



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

LGD.410.021.04.2020

Pan
Dariusz Kostrzewa
Prezes Zarządu
„Copernicus” Podmiot Leczniczy sp. z o.o.
80-803 Gdańsk
ul. Nowe Ogrody 1-6

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/20/061 Ekspozycja zawodowa w ochronie zdrowia.

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	„Copernicus” Podmiot Leczniczy sp. z o.o. 80-803 Gdańsk ul. Nowe Ogrody 1-6 (dalej: „Spółka”), w zakresie Szpitala Św. Wojciecha Gdańsk-Zaspa
Kierownik jednostki kontrolowanej	W okresie objętym kontrolą Dariusz Kostrzewa, Prezes Zarządu „Copernicus” Podmiot Leczniczy sp. z o.o. (akta kontroli str. 161-162)
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Przygotowanie świadczeniodawców do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami i napromieniowaniem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. 2. Prawdliwość działań podejmowanych przy opracowywaniu i realizacji procedur postępowania poekspozycyjnego.
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2017 r. do 23 grudnia 2020 r., z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały związek z zagadnieniami będącymi przedmiotem kontroli.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Gdańsku
Kontrolerzy	1. Iwona Miklikowska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LGD/193/2020 z 30 października 2020 r. 2. Rafał Wieczorkowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli LGD/197/2020 z 05 listopada 2020 r. (akta kontroli str.1-4)

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że Spółka w latach 2017-2020 była odpowiednio przygotowana do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Zespół ds. BHP i Zarządzania Środowiskowego (dalej: „Zespół ds. BHP”), sporządzał analizy BHP, w których oprócz danych statystycznych formułowano uwagi końcowe i wnioski w celu dalszej poprawy warunków bezpieczeństwa i higieny pracy. Oceny ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami były aktualizowane w terminach określonych w § 3 ust. 2 pkt 1 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 zdrowotnych³ i zawierały, zgodnie z § 3 ust. 1 ww. rozporządzenia, katalog niezbędnych informacji. Spółka wywiązywała się z obowiązku ochrony pracowników przed zranieniami, gwarantując im bezpłatne szczepienia przeciw

¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, dalej: „ustawa o NIK”

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

³ Dz. U. poz. 696. (dalej: „rozporządzenie w sprawie BHP przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie”)

WZW typu B, a rodzaj i ilość zakupionych środków ochrony indywidualnej dostosowywana była do potrzeb pracowników. W badanym okresie udział wartości zakupionego sprzętu bezpiecznego w stosunku do wartości zakupionych ostrych narzędzi wzrósł z poziomu 53% w 2017 r. do 63% w listopadzie 2020 r. W Spółce opracowano procedury postępowania z ostrymi narzędziami oraz procedury stosowania środków ochrony indywidualnej, które były aktualizowane. Pracownicy⁴ udzielający świadczeń zdrowotnych uczestniczyli w szkoleniu wstępnym BHP oraz w szkoleniu okresowym BHP. Spółka podejmowała prawidłowe działania w celu wdrożenia i realizacji procedury postępowania poekspozycyjnego. Procedura zawierała wszystkie elementy określone w § 9 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie BHP przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie. W Spółce prowadzono „Rejestr zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych”, który zawierał dane ustalone w § 10 ust. 1 ww. rozporządzenia. W okresie objętym kontrolą zarejestrowano w Spółce ogółem 193 zdarzenia, w tym 150 przypadków w Szpitalu na Zaspie. Kontrola losowo wybranej próby 60 przypadków zranienia ostrym narzędziem, dotycząca pracowników medycznych Szpitala na Zaspie wykazała, że były to przypadki lekkiego zranienia, tylko jedno zranienie zostało zakwalifikowane jako wypadek przy pracy, w żadnym pracownicy nie korzystali ze zwolnień lekarskich, żaden z pracowników w wyniku ekspozycji nie został zarażony wirusem (HBV, HCV, HIV). Raporty o BHP w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, sporządzane były w okresach półrocznych, co było zgodne z § 11 ust. 1 rozporządzenia w sprawie BHP przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie i zawierały wszystkie informacje wymagane w § 11 ust. 2 tego rozporządzenia. W Szpitalu na Zaspie wykonywano działalność związaną z narażeniem na promieniowanie jonizujące, polegającą na stosowaniu aparatów rentgenowskich w medycznych pracowniach rentgenowskich. Zgodnie z wymogami opracowano i wdrożono Program zapewnienia jakości i ustanowiono inspektora ochrony radiologicznej, który posiadał odpowiednie uprawnienia i sprawował nadzór nad przestrzeganiem wymagań w zakresie ochrony radiologicznej. W Spółce obowiązywał Zakładowy Plan Postępowania Awaryjnego, aktualizowany w badanym okresie trzykrotnie. Plan ten był zgodny ze wzorem podanym w załączniku 1 część B „Dla jednostek organizacyjnych wykonujących działalność polegającą na stosowaniu lub uruchamianiu aparatów rentgenowskich” Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie planów postępowania awaryjnego w przypadku zdarzeń radiacyjnych⁵. W pozostałym zakresie spełniono wymagania zapewniające ochronę pracowników zatrudnionych w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- dopuszczenia do stosowania jednego z 17 urządzeń rentgenowskich, bez uzyskania zezwolenia, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe⁶ (dalej: „Prawo atomowe”);
- odbywania posiedzeń Komisji BHP w terminach niezgodnych z art. 237¹³ § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 2007 r. Kodeks Pracy⁷ (dalej: „Kodeks pracy”);
- wykazania w Raportach zranień danych niezgodnych ze stanem rzeczywistym;
- niewystępowania przed zatrudnieniem pracowników w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące do Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki (dalej: „Prezes PAA”) z wnioskami o informacje z centralnego rejestru dawek

