do zakończenia realizacji procedury poekspozycyjnej/lечения poekspozycyjnego). W czterech podmiotach⁵³ stwierdzono przypadki postępowania niezgodnego z obowiązującymi uregulowaniami, wynikające z zaniedbań pracowników bądź niewłaściwego nadzoru pracodawcy. Spowodowało to wystąpienie opóźnień w zgłaszaniu zdarzeń

Badanie prawidłowości postępowań poekspozycyjnych

⁵⁰ Szpital Kolejowy w Katowicach, WSS w Lublinie i SP ZOZ w Lublińcu.

⁵¹ UCK w Gdańsku, Szpital św. Wojciecha w Gdańsku, Szpital w Prabutach, SP SK w Lublinie, SP ZZOZ w Janowie Lubelskim i CMR we Wrocławiu.

⁵² SP SK w Katowicach, WSK we Wrocławiu i PCZ w Kamiennej Górze.

⁵³ W których dokonano analizy podejmowanych działań w związku ze 192 (35%) przypadkami zranień, tj.: SP SK w Katowicach, SP ZOZ w Lublińcu, UCK w Gdańsku i SP ZZOZ w Janowie Lubelskim.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

ekspozycji, stosowanie niewłaściwie opracowanych formularzy zgłaszania zdarzeń bądź nierzetelne sporządzanie dokumentacji dotyczącej zdarzeń (brak niektórych danych wymaganych procedurą poekspozycyjną). Ponadto pracownicy nie w każdym przypadku wykonali wszystkie badania diagnostyczne (kontrolne), które przewidziano w procedurach.

Przykłady

W **SP SK w Katowicach** w 7% zbadanych zdarzeń ich zgłoszenie (bądź wypełnienie *Indywidualnej karty zgłoszenia*) nastąpiło z opóźnieniem od jednego do 10 dni. We wzorze *Indywidualnej karty zgłoszenia* brak było miejsca na wprowadzenie informacji o zgłoszeniu ekspozycji przełożonemu.

W 14% przypadków zbadanych postępowań pracownicy szpitala nie wykonali wszystkich trzech badań kontrolnych krwi, które przewidywała procedura poekspozycyjna.

W opinii NIK, powyższe zaniechania wynikały z braku odpowiedniego nadzoru nad realizacją profilaktyki poekspozycyjnej pracownika, przy jednoczesnym niewypełnieniu przez niego zaleceń.

W **SP ZOZ w Lublińcu** spośród zaistniałych w kontrolowanym okresie 33 zdarzeń zranienia, tylko w ośmiu przypadkach przeprowadzono wymagane procedurą poekspozycyjną kolejne badania krwi (po trzech i sześciu miesiącach od zranienia).

W **SP ZZOZ w Janowie Lubelskim** stwierdzono przypadki nieprzestrzegania „Procedury postępowania poekspozycyjnego”. W latach 2017–2020 w sześciu przypadkach zakłucia/zranienia nie sporządzono „Protokołu wystąpienia ekspozycji zawodowej pracownika na krew lub inny materiał potencjalnie zakaźny”⁵⁴, w pięciu przypadkach lekarz dyżurny SOR udzielający pomocy nie wypełnił strony B tego protokołu oraz nie złożył podpisu opatrzony pieczęcią, w czterech przypadkach nie odnotowano zdarzeń w zeszycie ekspozycji na Oddziałach oraz w sześciu⁵⁵ przypadkach po zakłuciu działania zostały ograniczone do wykonania badań i/lub odnotowania zdarzenia w zeszycie ekspozycji danego Oddziału, co było niezgodne z zasadami określonymi w pkt 5 „Procedury postępowania poekspozycyjnego”.

W **UCK w Gdańsku** – na podstawie analizy 60 postępowań poekspozycyjnych stwierdzono przypadki działań niezgodnych z procedurą, tj. nieprzekazania dokumentacji ze zdarzenia lekarzowi profilaktyki z Poradni Medycyny Pracy (dotyczyło 36 zdarzeń) oraz niezgłoszenia przypadków zranienia jako „niezgodności” (dotyczyło 42 zdarzeń).

W pozostałych ośmiu szpitalach postępowania poekspozycyjne były prowadzone zgodnie z regulacjami zawartymi w obowiązujących w szpitalach procedurach postępowania poekspozycyjnego.

We wszystkich analizowanych przypadkach pracodawca ponosił koszty postępowania poekspozycyjnego, w tym badań diagnostycznych, leków antyretrowirusowych, szczepień przeciw WZW B oraz konsultacji lekarskich.

Analiza kosztów postępowań poekspozycyjnych w dziesięciu szpitalach wykazała, że średni koszt jednego postępowania poekspozycyjnego wynosił

⁵⁴ Dotyczy to zarówno personelu Oddziału na którym doszło do ekspozycji (strona A protokołu) jak i przez lekarza dyżurnego SOR udzielającego pomocy (strona B protokołu).

⁵⁵ Na Oddziale Wewnętrznym – zdarzenie z 28.09 i 30.12.2017 r.; w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym – zdarzenia z 27.05.2017 r., 09.07.2018 r. i 04.03.2020 r. i na Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii – 09.04.2018 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

od 17 zł do 961 zł oraz od 3276 zł do 3572 zł – z uwzględnieniem kosztów czasowej niezdolności pracownika do pracy.

W okresie objętym kontrolą tylko w jednym szpitalu w związku ze zdarzeniem zakłucia/zranienia pracownicy ubiegali się o odszkodowanie – dwóch pracowników ubiegało się o odszkodowanie z tytułu wypadku przy pracy (odszkodowanie otrzymała jedna osoba).

Nie stwierdzono by przeciwko skontrolowanym szpitalom prowadzone były postępowania sądowe z tytułu ekspozycji zawodowej.

Tylko w czterech podmiotach (33%) kontrola nie wykazała żadnych nieprawidłowości w odniesieniu do realizacji obowiązku sporządzania raportów o bezpieczeństwie i higienie pracy dotyczących zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

W okresie objętym kontrolą w 10 szpitalach raporty sporządzano nie rzadziej niż raz na sześć miesięcy (przeważnie w styczniu i lipcu kolejnych lat), przy czym w **PCZ w Kamiennej Górze** pierwszy taki raport sporządzono w styczniu 2017 r. (za okres od 1 lipca do 31 grudnia 2016 r.), tymczasem zgodnie z § 12 rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie*, pierwszy raport winien być sporządzony nie później niż do dnia 28 lutego 2014 r.

W dwóch podmiotach (**SP ZOZ w Lublińcu** i **SP ZZOZ w Janowie Lubelskim**) stwierdzono odpowiednio – brak raportu za I półrocze 2017 r. oraz niewłaściwą częstotliwość ich sporządzania w latach 2017–2018 (rzadziej niż raz na sześć miesięcy).

Tylko w pięciu podmiotach raporty zawierały kompletne informacje wymagane § 11 ust. 2 rozporządzenia *ws. bhp przy wykonywaniu prac z narażeniem na zranienie* a informacje w nich zamieszczone odpowiadały danym zawartym w wykazach zranień w odniesieniu do liczby zranień i okoliczności zaistniałych zdarzeń. W pozostałych siedmiu szpitalach⁵⁶ (58%) raporty zawierały niekompletne bądź nierzetelne dane.

Przykłady

W **SP ZOZ w Lublińcu** i w **Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku** w raportach podawano zaniżone liczby zranień.

W **SP SK w Katowicach** w sporządzonych raportach wbrew wymogowi § 11 ust. 2 pkt 2 tego rozporządzenia brakowało tabelarycznych zestawień stosowanych w szpitalu rodzajów ostrych narzędzi, z wyszczególnieniem, które z nich zawierają rozwiązania chroniące przed zranieniem.

W **SP SK w Lublinie** raporty nie zawierały np.: informacji dotyczących liczby zranień ostrymi narzędziami w okresie poprzedzającym okres sprawozdawczy, tabelarycznych zestawień stosowanych w szpitalu rodzajów ostrych narzędzi.

W raportach sporządzonych w **WSS w Lublinie** nie było tabelarycznych zestawień stosowanych w szpitalu rodzajów ostrych narzędzi, z wyszczególnieniem, które z nich zawierają rozwiązania chroniące przed zranieniem, ponadto zawierały nierzetelne dane o liczbie zranień.

Zranienia ostrymi narzędziami w raportach bhp podmiotów leczniczych

⁵⁶ Szpital św. Wojciecha w Gdańsku, SP SK w Katowicach, SP ZOZ w Lublińcu, SP SK w Lublinie, WSS w Lublinie, SP ZZOZ w Janowie Lubelskim i WSK we Wrocławiu.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Stosownie do § 11 ust. 3 tego rozporządzenia, w 11 szpitalach raporty były udostępniane pracownikom, przeważnie poprzez wewnętrzną sieć komputerową, rzadziej – w formie papierowej. Tylko w jednym szpitalu (**SP ZZOZ w Janowie Lubelskim**) stwierdzono niedopełnienie obowiązków w tym zakresie.

Zakładowe plany postępowania awaryjnego

We wszystkich skontrolowanych podmiotach opracowano zakładowe plany postępowania awaryjnego, o których mowa w art. 84 Prawa atomowego, uwzględniające wzór określony rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie planów postępowania awaryjnego w przypadku zdarzeń radiacyjnych⁵⁷.

Okresowe ćwiczenia dla przeglądu i aktualizacji planów postępowania awaryjnego

W celu przeglądu i aktualizacji zakładowego planu postępowania awaryjnego przeprowadza się okresowe ćwiczenia. W połowie szpitali⁵⁸ stwierdzono nieprawidłowości dotyczące realizacji tego obowiązku.

Przykłady

W **UCK w Gdańsku** obowiązywały dwa zakładowe plany postępowania awaryjnego. W obu planach ustalono, że ćwiczenia awaryjne w celu przeglądu i aktualizacji zakładowych planów postępowania awaryjnego odbywają się przynajmniej raz w roku. W latach 2017–2018 nie przeprowadzono takich ćwiczeń.

W **Szpitalu w Prabutach, Szpitalu Kolejowym w Katowicach, SP ZZOZ w Janowie Lubelskim, WSK we Wrocławiu i PCZ w Kamiennej Górze** w całym okresie objętym kontrolą w ogóle nie przeprowadzono takich ćwiczeń.