⁴ Na podstawie kontroli akt osobowych 50 pracowników zatrudnionych w Szpitalu im. Św. Wojciecha w Gdańsku (dalej: „Szpital na Zaspie”) przeprowadzonej 1 grudnia 2020 r.

⁵ Dz. U. Nr 20, poz. 169, ze zm. – dalej: „rozporządzenie w sprawie postępowania awaryjnego”.

⁶ Dz. U. z 2019 r. poz. 1792, ze zm.

⁷ Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, ze zm.

o dawkach otrzymanych przez tych pracowników, pomimo wymogu wynikającego z art. 22 ust. 1 Prawa atomowego;

- nieudokumentowanie realizacji wstępnych szkoleń dla nowych pracowników zatrudnianych w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące stosownie do art. 11 ust. 7 Prawa atomowego.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁸ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. Spółka w okresie objętym kontrolą, zarządzała następującymi jednostkami organizacyjnymi zakładów leczniczych:

- Szpitalem im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku, w zakresie świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych,
- Szpitalem św. Wojciecha w Gdańsku, w zakresie świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych,
- Wojewódzkim Centrum Onkologii w Gdańsku, w zakresie świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych,
- Wojewódzką Przychodnią Stomatologiczną w Gdańsku, w zakresie świadczeń ambulatoryjnych.

(akta kontroli str. 163-175)

1.2. W latach 2017-2020 Spółka, na umowach o pracę, wg stanów na 1 stycznia i 1 lipca każdego roku zatrudniała:

- w 2017 r. – odpowiednio 2.342 i 2.324 osoby, w tym wykonujących świadczenia w Szpitalu na Zaspie 1.325 i 1.301 osób;
- w 2018 r. odpowiednio 2.246 i 2.252 osoby, w tym wykonujących świadczenia w Szpitalu na Zaspie 1.261 i 1.247 osób;
- w 2019 r. odpowiednio 2.330 i 2.372 osoby, w tym wykonujących świadczenia w Szpitalu na Zaspie 1.281 i 1.289 osób;
- w 2020 r. odpowiednio 2.525 i 2.572 osoby, w tym wykonujących świadczenia w Szpitalu na Zaspie 1.282 i 1.304 osoby.

(akta kontroli str.131)

W okresie objętym kontrolą w Spółce funkcjonował Zespół ds. BHP⁹, w pięcioosobowym składzie, tj. Kierownik, dwóch starszych specjalistów, jeden specjalista ds. BHP i zarządzania środowiskowego i jeden inspektor ds. BHP i zarządzania środowiskowego. Zespół ds. BHP, zgodnie z § 1 ust. 5 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 września 1997 r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy¹⁰ (dalej: „rozporządzenie w sprawie BHP”), podlegał bezpośrednio Prezesowi Zarządu Spółki. W Zespole zatrudnieni byli pracownicy posiadający kwalifikacje wymagane do wykonywania zadań służby BHP, określone w § 4 ust. 2, a liczebność służby BHP ustalona została zgodnie z § 1 ust. 4 ww. rozporządzenia. Wszyscy

⁸ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁹ Pełniący funkcję Służby BHP w Szpitalu

¹⁰ Dz. U. Nr 109 poz. 704

pracownicy ukończyli szkolenie w dziedzinie BHP dla pracowników tej służby, wymagane art. 237¹¹ § 2 Kodeksu pracy.

(akta kontroli str. 125;141-160;797-801)

Zakładowa Komisja BHP (dalej: „Komisja”), jako organ doradczy i opiniodawczy pracodawcy, powołana¹¹ została w Spółce 23 października 2013 r. W dniu 22 stycznia 2019 r. dokonano aktualizacji składu Komisji¹². W skład Komisji wchodziło: trzech przedstawicieli pracodawcy: Wiceprezes ds. Medycznych (Przewodniczący Komisji), lekarz medycyny pracy, st. specjalista ds. BHP (członkowie) oraz trzech przedstawicieli pracowników, w tym jeden pełnił jednocześnie funkcję wiceprzewodniczącego Komisji i Społecznego Inspektora Pracy.

(akta kontroli str. 121-123; 247)

W okresie objętym kontrolą Okręgowy Inspektor Pracy nie występował do Spółki w zakresie konieczności zwiększenia liczby pracowników w służbach BHP Spółki.

(akta kontroli str. 124)

1.3. Do zakresu działania służby BHP Spółki, poza zadaniami określonymi w § 2 ust. 1 pkt 1-22 Rozporządzenia w sprawie BHP, należały również zagadnienia, zapisane w zakresach obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników, związane z wykonywaniem zadań w zakresie ochrony środowiska, a jeden z pracowników sporządzał raporty środowiskowe oraz prowadził elektroniczny system ewidencji odpadów. Nie stwierdzono aby realizacja tych zadań kolidowała z realizacją zadań służby BHP.

(dowód: akta kontroli str.141-160)

P.o. Kierownika Zespołu ds. BHP wyjaśniła, że pracownicy nadzorując kwestie BHP, w trakcie przeprowadzania przeglądów stanowisk zwracali również uwagę na kwestie środowiskowe, które mogą kluczowo wpływać na bezpieczeństwo pracowników Spółki, stąd prowadzili bieżące kontrole również w zakresie przepisów i procedur dotyczących ochrony środowiska (właściwe oznakowanie i segregacja odpadów medycznych, stan pomieszczeń gospodarczych, sposób transportowania odpadów na terenie Spółki). Jeden z pracowników (inspektor zarządzania środowiskowego i BHP) sporządzał raporty środowiskowe oraz prowadził elektroniczny system ewidencji odpadów, a w związku z faktem, że sprawozdawczość dotyczy konkretnych okresów, pracownik ten realizował również zadania związane z BHP.

(dowód: akta kontroli str. 344-345)

Prezes Zarządu Spółki wyjaśnił, że w skład Zespołu wchodzi pięć osób (cztery zatrudnione w pełnym wymiarze czasu pracy oraz jedna w wymiarze ½ etatu), które realizują obowiązki służby BHP wobec 2596 osób (wg. stanu na 2 grudnia 2020 r.). Zespół ds. BHP i Zarządzania Środowiskowego nie był obciążony dodatkowymi zadaniami spoza katalogu zawartego w ww. rozporządzeniu, obowiązki pracowników z zakresu zarządzania środowiskowego były ściśle związane z bezpieczeństwem i higieną pracy. Połączenie BHP z dbałością o środowisko stanowiło zintegrowany system, który wpływał na gwarancję efektywności funkcjonowania Spółki w szeroko rozumianym zakresie bezpieczeństwa.

(akta kontroli str.378-380)

W okresie objętym kontrolą służby BHP corocznie, we wszystkich jednostkach organizacyjnych Spółki, przeprowadzały 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

¹¹ Zarządzeniem Prezesa Zarządu nr 6 z 23.10.2013 r.

¹² Zarządzeniem Prezesa Zarządu nr 6 z 22.01.2019 r.