⁵⁷ Dz. U. Nr 20 poz. 169, ze zm.; dalej: rozporządzenie w sprawie planów postępowania awaryjnego.

⁵⁸ UCK w Gdańsku, Szpital w Prabutach, Szpital Kolejowy w Katowicach, SP ZZOZ w Janowie Lubelskim i PCZ w Kamiennej Górze.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.3. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Celem głównym kontroli było udzielenie odpowiedzi na pytanie: czy przygotowanie i sposób reagowania świadczeniodawców był adekwatny w przypadku wystąpienia zdarzeń niepożądanych przy wykonywaniu prac związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Cel główny kontroli

Czy świadczeniodawcy byli odpowiednio przygotowani do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń?

Cele szczegółowe

Czy podmioty lecznicze podejmowały prawidłowe działania przy opracowywaniu i realizacji procedur postępowania poekspozycyjnego?

Kontrolą objęto 12 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju *leczenie szpitalne*, wybranych według formy własności: cztery szpitale kliniczne, pięć szpitali wojewódzkich i trzy szpitale powiatowe.

Zakres podmiotowy

Kontrolę przeprowadzono na podstawie:

Kryteria kontroli

- art. 2 ust. 1 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów: legalności, celowości, gospodarności i rzetelności,
- art. 2 ust. 2 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów: legalności, gospodarności i rzetelności,
- art. 2 ust. 3 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów: legalności i gospodarności.

Lata 2017–2020, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały związek z zagadnieniami będącymi przedmiotem kontroli.

Okres objęty kontrolą

Kontrolę przeprowadzono w okresie od 1 października 2020 r. do 29 stycznia 2021 r.⁵⁹

W toku czynności kontrolnych, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, zwrócono się do Głównego Inspektoratu Sanitarnego oraz Państwowej Agencji Atomistyki o udzielenie informacji dotyczących ważności uprawnień inspektorów ochrony radiologicznej sprawujących nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w poszczególnych jednostkach objętych kontrolą. Z otrzymanych informacji wynikało, że w żadnym przypadku decyzje nadające przedmiotowe uprawnienia nie zostały unieważnione.

Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK

Wyniki kontroli przedstawiono w 12 wystąpieniach pokontrolnych, w których sformułowano łącznie 70 wniosków.

Stan realizacji wniosków pokontrolnych

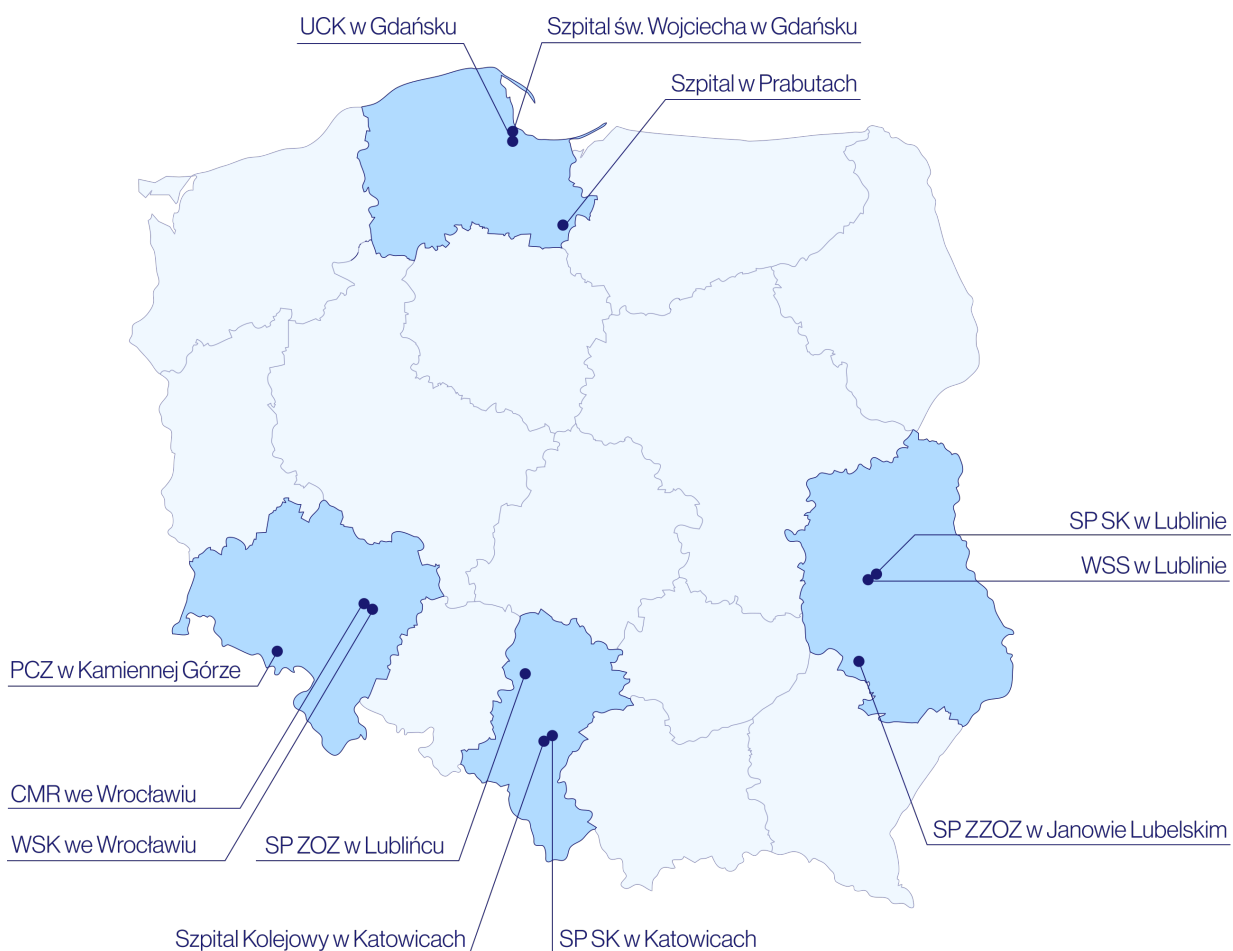
Jedno zastrzeżenie do wystąpienia pokontrolnego zgłosił Dyrektor WSS w Lublinie. Zastrzeżenie zostało uwzględnione w części.

Według stanu na 22 kwietnia 2021 r. zrealizowano 39 wniosków, w fazie realizacji pozostawało 26 wniosków, natomiast nie zrealizowano pięciu wniosków.

⁵⁹ W styczniu 2021 r., w związku z trudnościami w prowadzeniu kontroli dotyczącymi skutków pandemii COVID-19, zakończono kontrole w sześciu szpitalach, pozostałe kontrole ukończono w grudniu 2020 r.

ZAŁĄCZNIKI

Wnioski NIK skierowane do kierowników jednostek kontrolowanych dotyczyły m.in.: zapewnienia odpowiedniego stanu osobowego Służby bhp; odbywania posiedzeń Komisji bhp z wymaganą częstotliwością; dokonywania oceny procedur dotyczących zasad bezpiecznego postępowania podczas pracy z ostrymi narzędziami oraz stosowania środków ochrony indywidualnej; zapewnienia przeprowadzania okresowo, nie rzadziej niż raz na dwa lata, ocen ryzyka zawodowego dla stanowisk pracy; systematycznego przeprowadzania szkoleń w zakresie zranień oraz ochrony radiologicznej pracowników; rzetelnego prowadzenia wykazu zranień oraz sporządzania raportów o bhp; występowania do Prezesa PAA z wnioskiem o udostępnienie informacji z CRD przed zatrudnianiem pracowników w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące; przeprowadzania z odpowiednią częstotliwością ćwiczeń w celu przeglądu i aktualizacji planów postępowania awaryjnego.



Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Delegatura NIK w Gdańsku	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne ul. Dębinki 7 80-952 Gdańsk	Jakub Kraszewski Dyrektor Naczelny
2.		W ramach podmiotu: „Copernicus” Podmiot Leczniczy sp. z o.o. ul. Nowe Ogrody 1–6 80-803 Gdańsk skontrolowano działania Szpitala św. Wojciecha al. Jana Pawła II 50 80-462 Gdańsk	Dariusz Kostrzewa Prezes Zarządu
3.		Szpital Specjalistyczny w Prabutach sp. z o.o. ul. Kuracyjna 30 82-550 Prabuty	Grażyna Stachowicz Prezes Zarządu
4.	Delegatura NIK w Katowicach	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A. Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach ul. Francuska 20–24 40-027 Katowice	Włodzimierz Dziubdziała Dyrektor
5.		Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach – s.p.z.o.z. ul. Panewnicka 65 40-760 Katowice	Bohdan Kozak p.o. Dyrektor
6.		Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lubińcu ul. Sobieskiego 9 42-700 Lubliniec	Włodzimierz Charchuła Dyrektor
7.	Delegatura NIK w Lublinie	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie ul. Jaczewskiego 8 20-954 Lublin	Radosław Starownik Dyrektor
8.		Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. S. Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie Al. Kraśnicka 100 20-718 Lublin	Piotr Matej Dyrektor
9.		Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Janowie Lubelskim ul. Jana Zamoyskiego 149 23-300 Janów Lubelski	Renata Ciupak p.o. Dyrektor

⁶⁰ W brzmieniu pisma okólnego nr 1/2019 Prezesa Najwyższej Izby Kontroli z dnia 19 lutego 2019 r. zmieniającego pismo okólnie w sprawie wzoru informacji o wynikach kontroli.

ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
10.	Delegatura NIK we Wrocławiu	4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu ul. Rudolfa Weigla 5 50-981 Wrocław	płk dr n. med. Wojciech Tański Komendant
11.		Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu ul. gen. A. E. Fieldorfa 2 54-049 Wrocław	Katarzyna Kapuścińska Dyrektor
12.		Powiatowe Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze sp. z o.o. ul. Bohaterów Getta 10 58-400 Kamienna Góra	Barbara Kosak Prezes Zarządu

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno- -ekonomicznych

Zasady, które zobowiązują placówkę medyczną do zapewnienia właściwych i bezpiecznych warunków pracy, wynikają z powszechnie obowiązujących przepisów prawa pracy. Ich źródłem są przepisy Kodeksu pracy oraz rozporządzeń wykonawczych wydanych na jego podstawie, które w sposób szczegółowy normują konkretne kwestie bezpieczeństwa – w tym w placówkach medycznych. W Polsce obowiązują zasady kontroli narażenia zawodowego wynikające z wdrożenia wymagań dyrektywy Rady Unii Europejskiej nr 2013/59/Euratom z dnia 5 grudnia 2013 r. ustanawiającej podstawowe normy bezpieczeństwa w celu ochrony przed zagrożeniami wynikającymi z narażenia na działanie promieniowania jonizującego. Zasady te zostały transponowane do przepisów Prawa atomowego.