i obuwiu roboczym oraz środki ochrony indywidualnej, w tym kontrolowano zagadnienia zapoznania pracowników z Oceną Ryzyka Zawodowego (ocena ogólna, ocena w narażeniu na czynniki biologiczne, chemiczne, zranienia ostrym narzędziem). W tematyce zranień kontrolowany był również obszar zapewnienia warunków bezpiecznego zbierania, przechowywania oraz usuwania odpadów medycznych, z zastosowaniem łatwo dostępnych, bezpiecznych i oznakowanych pojemników. Kierownik Zespołu BHP wyjaśniła, że w przypadku stwierdzenia jakichkolwiek nieprawidłowości, uwagi były natychmiastowo przekazane kierownikowi danej komórki organizacyjnej z zaleceniem wprowadzenia natychmiastowych działań korygujących, wyznaczając czas na eliminację stwierdzonych zagrożeń. Ponadto, w przypadku niejasnych opisów okoliczności, w których doszło do zranienia lub dostrzeżeniem nieprzestrzegania przez pracownika konkretnych procedur Zespół BHP prowadził także kontrole związane bezpośrednio z wyjaśnieniem przyczyny zranienia. W badanym okresie przeprowadzono cztery takie kontrole¹³, z których sporządzono notatki służbowe, informujące, że w efekcie kontroli zobowiązano kierownictwo komórek do przypomnienia, pracownikom w ramach instruktażu stanowiskowego, obowiązujące w tym zakresie procedury, oraz w jednym przypadku wdrożono nowy system składania narzędzi po zabiegu (Pracownia Kardiologii Inwazyjnej). Analizy stanu BHP zostały sporządzone za lata 2017-2019¹⁴. Przy każdej analizie formułowano uwagi końcowe i wnioski w celu dalszej poprawy warunków bezpieczeństwa i higieny pracy (głównie dot. remontów pomieszczeń w celu poprawy bezpieczeństwa i komfortu pracy personelu), oraz jeden wniosek, we wszystkich analizowanych latach, dotyczący dalszego angażowania kierowników poszczególnych pionów organizacyjnych w działania na rzecz eliminowania wypadkowości przy pracy i eliminowania ryzyka ekspozycji zawodowych oraz kontynuowania szkoleń wstępnych i stanowiskowych ze szczególnym uwzględnieniem tematyki dot. ekspozycji zawodowej i wypadków przy pracy.

(akta kontroli str. 260-281;323-343)

W okresie objętym kontrolą Komisja odbyła osiem posiedzeń¹⁵. Na trzech z nich (dwóch z 2017 r. i jednym z 2018 r.) omawiano i analizowano zagadnienia dot. zakłuć. Nie sformułowano żadnych wniosków w tym zakresie.

(akta kontroli str.248-255)

1.4. W Spółce, w okresie objętym kontrolą, raz na dwa lata (w 2017 r. i 2019 r.) przeprowadzano „Ocenę i wyznaczenie dopuszczalności ryzyka zawodowego na stanowisku pracy” wykazującą główne czynniki środowiska pracy oraz sposoby wykonywania tych prac, które mogą stwarzać zagrożenia dla bezpieczeństwa i zdrowia pracowników, wraz z „Oceną ryzyka zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny”, dalej: „Ocenę ryzyka zranienia”. Terminy dokonania Oceny ryzyka zranienia były zgodne z postanowieniami § 3 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie BHP przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie. W karcie Oceny dopuszczalności ryzyka na stanowisku pracy jednym z zagrożeń były „Czynniki biologiczne przenoszone drogą naruszenia ciągłości tkanki skórnej”. Ponadto, do każdego stanowiska pracy (m.in. kierownik oddziału, lekarz, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny) na poszczególnych oddziałach Szpitala na Zaspie, opracowano „Ocenę ryzyka zranienia” i tak np. na Oddziałach: intensywnej terapii, chirurgii ogólnej, ginekologiczno-położniczym i SOR sporządzane „Oceny ryzyka zranienia” zawierały takie zagadnienia jak: identyfikacja zagrożeń, w której określano rodzaj szkodliwego czynnika biologicznego, stopień

¹³ Jedną w 2018 r. i trzy w 2019 r.

¹⁴ 31 stycznia 2018 r.; 31 stycznia 2019 r.; 31 stycznia 2020 r.

¹⁵ Jedno posiedzenie w 2020 r.; jedno posiedzenie w 2019 r.; trzy posiedzenia w 2018 r.; trzy posiedzenia w 2017 r.

zagrożenia, drogę zakażenia, czynności, w czasie których może dojść do narażenia, rodzaje ostrych narzędzi, działania ochronne pracowników przed zranieniami ostrymi narzędziami, stan zdrowia (na podstawie oświadczenia pracownika), kategorię ryzyka końcowego, ustalenie działań ochronnych, ustalenie środków zapobiegawczych, profilaktykę medyczną, oraz obowiązujące w tym obszarze procedury. Sporządzane „Oceny ryzyka zranienia”, uwzględniały, zgodnie z § 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie BHP przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie, katalog niezbędnych informacji.

(akta kontroli str.132-140;218-244;322)

Spółeczny Inspektor Pracy (pełniący funkcję w Spółce od 27 września 2018 r.) wyjaśnił, że od momentu powołania go na to stanowisko, do daty przeprowadzenia ponownej oceny ryzyka zawodowego we wrześniu 2019 r., nie wystąpiły żadne zmiany w zakresie bezpieczeństwa zawodowego pracowników, które miałyby wpływ na ocenę ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami.

(dowód: akta kontroli str. 245-247)

1.5. Prezes Zarządu Spółki wyjaśnił, że zakup środków ochrony indywidualnej prowadzony był w Spółce w oparciu o informacje Zespołu ds. BHP i Zarządzania Środowiskowego oraz Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych. Rodzaj i ilość zakupionych środków ochrony indywidualnej dostosowywane były do potrzeb pracowników z uwzględnieniem wszelkich wymogów niezbędnych dla określonych stanowisk pracy uwzględniając możliwe na tym stanowisku zagrożenia.

W latach 2017-2020 (do 30.10.) koszty wyposażenia Spółki w środki ochrony indywidualnej wynosiły 12.403 tys. zł, w tym w Szpitalu na Zaspie 6.401 tys. zł. I tak w:

- 2017 r. 2.525 tys. zł, w tym w Szpitalu na Zaspie 1.398 tys. zł;
- 2018 r. 2.661 tys. zł, w tym w Szpitalu na Zaspie 1.514 tys. zł;
- 2019 r. 2.890 tys. zł, w tym w Szpitalu na Zaspie 1.593 tys. zł;
- 2020 r. (do 30.10.) 4.327 tys. zł, w tym w Szpitalu na Zaspie 1.896 tys. zł.

Wszelkie dane dot. szczepienia pracowników, zatrudnionych w Spółce na podstawie umowy o pracę, przechowywane były w Poradni Medycyny Pracy Przemysłowego Zakładu Opieki Zdrowotnej, z którym Spółka ma podpisaną umowę na realizację tego typu usług. Przemysłowy ZOZ udostępniał wszelkie potrzebne Spółce dane, w tym np. na potrzeby sprawozdawczości (MZ-54 roczne sprawozdanie ze szczepień ochronnych). Prezes Spółki wyjaśnił, że wg stanu na 01 grudnia 2020 r. wszyscy pracownicy (m.in. lekarze, pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni) byli zaszczepieni przeciwko WZW typu B. W zakresie prowadzonych badań profilaktycznych, każdemu pracownikowi medycznemu przy okazji badań wstępnych oraz okresowych wykonywane były badania z oceną poziomu anty-HBS. Wykazywane miano przeciwciał pozwalało na weryfikację każdej potrzeby doszczepienia pracowników. Dokonujący oceny lekarz profilaktyk osobie, która nie posiadała odpowiedniego poziomu przeciwciał, bądź osobie niezaszczepionej nie wydał orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku, a co za tym idzie taki pracownik nie zostanie dopuszczony do realizacji obowiązków służbowych w Spółce. Natomiast osoby zawierające ze Spółką umowę cywilno-prawną na świadczenie usług zdrowotnych (kontrakt) zobowiązani zostali, w podpisywanych kontraktach, do przedstawienia zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego brak przeciwwskazań do wykonywania czynności objętych kontraktem oraz aktualne badania okresowe, wymagane do udzielania świadczeń wynikających z umowy, które wykonywali na własny koszt.

Wg wyjaśnień Kierownika Działu Kadr i Płac Spółki, lekarze medycyny pracy, którzy wystawiali przedmiotowe zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do podjęcia pracy, byli zobowiązani do sprawdzenia aktualnych szczepień WZW typu B.

(akta kontroli str. 372-375;381-383)

Prezes Zarządu Spółki wyjaśnił, że w okresie 2017-2020 (do listopada) nie prowadzono dodatkowej analizy kosztów zakupu bezpiecznego sprzętu. Sekcje odpowiedzialne za zakup tego sprzętu prowadzą bieżącą analizę kosztową rynku w oparciu o możliwości oraz kondycję finansową Spółki, a także zdolności podażowe. Wszelki prowadzony bilans był zawsze związany z dokonywaną oceną ryzyka zawodowego. Z uwagi na wielkość i złożoność podmiotu leczniczego użytkowane są bardzo duże ilości sprzętu iniekcyjnego oraz narzędzi, co bardzo znacząco wpływa na budżet Spółki.

Na przestrzeni lat 2017-2020 (do listopada) udział wartości zakupionego sprzętu bezpiecznego wzrastał w stosunku do wartości zakupionych ostrych narzędzi. I tak w 2017 r. wynosił 53%, a w 2020 r. 63% (wykazano bez ampułek bezigłowych)¹⁶. Udział ilości zakupionych ampułek bezigłowych w stosunku do ilości odpowiednika ostrego sprzętu wahała się w ww. okresie na podobnym poziomie od 27% w 2017 r. do 29% w 2020 r.