Obowiązkiem pracodawcy jest bieżące monitorowanie procesów pracy, szczególnie w zakresie bezpieczeństwa. Art. 207 Kodeksu pracy określa podstawowe obowiązki pracodawcy w zakresie bhp. W § 1 art. 207 cyt. ustawy określono, że pracodawca ponosi odpowiedzialność za stan bhp w zakładzie pracy.

Kodeks pracy

Z kolei, zgodnie z art. 211 Kodeksu pracy podstawowym obowiązkiem pracownika jest przestrzeganie przepisów i zasad bhp.

Pracodawca jest obowiązany chronić zdrowie i życie pracowników przez zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki (art. 207 § 2 Kodeksu pracy). W szczególności pracodawca jest obowiązany:

- 1) organizować pracę w sposób zapewniający bezpieczne i higieniczne warunki pracy;
- 2) zapewniać przestrzeganie w zakładzie pracy przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, wydawać polecenia usunięcia uchybień w tym zakresie oraz kontrolować wykonanie tych poleceń;
- 3) reagować na potrzeby w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa i higieny pracy oraz dostosowywać środki podejmowane w celu doskonalenia istniejącego poziomu ochrony zdrowia i życia pracowników, biorąc pod uwagę zmieniające się warunki wykonywania pracy;
- 4) zapewnić rozwój spójnej polityki zapobiegającej wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym uwzględniającej zagadnienia techniczne, organizację pracy, warunki pracy, stosunki społeczne oraz wpływ czynników środowiska pracy;
- 5) uwzględnić ochronę zdrowia młodocianych, pracownic w ciąży lub karmiących dziecko piersią oraz pracowników niepełnosprawnych w ramach podejmowanych działań profilaktycznych;
- 6) zapewniać wykonanie nakazów, wystąpień, decyzji i zarządzeń wydawanych przez organy nadzoru nad warunkami pracy;
- 7) zapewniać wykonanie zaleceń społecznego inspektora pracy.

Art. 237¹¹ § 1 Kodeksu pracy stanowi, że pracodawca zatrudniający więcej niż 100 pracowników, tworzy Służbę bhp, pełniącą funkcje doradcze i kontrolne w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy. Z kolei, zgodnie

z art. 237¹² § 1 Kodeksu pracy, pracodawca zatrudniający więcej niż 250 pracowników powołuje Komisję bhp, jako swój organ doradczy i opiniodawczy.

Obowiązek przeprowadzania przez pracodawcę konsultacji z pracownikami lub ich przedstawicielami dotyczących wszystkich działań związanych z bhp wynika z art. 237^{11a} Kodeksu pracy. W szczególności dotyczą one:

- 1) zmian w organizacji pracy i wyposażeniu stanowisk pracy, wprowadzania nowych procesów technologicznych oraz substancji chemicznych i ich mieszanin, jeżeli mogą one stwarzać zagrożenie dla zdrowia lub życia pracowników;
- 2) oceny ryzyka zawodowego występującego przy wykonywaniu określonych prac oraz informowania pracowników o tym ryzyku;
- 3) tworzenia służby bhp lub powierzania wykonywania zadań tej służby innym osobom oraz wyznaczania pracowników do udzielania pierwszej pomocy, a także wykonywania działań w zakresie zwalczania pożarów i ewakuacji pracowników;
- 4) przydzielania pracownikom środków ochrony indywidualnej oraz odzieży i obuwia roboczego;
- 5) szkolenia pracowników w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.

W ramach konsultacji pracownicy lub ich przedstawiciele mogą przedstawiać pracodawcy wnioski w sprawie eliminacji lub ograniczenia zagrożeń zawodowych.

W art. 223 Kodeksu pracy określone zostały obowiązki pracodawcy związane z ochroną pracowników przed promieniowaniem jonizującym.

Również wobec osób zatrudnionych na innej podstawie niż stosunek pracy (a także osobom prowadzącym w zakładzie pracy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę na własny rachunek działalność gospodarczą, czy też studentom i uczniom odbywającym zajęcia na terenie zakładu pracy) pracodawca jest obowiązany zapewnić bezpieczne i higieniczne warunki pracy w szczególności dotyczące ochrony przed promieniowaniem jonizującym (art. 304 Kodeksu pracy).

Rozporządzenie ws. służby bhp

W § 1 ust. 5 rozporządzenia ws. służby bhp określono, że Służba bhp podlega bezpośrednio pracodawcy. U pracodawcy będącego jednostką organizacyjną służba ta podlega bezpośrednio osobie zarządzającej tą jednostką lub osobie wchodzącej w skład organu zarządzającego, upoważnionej przez ten organ do sprawowania nadzoru w sprawach z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy.

Służbę bhp stanowią wyodrębnione komórki organizacyjne jednoosobowe lub wieloosobowe.

Zgodnie z § 1 ust. 3 i 4 tego rozporządzenia:

- pracodawca zatrudniający od 100 do 600 pracowników tworzy wieloosobową lub jednoosobową komórkę albo zatrudnia w tej komórce pracownika *Służby bhp* w niepełnym wymiarze czasu pracy,
- pracodawca zatrudniający ponad 600 pracowników zatrudnia w pełnym wymiarze czasu pracy co najmniej jednego pracownika *Służby bhp* na każdych 600 pracowników.

ZAŁĄCZNIKI

Pracowników *Służby bhp* zatrudnia się na stanowiskach: inspektorów, starszych inspektorów, specjalistów, starszych specjalistów oraz głównych specjalistów do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy (§ 4 ust. 1 rozporządzenia ws. służby bhp).

Kwalifikacje wymagane do wykonywania zadań *Służby bhp* określone zostały w § 4 ust. 2 tego rozporządzenia. Pracownikami tej służby mogą być osoby spełniające następujące wymogi:

- 1) inspektorem do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy może być osoba posiadająca zawód technika bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 2) starszym inspektorem do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy może być osoba posiadająca:
 - a) zawód technika bezpieczeństwa i higieny pracy oraz co najmniej 3-letni staż pracy w Służbie bhp lub
 - b) wyższe wykształcenie o kierunku lub specjalności w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy albo studia podyplomowe w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy;
- 3) specjalistą do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy może być osoba posiadająca wyższe wykształcenie o kierunku lub specjalności w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy albo studia podyplomowe w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz co najmniej rok stażu pracy w Służbie bhp;
- 4) starszym specjalistą do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy może być osoba posiadająca wyższe wykształcenie o kierunku lub specjalności w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy albo studia podyplomowe w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz co najmniej 3-letni staż pracy w Służbie bhp;
- 5) głównym specjalistą do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy może być osoba posiadająca wyższe wykształcenie o kierunku lub specjalności w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy albo studia podyplomowe w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz co najmniej 5-letni staż pracy w Służbie bhp.

Pracownik kierujący wieloosobową komórką organizacyjną powinien spełniać co najmniej wymagania kwalifikacyjne określone w pkt 3. Pracownik zatrudniony w jednoosobowej komórce powinien spełniać co najmniej wymagania kwalifikacyjne określone w pkt 2.

Szczegółowy zakres zadań *Służby bhp* został określony w § 2 ust. 1 pkt 1–22 rozporządzenia ws. służby bhp:

- 1) przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk pracy, na których są zatrudnione kobiety w ciąży lub karmiące dziecko piersią, młodociani, niepełnosprawni, pracownicy wykonujący pracę zmianową, w tym pracujący w nocy, oraz osoby fizyczne wykonujące pracę na innej podstawie niż stosunek pracy w zakładzie pracy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę;
- 2) bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń;

- 3) sporządzanie i przedstawianie pracodawcy, co najmniej raz w roku, okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy zawierających propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy;
- 4) udział w opracowywaniu planów modernizacji i rozwoju zakładu pracy oraz przedstawianie propozycji dotyczących uwzględnienia w tych planach rozwiązań techniczno-organizacyjnych zapewniających poprawę stanu bezpieczeństwa i higieny pracy;
- 5) udział w ocenie założeń i dokumentacji dotyczących modernizacji zakładu pracy albo jego części, a także nowych inwestycji, oraz zgłaszanie wniosków dotyczących uwzględnienia wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w tych założeniach i dokumentacji;
- 6) udział w przekazywaniu do użytkowania nowo budowanych lub przebudowywanych obiektów budowlanych albo ich części, w których przewiduje się pomieszczenia pracy, urządzeń produkcyjnych oraz innych urządzeń mających wpływ na warunki pracy i bezpieczeństwo pracowników;
- 7) zgłaszanie wniosków dotyczących wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w stosowanych oraz nowo wprowadzanych procesach produkcyjnych;
- 8) przedstawianie pracodawcy wniosków dotyczących zachowania wymagań ergonomii na stanowiskach pracy;
- 9) udział w opracowywaniu zakładowych układów zbiorowych pracy, wewnętrznych zarządzeń, regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w ustalaniu zadań osób kierujących pracownikami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy;
- 10) opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy;
- 11) udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz w opracowywaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków oraz zachorowań na choroby zawodowe, a także kontrola realizacji tych wniosków;
- 12) prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby, a także przechowywanie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy;
- 13) doradztwo w zakresie stosowania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy;
- 14) udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą;
- 15) doradztwo w zakresie organizacji i metod pracy na stanowiskach pracy, na których występują czynniki niebezpieczne, szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe, oraz doboru najwłaściwszych środków ochrony zbiorowej i indywidualnej;
- 16) współpraca z właściwymi komórkami organizacyjnymi lub osobami, w szczególności w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego poziomu szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zapewnienia właściwej adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników;

- 17) współpraca z laboratoriami upoważnionymi, zgodnie z odrębnymi przepisami, do dokonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych, występujących w środowisku pracy, w zakresie organizowania tych badań i pomiarów oraz sposobów ochrony pracowników przed tymi czynnikami lub warunkami;
- 18) współpraca z laboratoriami i innymi jednostkami zajmującymi się pomiarami stanu środowiska naturalnego, działającymi w systemie państwowego monitoringu środowiska, określonego w odrębnych przepisach;
- 19) współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, a w szczególności przy organizowaniu okresowych badań lekarskich pracowników;
- 20) współdziałanie ze społeczną inspekcją pracy oraz z zakładowymi organizacjami związkowymi przy:
 - a) podejmowaniu przez nie działań mających na celu przestrzeganie przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, w trybie i w zakresie ustalonym w odrębnych przepisach,
 - b) podejmowanych przez pracodawcę przedsięwzięciach mających na celu poprawę warunków pracy;
- 21) uczestniczenie w konsultacjach w zakresie bhp, a także w pracach *Komisji bhp* oraz innych zakładowych komisji zajmujących się problematyką bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym zapobieganiem chorobom zawodowym i wypadkom przy pracy;
- 22) inicjowanie i rozwijanie na terenie zakładu pracy różnych form popularyzacji problematyki bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomii.