(akta kontroli str.127-130;355-360)

Prezes Zarządu Spółki wyjaśnił, że był w stałym kontakcie z Kierownikiem Zespołu ds. BHP m.in. na cotygodniowych spotkaniach, w trakcie których osoba nadzorująca właściwą pracę Zespołu przedstawiała efekty tej pracy, dzięki temu możliwa była szybka reakcja na wszelkie potrzeby w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy. W cyklicznych spotkaniach brały również udział pozostałe osoby wchodzące w skład pionu podległego bezpośrednio Prezesowi Spółki, co pozwalało na sprawniejszy przepływ informacji pomiędzy Zespołem ds. BHP i pracownikami kierującymi na poszczególnych szczeblach zatrudnienia. W wyniku tych działań, wychodząc naprzeciw potrzebom przewarzania danych związanych z tematyką ekspozycji zawodowej w zakresie tworzenia rejestrów oraz raportów, w 2020 r. podjęto decyzję o utworzeniu w systemie informatycznym Spółki celowego modułu „Punkt poekspozycyjny”. Punkt ten zdecydowanie usprawnił pracę Zespołu ds. BHP odpowiedzialnego m.in. za rejestrowanie tego typu zdarzeń. Corocznie wykupowana jest platforma internetowa, na której umieszcza się analizy wszystkich ważnych problemów związanych z przestrzeganiem przepisów BHP wraz ze wskazaniem praktycznych rozwiązań, w tym również w tematyce związanej z ekspozycją zawodową. Ponadto w Spółce funkcjonuje Intranet – sieć wewnętrzna, dzięki której uproszczono komunikację w zakresie przepływu informacji oraz wszelkiej niezbędnej dokumentacji.

(dowód: akta kontroli str. 355-360)

1.6. Procedura „Bezpieczeństwo i higiena pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych”, opracowana została 4 maja 2016 r., wdrożona 6 czerwca 2016 r. Aktualizacji, w okresie objętym kontrolą, dokonano 6 czerwca 2019 r. i 28 lutego 2020 r. Procedura obejmowała cały personel uczestniczący w udzielaniu świadczeń, załącznikiem do ww. Procedury była „Instrukcja bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami”. Ponadto w Spółce obowiązywała, w badanym okresie, Procedura „stosowania środków ochrony indywidualnej” opracowana 4 maja 2016 r., wdrożona do stosowania 6 czerwca 2016 r. Od 23 października 2020 r. obowiązuje kolejna wersja tej Procedury. Wersja elektroniczna ww. Procedur została umieszczona na portalu intranetowym Spółki,

¹⁶ W pozostałych dwóch latach 2018 i 2019 wynosił odpowiednio: 57% i 43%

a personel w każdej jednostce organizacyjnej Spółki, swoim podpisem potwierdzał, iż zapoznał się z treścią tych Procedur, dokumentacja w tym zakresie znajdowała się w poszczególnych komórkach organizacyjnych

(akta kontroli str. 185-217)

P.o. Kierownika Zespołu BHP wyjaśniła, że Procedury w Spółce są aktualizowane, gdy zmieniają się przepisy prawne oraz okoliczności np. struktura Spółki. W okresie ostatnich dwóch lat, zmiany w zasadach postępowania z ostrymi narzędziami oraz używania środków ochrony indywidualnej wynikały ze zmian przepisów prawnych oraz zmiany organizacji udzielania świadczeń związanych z pandemią COVID – 19.

(akta kontroli str.361-362)

Przewodniczący Komisji BHP w Spółce wyjaśnił, iż Procedury „Bezpieczeństwo i higiena pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych”, „Stosowanie środków ochrony indywidualnej”, „Procedura postępowania po ekspozycji zawodowej” nie stanowiły elementu bezpośredniej pracy Komisji BHP. Organizowaniem i koordynowaniem współpracy w sprawach dotyczących tworzenia, wdrażania i stosowania procedur w Spółce zajmuje się Zespół Zarządzania Jakością. W pracach nad procedurami udział brał zespół specjalistów z konkretnych dziedzin, a w tworzeniu ww. procedur udział brały również osoby wchodzące w skład Komisji BHP, jednakże nie był to obszar bezpośredniego działania całej Komisji. Komisja BHP, w momencie dostrzeżenia jakichkolwiek nieprawidłowości w zakresie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia, wydałaby taką opinię natychmiast. Ponadto wyjaśnił, że w zakresie zagadnień związanych z ekspozycją zawodową nie korzystano z dodatkowych ekspertyz bądź opinii specjalistów spoza Spółki.

(akta kontroli str. 256-257)

Prezes Zarządu Spółki wyjaśnił, że dokumentacja tworzona w tematyce ekspozycji zawodowej każdorazowo konsultowana była z osobami odpowiedzialnymi za bezpieczeństwo i higienę pracy oraz kontrolę zakażeń, a także poszczególnymi członkami Komisji BHP z uwzględnieniem uwag zgłaszanych przez pracowników (w formie mailowej zazwyczaj do pracowników ds. zarządzania jakością). Ponadto stwierdził, że jako Prezes Zarządu jest w stałym kontakcie z Kierownikiem Zespołu ds. BHP m.in. na cotygodniowych spotkaniach, w trakcie których osoba nadzorująca właściwą pracę Zespołu przedstawiała efekty pracy Zespołu, dzięki temu możliwa była szybka reakcja na wszelkie potrzeby w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy. W cyklicznych spotkaniach brały również udział pozostałe osoby wchodzące w skład pionu podległego bezpośrednio Prezesowi Spółki, co pozwalało na sprawniejszy przepływ informacji pomiędzy Zespołem ds. BHP i pracownikami kierującymi na poszczególnych szczeblach zatrudnienia. W wyniku tych działań, wychodząc naprzeciw potrzebom przewarzania danych związanych z tematyką ekspozycji zawodowej w zakresie tworzenia rejestrów oraz raportów w bieżącym roku podjęto decyzję o utworzeniu w systemie informatycznym Spółki celowego modułu „Punkt poekspozycyjny”, który zdecydowanie usprawnił pracę Zespołu ds. BHP odpowiedzialnego m.in. za rejestrowanie tego typu zdarzeń. Corocznie wykupowana jest platforma internetowa, na której umieszcza się analizy wszystkich ważnych problemów związanych z przestrzeganiem przepisów BHP wraz ze wskazaniem praktycznych rozwiązań, w tym również w tematyce związanej z ekspozycją zawodową. Ponadto w Spółce funkcjonuje Intranet- sieć wewnętrzna uproszczająca komunikację w zakresie przepływu informacji oraz wszelkiej niezbędnej dokumentacji.

(dowód: akta kontroli str.355-362)

1.7. Na podstawie kontroli akt osobowych wybranych losowo 50 pracowników¹⁷ uczestniczących w realizacji świadczeń zdrowotnych w Szpitalu na Zaspie do grudnia 2020 r. stwierdzono, że we wszystkich przypadkach w aktach tych 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 pracy¹⁸, tj. w terminie do 12 miesięcy od rozpoczęcia pracy na danym stanowisku. Program szkolenia okresowego obejmował m.in. zagadnienia związane z BHP przy wykonywanych 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 3 lat). Pozostałe osoby świadczące pracę na podstawie umów cywilnoprawnych, posiadały w aktach osobowych aktualne zaświadczenie o skończeniu szkolenia okresowego, które zgodnie z § 15 ust. 2 ww. rozporządzenia, ważne było przez okres 5 lat.

(akta kontroli str.301-321;352-354;366-371)

1.8. Spółka uzyskała zezwolenia Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego (dalej: „Inspektor Sanitarny”) na wykonywanie w Szpitalu działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące, polegającej na uruchamianiu i stosowaniu aparatów rentgenowskich oraz uruchamianiu medycznych pracowni rentgenowskich¹⁹, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 10 i 11 Prawa atomowego, za wyjątkiem zezwoleń na uruchomienie mammografu do celów diagnostyki medycznej i uruchomienia medycznej pracowni rentgenowskiej w Poradni mammograficznej stosującej ten aparat.

(akta kontroli str. 391-473, 493-497, 514-517, 784-796)

Stosownie do wymagań art. 7 ust. 2 Prawa atomowego, w Spółce opracowano i wdrożono „Program zapewnienia jakości dla działalności związanej ze stosowania promieniowania jonizującego z zakresu radioterapii oraz medycyny nuklearnej” oraz „Program zapewnienia jakości dla działalności związanej ze stosowaniem promieniowania jonizującego z zakresu badań diagnostycznych i radiologii zabiegowej”. Programy te obejmowały zakres wymagany art. 7 ust. 2a pkt 1 i 2 ww. ustawy. Nie obejmowały zakresu wymaganego art. 7 ust. 2a pkt 3 ww. ustawy, tj. sposobu zabezpieczenia źródeł promieniotwórczych przed uszkodzeniem, kradzieżą i dostaniem się w ręce osób nieuprawnionych oraz art. 7 ust. 2a pkt 4, tj. systemu zarządzania sytuacjami i zdarzeniami radiacyjnymi, o którym mowa w art. 86d pkt. ust. 4 pkt 1-2 i 4-10 tej ustawy²⁰, ponieważ w Spółce nie stosuje się źródeł promieniotwórczych. Programem została objęta cała działalność Spółki związana z narażeniem na promieniowanie jonizujące. Program był corocznie

¹⁷ Kontrolą objęto dokumentację 15 pielęgniarek, 15 położnych, 10 lekarzy specjalności zabiegowych, 10 ratowników medycznych

¹⁸ Dz. U. nr 180, poz. 1860, ze zm.