W myśl § 2 ust. 4 rozporządzenia ws. służby bhp, w celu realizacji tych zadań, pracodawca udostępnia *Służbie bhp* informacje mogące wywierać wpływ na bezpieczeństwo pracy i ochronę zdrowia pracowników, w szczególności dotyczące:

- 1) stanu środowiska pracy, w tym wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy;
- 2) zastosowanych dotychczas środków, w tym technicznych i organizacyjnych, zapobiegających zagrożeniom zdrowia lub życia pracowników w odniesieniu do zakładu pracy i poszczególnych stanowisk pracy;
- 3) środków przewidzianych w razie potrzeby udzielenia pierwszej pomocy, gaszenia pożaru i ewakuacji pracowników.

Rozporządzenie określa warunki bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. Pod pojęciem ostrych narzędzi na gruncie omawianej problematyki rozumiemy wyroby medyczne, które służą do cięcia, kłucia i mogą spowodować zranienie lub przeniesienie zakażenia.

W celu ochrony pracowników przed zranieniami ostrymi narzędziami pracodawca stosuje, na warunkach określonych w rozporządzeniu, wszelkie dostępne środki eliminujące lub ograniczające stopień narażenia na zranienia ostrymi narzędziami (§ 2).

Rozporządzenie
ws. bhp przy
wykonywaniu prac
z narażeniem
na zranienie

Przed wyborem środków, o których mowa wyżej, pracodawca dokonuje oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy, uwzględniając w szczególności:

- 1) klasyfikację i wykaz szkodliwych czynników biologicznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 222¹ § 3 Kodeksu pracy oraz zagrożenia dla życia i zdrowia spowodowane chorobami, które mogą wystąpić w następstwie zakażenia, a także możliwego działania toksycznego lub alergizującego szkodliwych czynników biologicznych;
- 2) stan zdrowia pracownika, w tym w szczególności choroby przewlekłe, na które choruje;
- 3) określenie narażenia, w tym rodzaj, stopień oraz czas jego trwania;
- 4) czynności, w trakcie których może dojść do narażenia;
- 5) 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;
- 6) decyzje, wystąpienia i zalecenia pokontrolne organów kontroli i nadzoru nad warunkami pracy, wydane na podstawie ustaleń kontroli przeprowadzonych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą.

Ocenę ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami, przeprowadza się:

- 1) okresowo, nie rzadziej niż raz na dwa lata,
 - 2) w każdym przypadku wystąpienia na stanowisku pracy zmian mających lub mogących mieć znaczenie dla zdrowia i bezpieczeństwa pracownika w miejscu pracy
- uwzględniając aktualną wiedzę medyczną i techniczną oraz wiedzę w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym wyniki prac naukowo-badawczych mających na celu eliminację lub ograniczenie przyczyn powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe.

Zgodnie z § 4, w celu eliminacji lub ograniczenia narażenia pracodawca, we współpracy z przedstawicielami pracowników, podejmuje kolejno następujące działania:

- 1) opracowuje i wdraża procedury bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami, w tym będącymi odpadami medycznymi, w szczególności obejmujące zakaz ponownego zakładania osłonek na ostre narzędzia;
- 2) jeżeli charakter wykonywanych świadczeń zdrowotnych na to pozwala, eliminuje przypadki zbędnego stosowania ostrych narzędzi przez wdrożenie zmian w praktyce oraz, na podstawie wyników oceny ryzyka, o której mowa w § 3 ust. 1, zapewnia ostre narzędzia zawierające rozwiązania chroniące przed zranieniem;
- 3) opracowuje i wdraża procedury używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej;
- 4) analizuje *Raport o bhp*.

Procedury, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 i 3 tego rozporządzenia, sporządza się w formie papierowej i elektronicznej oraz zapewnia ich

dostępność w każdej jednostce organizacyjnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w której są udzielane świadczenia zdrowotne.

Pracodawca okresowo, nie rzadziej niż raz na dwa lata, poddaje procedury ocenie i w razie potrzeby je aktualizuje, uwzględniając postęp techniczny oraz dostępność ostrych narzędzi zawierających rozwiązania chroniące przed zranieniem, wiedzę w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym wyniki prac naukowo-badawczych mających na celu eliminację lub ograniczenie przyczyn powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe, oraz zapewnia pracownikom, w toku szkoleń, o których mowa w § 7, informacje o wprowadzonych zmianach (§ 4 ust. 3).

Obowiązkiem pracodawcy jest podejmowanie (z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka, o której mowa w § 3 ust. 1 rozporządzenia) działań eliminujących lub ograniczających ryzyko wystąpienia zranień ostrymi narzędziami oraz zakażeń, obejmujących:

- 1) organizację miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób pozwalający na uniknięcie lub zminimalizowanie narażenia;
- 2) zapewnienie warunków bezpiecznego zbierania, przechowywania oraz usuwania odpadów medycznych, z zastosowaniem łatwo dostępnych, bezpiecznych i oznakowanych pojemników, w miarę możliwości umieszczonych w pobliżu miejsc używania lub przechowywania ostrych narzędzi;
- 3) wdrożenie odpowiednich środków profilaktycznych uwzględniających organizację i warunki pracy, czynniki psychospołeczne oraz inne czynniki związane ze środowiskiem pracy;
- 4) zapewnienie środków ochrony indywidualnej, odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia (§ 5 ust. 1).

Jeżeli w wyniku oceny ryzyka, o której mowa w § 3 ust. 1, pracodawca zidentyfikuje możliwości wystąpienia narażenia pracownika na szkodliwy czynnik biologiczny, przeciw któremu jest dostępne szczepienie ochronne, pracownika informuje się o korzyściach szczepienia, możliwych niepożądanym odczynach poszczepiennych oraz możliwych skutkach niepoddania się takiemu szczepieniu (§ 5 ust. 2).

Zgodnie z § 6 tego rozporządzenia pracodawca:

- 1) zapewnia pracownikom stały dostęp do instrukcji oraz innych sporządzonych w formie papierowej i elektronicznej informacji o zasadach używania ostrych narzędzi i środków ochrony indywidualnej, określonych w procedurach, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 i 3, a także obowiązujących przepisach z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
- 2) promuje dobre praktyki zapobiegania narażeniu, w szczególności opracowuje w konsultacji z przedstawicielami pracowników materiały informacyjne dotyczące tych praktyk;
- 3) prowadzi wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w § 10;
- 4) informuje pracowników o:
 - a) ryzyku związanym z narażeniem,

- b) zasadach postępowania w przypadku narażenia, zgodnie z procedurą, o której mowa w § 9, w tym o badaniach lekarskich, badaniach laboratoryjnych, poekspozycyjnym szczepieniu ochronnym, uodpornieniu biernym oraz profilaktycznym leczeniu poekspozycyjnym, z których pracownik może skorzystać w przypadku zranienia lub kontaktu z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym,
- c) osobach wykonujących zadania służby bezpieczeństwa i higieny pracy oraz sprawujących profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami.

Do obowiązków pracodawcy należy także prowadzenie systematycznych szkoleń mających na celu zapobieganie narażeniu i jego skutkom (§ 7 ust. 1).

Szkolenia, o których mowa w § 7 ust. 1 rozporządzenia, obejmują w szczególności zagadnienia dotyczące:

- 1) prawidłowego postępowania z ostrymi narzędziami, w tym narzędziami zawierającymi rozwiązania chroniące przed zranieniem;
- 2) potencjalnego zagrożenia dla życia i zdrowia spowodowanego zranieniem ostrym narzędziem oraz kontaktem z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym;
- 3) środków, które należy podjąć w celu zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami, obejmujące standardowe środki ostrożności, bezpieczne systemy pracy, prawidłowe stosowanie i procedury usuwania ostrych narzędzi i odpadów oraz znaczenie uodpornienia przy użyciu szczepionek;
- 4) wyposażenia i stosowania środków ochrony indywidualnej odpowiednich dla rodzaju i stopnia narażenia;
- 5) procedury postępowania poekspozycyjnego, o której mowa w § 9;
- 6) procedur zgłaszania oraz prowadzenia wykazu zranień ostrymi narzędziami i sprawozdawczości w tym zakresie;
- 7) okoliczności i przyczyn zranień ostrymi narzędziami, w tym wyników analiz w tym zakresie zawartych w raporcie, o którym mowa w § 11.

Szkolenia przeprowadza się w trybie określonym w przepisach w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.

Obowiązkiem pracownika (§ 8 ust. 1) jest niezwłoczne zgłoszenie pracodawcy lub osobie wykonującej zadania służby bezpieczeństwa i higieny pracy każdego przypadku zranienia ostrym narzędziem, a w razie kontaktu z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym – również lekarzowi wskazanemu w procedurze, o której mowa w § 9, w celu przeprowadzenia postępowania poekspozycyjnego.

W przypadku zranienia pracownika ostrym narzędziem pracodawca:

- 1) bada przyczyny i okoliczności zranienia oraz odnotowuje je w wykazie, o którym mowa w § 10;
- 2) jeżeli to konieczne, dokonuje zmian w procedurze bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami, o której mowa w § 4 ust. 1 pkt 1, lub informuje pracowników o nowym ryzyku związanym z używaniem ostrego narzędzia;

- 3) informuje lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami – w przypadku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny.

Zasady dotyczące opracowania i wdrożenia procedury postępowania poekspozycyjnego określono w § 9 cyt. rozporządzenia.