¹⁹ Wg stanu na 17 grudnia 2020 r. w Szpitalu na Zaspie stosowano 17 aparatów rentgenowskich,

²⁰ Opracowano zakładowy plan postępowania awaryjnego o którym mowa w art. 86d ust. 4 pkt 3.

przeglądany i w razie potrzeby aktualizowany. Przyczynami aktualizacji były m.in.: zmiany organizacyjne w UCK oraz zmiany przepisów.

Zgodnie z postanowieniami programu, Prezes Zarządu Spółki odpowiadał, za wdrożenie, utrzymanie i udoskonalanie Programu oraz sprawował nadzór nad procedurami dotyczącymi ochrony radiologicznej i bezpośredni nadzór nad ich stosowaniem. Podstawowe zasady ochrony radiologicznej sprowadzały się do stosowania w praktyce zasady optymalizacji oraz przestrzegania limitu ekspozycji przyjętego za podstawę obliczeń parametrów osłon ochronnych w projekcie jednostki a także do użytkowania aparatów zgodnie z opisem zawartym w instrukcji obsługi. Ponieważ nie ma zagrożenia dawką przekraczającą 6 mSv w ciągu roku, wszyscy pracownicy zostali zakwalifikowani do kategorii B narażenia na promieniowanie jonizujące. Kontrolą dawek indywidualnych otrzymywanych w trakcie rutynowej pracy na aparatach rtg są objęci wszyscy pracownicy zakwalifikowani do kategorii narażenia, a dodatkową dozymetrią jedynie lekarze wykonujący procedury z zakresu radiologii zabiegowej. Zakres działań objętych Programem w zakresie stosowania promieniowania jonizującego obejmuje wykonywanie zdjęć rtg kostno-płucnych, kontrastowych, mammograficznych, TK oraz zabiegów operacyjnych z wykorzystaniem promieniowania jonizującego przy realizowaniu założonej polityki jakości i określonych celach jakościowych. Wszyscy pracownicy obsługujący aparaty rentgenowskie: przed przystąpieniem do pracy zostają przeszkoleni w zakresie obsługi urządzenia oraz obowiązujących zasad ochrony radiologicznej, są zobowiązani do stosowania środków ochrony osobistej stosownie do narażenia podczas wykonywania zdjęć, podlegają okresowym badaniom lekarskim i posiadają aktualne orzeczenie o braku przeciwwskazań do pracy w narażeniu na promieniowanie jonizujące oraz podlegają indywidualnej kontroli dozymetrycznej za pomocą dozymetrów fotometrycznych oraz pierścionkowych. Jednostka wyposażona jest w: parawany ochronne gwarantujące pochłanianie dawek przez pracowników wykonujących ekspozycje poniżej ogranicznika wyznaczonego dla kategorii narażenia, osłony indywidualne i jezdne, w zależności od specyfiki miejsca pracy z aparatem rtg, fartuchy z gumy ołowiowej, osłony na tarczycę, gogle, półfartuszki, osłony na gonady i parawany jezdne.

(akta kontroli str. 474-476, 479-486, 502-508, 572-574)

Inspektor ochrony radiologicznej wyjaśnił, że współpraca z osobami wdrażającymi Program zapewnienia jakości przebiegała prawidłowo, a przepływ informacji był wystarczający.

(akta kontroli str. 474-476)

1.9. Wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w Spółce sprawowała osoba, która posiadała ważne uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej typu R, nadane w drodze decyzji administracyjnej przez Głównego Inspektora Sanitarnego na podstawie art. 7 ust. 12 Prawa atomowego.

(akta kontroli str. 600-604, 686-690)

1.10. Inspektor ochrony radiologicznej był zatrudniony na umowę zlecenie w Zespole nadzoru nad urządzeniami emitującymi pole jonizujące i pole elektromagnetyczne, który podlegał bezpośrednio Wiceprezesowi ds. Medycznych. W zakresie zadań (w umowie i w regulaminie organizacyjnym) inspektora ochrony radiologicznej przypisano obowiązki i uprawnienia wymienione w art. 7² Prawa atomowego.

(akta kontroli str. 600-603, 605