W myśl tego przepisu procedura ta ma umożliwić niezwłoczne udzielenie poszkodowanemu pomocy medycznej oraz zapobieżenie skutkom narażenia, a także objęcie go profilaktyczną opieką zdrowotną po narażeniu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Winna ona uwzględniać w szczególności konieczność oszacowania ryzyka zakażenia oraz podjęcia niezwłocznych działań profilaktycznych, w tym w szczególności przeprowadzenia badania lekarskiego, wykonania niezbędnych badań laboratoryjnych, przeprowadzenia w razie potrzeby poekspozycyjnego szczepienia ochronnego i uodpornienia biernego, lub profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego, a także wykonanie badań lekarskich oraz niezbędnych badań dodatkowych w regularnych odstępach czasu po narażeniu.

Regulacje dotyczące wykazu zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym zakresu zamieszczanych tam informacji, określono w § 10 rozporządzenia. W wykazie tym nie zamieszcza się danych osobowych (§ 10 ust 2).

Do obowiązków pracodawcy należy także sporządzanie nie rzadziej niż raz na sześć miesięcy, *Raportu o bhp* w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (§ 11).

Raport ten zawiera w szczególności następujące informacje:

- 1) tabelaryczne zestawienie liczby zranień ostrymi narzędziami, do których doszło w podmiocie leczniczym w okresie sprawozdawczym oraz w równym mu długością okresie poprzedzającym, w podziale na jednostki organizacyjne podmiotu leczniczego;
- 2) tabelaryczne zestawienie stosowanych w podmiocie leczniczym rodzajów ostrych narzędzi, z wyszczególnieniem, które z nich zawierają rozwiązania chroniące przed zranieniem;
- 3) analizę okoliczności i przyczyn zranień, ze szczególnym uwzględnieniem ich przyczyn systemowych;
- 4) propozycje możliwych działań mających na celu ograniczenie liczby zranień, w tym możliwości wprowadzenia do użytku w podmiocie leczniczym nowych rodzajów ostrych narzędzi zawierających rozwiązania chroniące przed zranieniem, wraz z oszacowaniem kosztów takich działań;
- 5) informacje o działaniach, o których mowa w § 4 ust, 3, jeżeli były realizowane w okresie sprawozdawczym;
- 6) informacje o wprowadzonych zmianach w zakresie szkoleń, o których mowa w § 7.

Powyższy raport podlega udostępnieniu pracownikom.

Zgodnie z § 11 ust. 4 rozporządzenia, pracodawca w konsultacji z przedstawicielami pracowników dokonuje okresowej weryfikacji procedur zgłaszania zranień ostrymi narzędziami, zakresu i rodzajów analiz zawartych w raporcie, a także rozważa prowadzenie zbiorów informacji statystycznych obejmujących przypadki zranień ostrymi narzędziami oraz kontaktu z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym, w tym dla celów:

- 1) rozszerzonej analizy epidemiologicznej okoliczności i przyczyn tych narażeń w podmiocie leczniczym;
- 2) uczestnictwa w pracach naukowo-badawczych mających na celu eliminację lub ograniczenie przyczyn powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe;
- 3) uczestnictwa w dobrowolnych systemach nadzoru epidemiologicznego nad narażeniami zawodowymi realizowanych na szczeblu regionalnym, krajowym lub międzynarodowym, w szczególności przez instytuty badawcze, uczelnie medyczne lub agencje Unii Europejskiej.

Pierwszy *Raport o bhp* miał być sporządzony nie później niż do dnia 28 lutego 2014 r. (§ 12).

Jeżeli w wyniku *Oceny ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami* pracodawca zidentyfikuje możliwości wystąpienia narażenia pracownika na szkodliwy czynnik biologiczny, przeciw któremu jest dostępne szczepienie ochronne, pracownika informuje się o korzyściach szczepienia, możliwych niepożądanych odczynach poszczepiennych oraz możliwych skutkach niepoddania się takiemu szczepieniu. Szczepienie jest przeprowadzane na zasadach określonych w art. 17 i art. 18 oraz art. 20 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

Prawo atomowe

Zasady kontroli narażenia zawodowego pracowników na promieniowanie jonizujące, transponowane z dyrektywy Rady Unii Europejskiej (nr 2013/59/Euratom z dnia 5 grudnia 2013 r. ustanawiającej podstawowe normy bezpieczeństwa w celu ochrony przed zagrożeniami wynikającymi z narażenia na działanie promieniowania jonizującego) do polskiego prawa, zawarte są w rozdziale 3 Prawa atomowego, poświęconym bezpieczeństwu jądrowemu i ochronie radiologicznej oraz ochronie zdrowia pracowników. Zgodnie z art. 7 ust. 1 tej ustawy, odpowiedzialność za przestrzeganie wymagań w tym zakresie spoczywa przede wszystkim na kierowniku jednostki organizacyjnej⁶¹.

Kierownik jednostki organizacyjnej wykonującej działalność wymagającą zezwolenia⁶², opracowuje i wdraża *Program zapewnienia jakości* (art. 7 ust. 2 Prawa atomowego).

⁶¹ W rozumieniu ustawy Prawo atomowe jednostka organizacyjna to wykonująca działalność związaną z procesem, w którym organizm ludzki podlega napromienieniu promieniowaniem jonizującym – osoba fizyczna, osoba prawna, państwowa jednostka organizacyjna, samorządowa jednostka organizacyjna, organizacja społeczna lub niebędąca osobą prawną jednostka organizacyjna, której ustawa przyznaje zdolność prawną.

⁶² Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 10 i 11 Prawa atomowego wykonywanie działalności polegającej na uruchamianiu lub stosowaniu urządzeń wytwarzających promieniowanie jonizujące, albo uruchamianiu pracowni, w których mają być stosowane źródła promieniowania jonizującego, w szczególności pracowni rentgenowskich lub medycznych pracowni rentgenowskich, wymaga zezwolenia, zgłoszenia albo powiadomienia w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej.

Do kierownika jednostki organizacyjnej należy także ocena dawek podległych mu pracowników, która w przypadku pracowników zaliczonych do kategorii A, zgodnie z wymogiem art. 21 Prawa atomowego, musi być dokonana na podstawie pomiarów wykonanych przez akredytowane laboratoria radiometryczne.

Zgodnie z art. 7 ust. 3 i 5 Prawa atomowego, wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej:

- w jednostce organizacyjnej wykonującej działalność wymagającą zezwolenia,
- w jednostkach ochrony zdrowia wykonujących działalność polegającą na
 - a) uruchamianiu lub stosowaniu aparatów rentgenowskich w medycznej pracowni rentgenowskiej lub uruchamianiu takich pracowni, lub
 - b) uruchamianiu lub stosowaniu aparatów rentgenowskich do celów rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej, radioterapii powierzchniowej lub radioterapii schorzeń nienowotworowych poza medyczną pracownią rentgenowską,

sprawuje osoba, która posiada uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej. Kwalifikacje wymagane do pełnienia tej funkcji określone zostały w art. 7 ust. 6 Prawa atomowego. Uprawnienia *Inspektora ochrony radiologicznej* nadaje się osobie, która:

- posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- posiada co najmniej wykształcenie średnie lub średnie branżowe;
- zdała, nie wcześniej niż dwa lata przed dniem wystąpienia z wnioskiem o nadanie uprawnień, egzamin z zakresu odbytego szkolenia, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 7¹ ust. 11 lub 12 Prawa atomowego;
- posiada orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do pracy w warunkach narażenia, wydane w trybie określonym w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 229 § 8 Kodeksu pracy;
- posiada odpowiedni do typu nadanych uprawnień staż pracy w warunkach narażenia, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 7¹ ust. 11 lub 12 Prawa atomowego.

Upewnienia, o których mowa w ust. 5, nadaje Główny Inspektor Sanitarny w drodze decyzji administracyjnej. W zależności od rodzaju działalności związanej z narażeniem, do której nadzorowania będzie uprawniony inspektor ochrony radiologicznej, nadaje się odpowiedni typ uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie do celów diagnostyki medycznej, radiologii zabiegowej, radioterapii powierzchniowej i radioterapii schorzeń nienowotworowych (art. 7 ust. 12 Prawa atomowego).

W art. 7² Prawa atomowego określone zostały obowiązki i uprawnienia Inspektora ochrony radiologicznej.

Zgodnie z art. 26 Prawa atomowego, kierownik jednostki organizacyjnej zatrudniającej pracowników w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, zobowiązany jest zapewnić:

- 1) opiekę medyczną pracownikom oraz niezbędne środki ochrony indywidualnej i sprzęt dozymetryczny, stosownie do warunków narażenia;

- 2) prowadzenie pomiarów dawek indywidualnych albo pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy zgodnie z art. 17 ust. 3 i 4 oraz rejestrowanie danych w tym zakresie;
- 3) w przypadku działalności, które mogą prowadzić do uwolnień substancji promieniotwórczych do środowiska – opracowanie i wdrożenie procedur pomiaru i oceny narażenia osób z ogółu ludności, prowadzenie pomiarów, a także rejestrowanie wyników tych pomiarów oraz wyników oceny narażenia osób z ogółu ludności;
- 4) odpowiedni dobór, właściwe użytkowanie, sprawdzenie sprawności i konserwację przyrządów dozymetrycznych oraz ich wzorcowanie.

W związku z art. 17 ust. 1 i 2 Prawa atomowego, w celu dostosowania sposobu oceny zagrożenia pracowników w jednostkach organizacyjnych do jego spodziewanego poziomu, w zależności od wielkości zagrożenia, wprowadza się dwie kategorie pracowników:

- 1) kategorię A obejmującą 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;
- 2) kategorię B obejmującą pracowników, którzy nie zostali zaliczeni do kategorii A.

Zaliczenia pracowników zatrudnionych w warunkach narażenia do kategorii A lub B dokonuje kierownik jednostki organizacyjnej, w zależności od przewidywanego poziomu narażenia tych pracowników (art. 17 ust. 6 Prawa atomowego), który zobowiązany jest także prowadzić rejestr dawek indywidualnych otrzymywanych przez pracowników zaliczonych do kategorii A.

Art. 22 ust.1 tej ustawy stanowi, że kierownik jednostki organizacyjnej przed zatrudnieniem pracownika w warunkach narażenia jest obowiązany wystąpić do Prezesa PAA z wnioskiem o informację z centralnego rejestru dawek o dawkach otrzymanych przez tego pracownika w roku kalendarzowym, w którym występuje z wnioskiem, oraz w okresie czterech poprzednich lat kalendarzowych.

Stosownie do art. 30 Prawa atomowego za nadzór medyczny nad pracownikami kategorii A odpowiedzialny jest kierownik jednostki organizacyjnej oraz uprawniony lekarz, któremu zapewnia się dostęp do informacji niezbędnych do wydania orzeczenia o zdolności tych pracowników do wykonywania określonej pracy, łącznie z informacją o warunkach środowiskowych w miejscu pracy.

Nadzór medyczny, obejmuje wstępne badania lekarskie pracownika przed jego zatrudnieniem dla określenia, czy pracownik może być zatrudniony w kategorii A, oraz okresowe badania lekarskie przeprowadzane co najmniej raz w roku, które pozwalają stwierdzić, czy pracownik może nadal wykonywać swoje obowiązki.

Dla każdego pracownika kategorii A uprawniony lekarz zakłada dokumentację medyczną, prowadzoną i aktualizowaną przez cały okres zaliczenia

do tej kategorii. Dokumentacja jest przechowywana do dnia osiągnięcia przez pracownika wieku 75 lat, jednak nie krócej niż przez 30 lat od dnia zakończenia przez niego pracy w warunkach narażenia.

Dokumentacja medyczna obejmuje informacje o rodzaju wykonywanej pracy, wynikach badań lekarskich przeprowadzonych przed podjęciem zatrudnienia w kategorii A i o wynikach badań okresowych oraz rejestr dawek, o którym mowa w art. 21 ust. 1.

Po ustaniu zatrudnienia w warunkach narażenia uprawniony lekarz może zalecić kontynuację nadzoru medycznego, jeżeli uzna to za konieczne dla ochrony zdrowia pracownika.

W ramach działań interwencyjnych, podejmowanych w przypadku wystąpienia zdarzenia radiacyjnego, na podstawie art. 84 ust. 1a Prawa atomowego, kierownik jednostki organizacyjnej opracowuje zakładowy plan postępowania awaryjnego.

W art. 86i Prawa atomowego (artykuł dodany w związku ze zmianą tej ustawy z dnia 23 września 2019 r.) określono ogólną zawartość zakładowego planu postępowania awaryjnego, pozostawiając szczegółową zawartość do określenia w drodze rozporządzenia Rady Ministrów (art. 86i ust. 7 stanowi, że Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, szczegółową zawartość zakładowego, wojewódzkiego i krajowego planu postępowania awaryjnego, uwzględniając w tych planach różne kategorie zagrożeń, jakie mogą powstać w związku z wykonywaną działalnością z narażeniem, oraz mając na względzie wydane w tym zakresie zalecenia MAE).

Dotąd obowiązującym aktem prawnym było rozporządzenie sprawie planów postępowania awaryjnego określające m.in. wzór zakładowego planu postępowania awaryjnego.

Zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy – Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. poz. 1593), kierownicy jednostek organizacyjnych mają odpowiednio dwa lata od wejścia w życie tej ustawy na dostosowanie opracowywanych przez siebie planów do wymagań wprowadzonych tą ustawą. A zatem, do czasu wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 86i ust. 7 Prawa atomowego, do opracowania zakładowego planu postępowania awaryjnego stosuje się jego wzór określony w tym rozporządzeniu z 2005 r.

W rozdziale 2 rozporządzenia ws. bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi określone zostały wymagania dla pracowni, gabinetów rentgenowskich i ambulanсів.

**Rozporządzenie
ws. bezpiecznej
pracy z urządzeniami
radiologicznymi**

Zgodnie z § 2 ust. 1 tego rozporządzenia konstrukcja ścian, stropów, okien, drzwi oraz zainstalowane urządzenia ochronne w pracowni rentgenowskiej, z zastrzeżeniem § 3, zabezpieczają osoby pracujące:

- 1) w gabinecie rentgenowskim przed otrzymaniem w ciągu roku dawki przekraczającej 6 milisiwertów (mSv);
- 2) w pomieszczeniach pracowni rentgenowskiej poza gabinetem rentgenowskim przed otrzymaniem w ciągu roku dawki przekraczającej 3 mSv;

- 3) w pomieszczeniach poza pracownią rentgenowską, a także osoby z ogółu ludności przebywające w sąsiedztwie przed otrzymaniem w ciągu roku dawki przekraczającej 0,5 mSv.

Przy planowaniu i wykonywaniu działalności z wykorzystaniem promieniowania rentgenowskiego, podczas których wymagana jest obecność operatora aparatu lub personelu medycznego w pobliżu lampy rentgenowskiej, wprowadza się podział lokalizacji miejsc pracy zgodnie z wymaganiami art. 18 Prawa atomowego, uwzględniający informacje o rozkładach mocy dawki wokół zestawu rentgenowskiego podane przez producenta oraz wyniki pomiarów dozymetrycznych wykonanych wokół danego urządzenia (§ 2 ust. 2).

W § 3 rozporządzenia określono wymogi dotyczące pracowni rentgenowskiej znajdującej się w budynku mieszkalnym, jak również ambulansu rentgenowskiego.

Konstrukcja ścian i stropów oraz okien i drzwi pracowni rentgenowskiej znajdujących się w budynkach mieszkalnych zapobiega otrzymaniu przez osoby z ogółu ludności w roku kalendarzowym dawki skutecznej (efektywnej), związanej z wykorzystywaniem promieniowania jonizującego w pracowni rentgenowskiej, przekraczającej wartość 0,1 mSv (§3 ust.1).

Moc dawki promieniowania rentgenowskiego na zewnętrznych ścianach ambulansu rentgenowskiego do wysokości 2,5 m od powierzchni ziemi nie przekracza 0,1 miligrójów na godzinę (mGy/h) przy maksymalnych parametrach pracy lampy i największej rozwartości przesłony oraz najczęściej stosowanym kierunku wiązki promieniowania (§3 ust.2).

Wymogi odnoszące się do gabinetów rentgenowskich określono w § 4 i 5 rozporządzenia.

Wysokość gabinetu rentgenowskiego nie może być mniejsza niż 2,5 m. Powierzchnia gabinetu rentgenowskiego, w którym zainstalowany jest diagnostyczny zestaw rentgenowski wyposażony w oddzielną lampę, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3, nie może być mniejsza niż 15 m². Na każdą następną lampę, z zastrzeżeniem ust. 3, należy przeznaczyć dodatkowo co najmniej 5 m².

Powierzchnia gabinetu rentgenowskiego, w którym jest zainstalowany zestaw rentgenowski do radiologii zabiegowej, nie może być mniejsza niż 20 m².

Powierzchnia gabinetu rentgenowskiego, w którym jest zainstalowany:

- 2) aparat rentgenowski stomatologiczny,
 - 3) aparat mammograficzny,
 - 4) aparat do densytometrii kości
- nie może być mniejsza niż 8 m²; na każdy następny spośród tych aparatów, zainstalowany w tym samym gabinecie, należy dodatkowo przeznaczyć 4 m².

Powierzchnia gabinetu rentgenowskiego, w którym zainstalowany jest zestaw rentgenowski do terapii powierzchniowej, nie może być mniejsza niż 15 m².

Do powierzchni gabinetów rentgenowskich nie wlicza się powierzchni sterowni, jeżeli znajduje się ona w wydzielonym pomieszczeniu.

Dopuszcza się zmniejszenie powierzchni pomieszczeń, o których mowa w ust. 1-3, o 5% (§ 5 ust.6).

Zgodnie z § 6 cyt. rozporządzenia powierzchnia ambulansu rentgenowskiego ma być dostosowana do zakresu prowadzonej diagnostyki i umożliwiać co najmniej:

- 1) zainstalowanie i obsługę aparatu rentgenowskiego i urządzeń koniecznych do prawidłowej ich pracy zgodnie z wymaganiami określonymi przez producenta;
- 2) wydzielenie miejsca na ubrania pacjentów;
- 3) wydzielenie miejsca na ubrania dla personelu;
- 4) zainstalowanie umywalki z bieżącą wodą, przeznaczoną do spożycia oraz odbiornikiem ścieków;
- 5) zainstalowanie urządzeń do utrzymywania właściwej temperatury i wymiany powietrza.

W rozporządzeniu określono również wymogi dotyczące sposobu instalacji aparatów rentgenowskich, wyposażenia gabinetów rentgenowskich w szczególności w: urządzenia do wentylacji, ostrzegawczą sygnalizację świetlną, świetlny wskaźnik wielkości napromienianego pola (§ 8 i następne).

W § 22 rozporządzenia wymienione zostały dokumenty, które winny się znajdować (w oryginale lub w uwierzytelnionych odpisach) w pracowni rentgenowskiej, w tym: zezwolenie na uruchomienie i stosowanie aparatów rentgenowskich znajdujących się w pracowni i uruchomienie pracowni, instrukcje obsługi i świadectwa wzorcowania aparatury dozymetrycznej (jeżeli znajdują się w wyposażeniu pracowni), protokoły pomiarów dozymetrycznych.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2020 r. poz. 1200).
2. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2021 r. poz. 623).
4. Dyrektywa Rady Unii Europejskiej 2010/32/UE z dnia 10 maja 2010 r. w sprawie wykonania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej zawartej między HOSPEEM a EPSU (Dz. Urz. UE L 134/66 z 1.06.2010).
5. Rozporządzenie 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 (Dz. U. poz. 696).
6. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 września 1997 r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. Nr 109 poz. 704, ze zm.).
7. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie dawek granicznych promieniowania jonizującego (Dz. U. Nr 20, poz. 168).
8. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 lutego 2007 r. w sprawie podstawowych wymagań dotyczących terenów kontrolowanych i nadzorowanych (Dz. U. Nr 131, poz. 910).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi (Dz. U. Nr 180, poz. 1325).
10. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 23 marca 2007 r. w sprawie wymagań dotyczących rejestracji dawek indywidualnych (Dz. U. Nr 131, poz. 913).

6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Minister Zdrowia
6. Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
7. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
8. Rzecznik Praw Obywatelskich
9. Rzecznik Praw Pacjenta
10. Komisja Zdrowia Sejmu RP
11. Komisja do Spraw Kontroli Państwowej Sejmu RP
12. Komisja Zdrowia Senatu RP

6.5. Stanowisko Ministra Zdrowia do informacji o wynikach kontroli



Minister Zdrowia

Warszawa, 17 czerwca 2021

NKM.0911.5.2021.5.KCZ

**Pani
Małgorzata Motylow
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli**

Szanowna Pani Prezes,

w odpowiedzi na Informację Najwyższej Izby Kontroli (zwanej dalej „NIK”) o wynikach kontroli P/20/061 *Ekspozycja zawodowa w ochronie zdrowia*, która została przekazana przy piśmie z dnia 28 maja 2021 r. o znaku: LKA.430.004.2020, uprzejmie proszę o przyjęcie stanowiska do ww. dokumentu.

Część 4 Wnioski – wniosek do Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, str. 15.

W odniesieniu do wniosku NIK o podjęcie nowelizacji przepisów i doprecyzowanie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe¹, by pracodawca, każdorazowo przy zatrudnianiu pracownika na stanowisko pracy narażające go na promieniowanie jonizujące, miał jednoznacznie określony obowiązek weryfikowania dotychczasowego poziomu napromieniowania danego kandydata, należy zauważyć, że wniosek ten powinien być skierowany do Ministra Klimatu i Środowiska (Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki).

Z punktu widzenia Ministerstwa Zdrowia, gdzie przepis ten ma zastosowanie w kilkunastu tysiącach jednostek ochrony zdrowia stosujących promieniowanie

¹ Dz. U. z 2021 r. poz. 623 i 784.

jonizujące w działalności leczniczej, art. 22 ust. 1 ustawy Prawo atomowe jednoznacznie określa obowiązki kierownika w sprawie weryfikowania dotychczasowego poziomu napromieniowania kandydata na pracownika – *Przed zatrudnieniem pracownika w warunkach narażenia kierownik jednostki organizacyjnej jest obowiązany wystąpić do Prezesa Agencji z wnioskiem o informację z centralnego rejestru dawek o dawkach otrzymanych przez tego pracownika w roku kalendarzowym, w którym występuje z wnioskiem, oraz w okresie czterech poprzednich lat kalendarzowych.*

Stwierdzone przypadki nieprzestrzegania wskazanego przepisu nie upoważniają do wyciągnięcia wniosku, że zaniedbanie wynika z niejasności sformułowań ww. ustawy.

Cześć 4 Wnioski – wniosek do Ministra Zdrowia, str. 15.

NIK wniosła o wprowadzenie obowiązku przekazywania do Państwowej Inspekcji Sanitarnej (zwanej dalej „PIS”) informacji dotyczących liczby zranień na stanowisku zagrożonym takimi zdarzeniami, które wykazano w raportach bhp podmiotów leczniczych. Dane te – w opinii NIK – powinny służyć do bieżącego nadzoru PIS nad przestrzeganiem przepisów w tym zakresie.

W mojej ocenie nie jest zasadne przekazywanie do organów PIS informacji dotyczących liczby zranień ostrymi narzędziami, wykazywanych w raportach bhp podmiotów leczniczych. Wskazać bowiem należy, że liczba zranień pracowników ostrymi narzędziami jest wypadkową m.in. liczby oraz rodzaju wykonywanych procedur medycznych, doświadczenia i umiejętności oraz stanu psychofizycznego pracownika oraz charakterystyki bezpieczeństwa narzędzi, którymi się posługuje. W związku z powyższym, liczba zranień na danym stanowisku pracy nie jest prostą konsekwencją „nieprzestrzegania przepisów” przez pracownika lub pracodawcę, lecz wynika głównie ze wskazanej wyżej specyfiki udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowiskach, na których są wykonywane procedury wymagające użycia ostrych narzędzi, m.in. w trakcie pobierania krwi lub zabiegów chirurgicznych, jak również profilu zakładu leczniczego (np. zranienia będą szczególnie częste przy procedurach z zakresu chirurgii klatki piersiowej). Dlatego też każde zranienie się przez pracownika medycznego ostrym narzędziem w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych podlega indywidualnemu wyjaśnieniu według procedur obowiązujących dla postępowania przy wypadkach przy pracy.

Należy podkreślić, że każde zranienie jest wypadkiem przy pracy, zgodnie z definicją zawartą w art. 3 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym

z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych² w związku z definicją urazu, zawartą w art. 2 pkt 13 tejże ustawy. W związku z powyższym, do przypadków zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń medycznych znajdują zastosowanie przepisy dotyczące postępowania przy ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz sposobie ich dokumentowania, określone w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 1 lipca 2009 r. w sprawie ustalania okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy³ oraz rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie trybu uznawania zdarzenia powstałego w okresie ubezpieczenia wypadkowego za wypadek przy pracy, kwalifikacji prawnej zdarzenia, wzoru karty wypadku i terminu jej sporządzenia⁴.

Obowiązujące przepisy, zawarte w § 4 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 zdrowotnych⁵, (zwanym dalej „rozporządzeniem w sprawie zranień”) określają również zasady eliminowania zbędnego użycia ostrych narzędzi, a w przypadkach, gdy eliminacja ostrych narzędzi nie jest możliwa, a charakter udzielanych świadczeń zdrowotnych na to pozwala, wprowadzenia do stosowania narzędzi, które zawierają rozwiązania chroniące przed zranieniem. Pracodawca jest obowiązany okresowo, nie rzadziej niż raz na 2 lata, dokonać, m.in. w związku z dokonującym się postępem w zakresie technologii medycznych, oceny dostępności narzędzi zawierających rozwiązania chroniące przed zranieniem. Wśród działań służących ograniczeniu narażenia, przedmiotowe rozporządzenie (§ 4 ust. 1 pkt 1) wymienia także obowiązek opracowania przez pracodawcę i wdrożenia procedur bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami.

Procedury te powinny być aktualizowane z uwzględnieniem postępów wiedzy w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym wyników prac naukowo-badawczych, mających na celu eliminację lub ograniczenie przyczyn powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe. Należy podkreślić, że mogące wynikać z tych analiz decyzje w zakresie wyboru stosowanych w zakładzie leczniczym wyrobów medycznych są podejmowane przez pracodawcę. PIS nie może wskazywać zakupu konkretnych wyrobów medycznych lub ich rodzajów w sytuacji, gdy są one dopuszczone do obrotu.

² Dz. U. z 2019 r. poz. 1205.

³ Dz. U. Nr 105, poz. 870.

⁴ Dz. U. z 2013 r. poz. 1618.

⁵ Dz. U. poz. 696.

Działania, o których mowa w § 4 ww. rozporządzenia w sprawie zranień, pracodawca podejmuje we współpracy z przedstawicielami pracowników. Należy przy tym podkreślić, że zgodnie z art. 237^{11a} ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy⁶ pracodawca ma ponadto obowiązek konsultować z pracownikami lub ich przedstawicielami wszystkie działania związane z bezpieczeństwem i higieną pracy, m.in. ocenę ryzyka zawodowego występującego przy wykonywaniu określonych prac oraz szkolenia pracowników w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy. Ponadto obowiązujące przepisy ustawy Kodeks pracy (Rozdział XI. Konsultacje w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz komisja bezpieczeństwa i higieny pracy) nie tylko uwzględniają udział pracowników w przeprowadzaniu okresowej oceny stanu bezpieczeństwa i higieny pracy, opiniowaniu podejmowanych przez pracodawcę środków zapobiegających wypadkom przy pracy, formułowaniu wniosków dotyczących poprawy warunków pracy, lecz także regulują formy tych konsultacji, np. w ramach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy. Zasady wyboru przedstawicieli pracowników są uregulowane w art. 237^{13a} ustawy Kodeks pracy. Ponadto w kształtowaniu bezpiecznego środowiska pracy uczestniczą również, w podmiotach w których zostali powołani, społeczni inspektorzy pracy. Zgodnie z ustawą z dnia 24 czerwca 1983 r. o społecznej inspekcji pracy⁷, mają oni prawo opiniować projekty planów poprawy warunków bezpieczeństwa i higieny pracy oraz kontrolować realizację tych planów (art. 4 pkt 6 tejże ustawy), uczestniczyć w przeprowadzaniu społecznych przeglądów warunków pracy (art. 4 pkt 5), a także brać udział w analizowaniu przyczyn powstawania wypadków przy pracy (art. 4 pkt 4).

Należy również wskazać, że w celu poprawy rejestracji przypadków zranień narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, każdy pracodawca w sektorze ochrony zdrowia, zgodnie z § 10 rozporządzenia w sprawie zranień, został zobowiązany do prowadzenia wykazu zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Informacje ujęte w ww. wykazie służą opracowaniu raportu o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zapobiegania zranieniom wyrobami medycznymi w podmiocie leczniczym, do sporządzenia którego pracodawcę zobowiązuje § 11 rozporządzenia w sprawie zranień. Na podstawie raportu, należy – wraz z przedstawicielami pracowników – dokonać okresowej weryfikacji procedur zgłaszania zranień ostrymi narzędziami, zakresu i rodzajów analiz zawartych w raporcie, a także rozważyć prowadzenie zbiorów informacji statystycznych obejmujących przypadki zranień ostrymi narzędziami.

⁶ Dz. U. z 2020 r. poz. 1320.

⁷ Dz. U. z 2015 r. poz. 567 i Dz. U. z 2018 r. poz. 830.

Podkreślenia wymaga fakt, że w rozporządzeniu w sprawie zranień nie przewidziano żadnych szczególnych sankcji karnych za niewykonanie postanowień zawartych w przepisach. Nie oznacza to jednak, że pracodawcy mogą ignorować postanowienia jego zapisów, bowiem zastosowanie w tym przypadku znajduje art. 283 § 1 ustawy Kodeks pracy, który stanowi, że kto, będąc odpowiedzialnym za stan bezpieczeństwa i higieny pracy albo kierując pracownikami lub innymi osobami fizycznymi, nie przestrzega przepisów lub zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, podlega karze grzywny od 1000 zł do 30.000 zł.

Wśród środków prawnych, mających zapewniać realizację uprawnień pracownika, znajdują się sankcje o charakterze karnym. Niektóre, uznane za szczególnie istotne naruszenia przepisów prawa pracy, są wykroczeniami. Istotne jest, że orzekanie w sprawach o wykroczenia zostało poddane kognicji sądów. Sądy rozpatrują te sprawy w dwóch instancjach – w pierwszej instancji właściwy jest sąd rejonowy, w drugiej zaś – sąd okręgowy.

Kontynuując należy zauważyć, że w sprawach o wykroczenia przeciwko prawom pracownika orzeka się na podstawie wniosku złożonego przez inspektora pracy. Inspektor pracy, zgodnie art. 17 § 2 ustawy z dnia 24 sierpnia 2001 r. Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia⁸, jest w tych sprawach oskarżycielem. W każdej sprawie o wykroczenie wniosek może wnieść również prokurator. W celu ustalenia, czy istnieją podstawy do wystąpienia z wnioskiem o ukaranie oraz zebrania danych niezbędnych do sporządzenia takiego wniosku lub jego uzupełnienia, inspektor pracy posiada stosowne uprawnienia i może w miarę potrzeby przesłuchiwać świadków, dokonywać oględzin i przeszukania, wzywać do wydania lub okazania dokumentu lub przedmiotu mającego znaczenie dowodowe dla sprawy, a także powoływać i przesłuchiwać biegłych oraz wzywać specjalistów. Po przeprowadzeniu czynności wyjaśniających inspektor pracy może sam nałożyć grzywnę w drodze mandatu karnego, jeżeli uważa, że kara ta będzie wystarczająca (art. 95 § 3 ustawy Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia).

Odnosząc powyższe zagadnienia do posiadanych przez PIS kompetencji w zakresie możliwości reakcji organu na wykroczenia pracodawców przeciwko bezpieczeństwu pracowników, należy wskazać na rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 października 2002 r. w sprawie nadania funkcjonariuszom organów Państwowej

⁸ Dz. U. z 2021 r. poz. 457 i 1005.

Inspekcji Sanitarnej uprawnień do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego⁹. Zgodnie z rozporządzeniem uregulowano w sposób enumeratywny kompetencje PIS w zakresie możliwości nakładania grzywien w drodze mandatu karnego. W powyższym rozporządzeniu nie przewidziano upoważnienia dla organów PIS do egzekwowania, w drodze mandatu karnego, obowiązków nałożonych na pracodawców w przepisach art. 10 i 11 rozporządzenia w sprawie zranień.

PIS, w ramach posiadanych kompetencji, kontroluje realizację obowiązku w postaci sporządzenia wykazu zranień ostrymi narzędziami oraz sporządzenia raportu o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym – w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Niemniej działania PIS są prowadzone pod względem wymagań higieniczno-sanitarnych i kończą się, w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości, na wydaniu decyzji administracyjnej, zawierającej zalecenia bądź nakaz określonego działania. W przypadku braku reakcji pracodawcy, działanie organu PIS sprowadza się do wszczęcia egzekucji w oparciu o ustawę z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji¹⁰. Istotne jest, że instrumenty prawne, które posiada Państwowa Inspekcja Pracy (zwana dalej „PIP”), są skuteczniejsze i dalej idące niż możliwości oddziaływania PIS, oparte o zasady egzekucji administracyjnej.

Zgodnie z ustawowo określonym zakresem zadań PIP, to właśnie przez tę Inspekcję są podejmowane działania, mające na celu skuteczne egzekwowanie przepisów prawa pracy, w tym bezpieczeństwa i higieny pracy, poprzez efektywne i ukierunkowane kontrole oraz działania prewencyjne, zmierzające do ograniczenia zagrożeń wypadkowych i poszanowania prawa pracy. Zauważyć należy, że w zakresie uprawniającym inspektora pracy do ścigania wykroczeń przeciwko prawom pracownika, PIP przysługuje uprawnienie do występowania w charakterze oskarżyciela publicznego oraz prawo do podejmowanie czynności wyjaśniających, umożliwiające ocenę zasadności wystąpienia do sądu z wnioskiem o ukaranie. Istotne jest, że wykroczenia dotyczące pracowników i innych osób wykonujących pracę zarobkową są w przytłaczającej większości ścigane z urzędu. Zgodnie z powyższym, z uwagi na zdecydowanie mniejsze uprawnienia PIS, niecelowe jest wprowadzenie obowiązku przekazywania do PIS informacji dotyczących liczby zranień przy wykonywaniu pracy na stanowisku zagrożonym takimi zdarzeniami. Również dla wykonywania bieżącego

⁹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1364.

¹⁰ Dz. U. z 2020 r. poz. 1427, z późn. zm.

nadzoru w zakresie higieniczno-sanitarnym nie jest właściwe przekazywanie do PIS informacji dotyczących liczby zranień.

Podkreślenia wymaga fakt, że przypadki braku wykonania obowiązku, wynikającego z art. 10 i 11 rozporządzenia w sprawie zranień, należy kwalifikować jako wykroczenia przeciwko prawom pracownika. W odpowiedzi na nie powinny być podejmowane działania bardziej zdecydowane, o znacznym stopniu represyjności i prewencji, które może podejmować wyłącznie PIP.

W związku z powyższym brak jest uzasadnienia oraz NIK nie wskazała celu, dla którego na podmioty lecznicze miały zostać nałożony dodatkowy obowiązek sprawozdawczy w postaci przekazywania danych o zranieniach w formie zbiorczej do organów PIS, w sytuacji, gdy rejestracja tych zdarzeń jest realizowana indywidualnie i podlegają one odnotowaniu jako wypadki przy pracy, a wszystkie niezbędne działania wyjaśniające oraz wdrożenie ewentualnych działań zapobiegawczych na przyszłość, są uregulowane istniejącymi przepisami o bezpieczeństwie i higienie pracy. Przestrzeganie przepisów w tym zakresie jest realizowane odpowiednio przez PIP oraz PIS w ramach ich bieżącej oraz interwencyjnej działalności kontrolnej.

Część 5 Ważniejsze wyniki kontroli.

W odniesieniu do wskazanych przez NIK na stronach 28-38 ww. Informacji o wynikach kontroli:

- 1) braków w programach zapewnienia jakości – str. 28, akapit 1 od dołu;
- 2) niedociągnięć dotyczących wewnętrznego nadzoru nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej (kilkumiesięczny brak inspektora ochrony radiologicznej w jednym z skontrolowanych podmiotów leczniczych) – str. 29, akapit 2 od góry;
- 3) niedociągnięć w wywiązywaniu się inspektorów ochrony radiologicznej z nałożonych przez ustawę Prawo atomowe obowiązków – str. 29, akapit 4 od góry;
- 4) nieprawidłowości, według NIK, w podległości służbowej inspektorów ochrony radiologicznej – str. 29, akapit 5 od góry;
- 5) niewłaściwego nadzoru medycznego nad pracownikami kategorii A – str. 29, akapit 2 od dołu;
- 6) nierzetelności w ewidencji dawek promieniowania pochłoniętego przez dwóch pracowników – str. 30, akapit 3 od dołu;
- 7) niedociągnięć w występowaniu do Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki z wnioskiem o informację z Centralnego Rejestru Dawek dla nowo zatrudnianych pracowników – str. 31, akapit 2 od góry;

- 8) braków w nadzorze medycznym nad pracownikami dotyczących badań okresowych – str. 31, akapit 5 od góry;
- 9) nieprawidłowości w prowadzeniu rejestru dawek i przekazywaniu danych do Centralnego Rejestru Dawek – str. 32, akapit 1 od góry;
- 10) nieprawidłowości w zakresie przeprowadzenia wstępnych szkoleń w zakresie ochrony radiologicznej – str. 32, akapit 3 od góry;
- 11) eksploatacja aparatu rtg przez półtora miesiąca bez wymaganego zezwolenia – str. 32, akapit 1 od dołu;
- 12) nieprawidłowości w podziale miejsc pracy na tereny kontrolowane i nadzorowane – str. 33, akapit 2 od góry;
- 13) nieprawidłowości w zakresie przeprowadzania okresowych ćwiczeń w celu przeglądu i aktualizacji zakładowego planu postępowania awaryjnego – str. 38, akapit 1 od góry,

uprzejmie informuję, iż nadzór i kontrola w zakresie przestrzegania warunków bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej spoczywa na podstawie art. 63 ust. 2 ustawy Prawo atomowe na właściwym terenowo Państwowym Wojewódzkim Inspektorze Sanitarnym. Kontrole w jednostkach ochrony zdrowia należy przeprowadzać nie rzadziej niż co 4 lata.

Wymienione w pkt 1-13 nieprawidłowości wskazane podczas kontroli przeprowadzonej przez NIK stanowią dobrze udokumentowane uchybienia, które powinny być zidentyfikowane i skorygowane odpowiednimi decyzjami przez organy PIS. Ministerstwo Zdrowia prześle do Głównego Inspektoratu Sanitarnego Informację NIK o wynikach przedmiotowej kontroli w celu wskazania na obszary wymagające wnikliwego rozpatrzenia.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Maciej Miłkowski

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra Zdrowia



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
MARIAN BANAŚ

LKA.430.004.2020

Warszawa, dnia 2⁰¹ lipca 2021 r.

OPINIA
Prezesa Najwyższej Izby Kontroli

do stanowiska Ministra Zdrowia przedstawionego w trybie art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli do Informacji o wynikach kontroli „Ekspozycja zawodowa w ochronie zdrowia”.

Stosownie do art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o *Najwyższej Izbie Kontroli*¹ uprzejmie przedstawiam opinię do stanowiska Ministra Zdrowia w sprawie Informacji o wynikach kontroli „Ekspozycja zawodowa w ochronie zdrowia”, zawartego w piśmie z 17 czerwca 2021r. (znak: NKM.0911.5.2021.5.KCZ).

Dziękuję za przedstawienie stanowiska do Informacji o wynikach kontroli „Ekspozycja zawodowa w ochronie zdrowia”.

Najwyższa Izba Kontroli z zadowoleniem przyjmuje stanowisko Ministra Zdrowia dotyczące zwrócenia uwagi na potrzebę zwiększenia aktywności PIS oraz wnikliwą ocenę obszarów i niedociągnięć wskazanych w Informacji z naszej kontroli.

Natomiast kwestia doprecyzowania przepisów *Prawa atomowego* tak, by każdorazowo przy zatrudnianiu pracownika na stanowisko pracy narażające go na promieniowanie jonizujące pracodawca miał jednoznaczny obowiązek weryfikowania dotychczasowego poziomu napromieniowania danego kandydata, powinna być przedmiotem zainteresowania również Ministra Zdrowia, któremu podlega sektor opieki zdrowotnej, ochrona pracowników przed szkodliwym działaniem w miejscu pracy i nadzór nad organizacją oraz funkcjonowaniem tego sektora.


PREZES
Najwyższej Izby Kontroli
Marian Banaś

¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm.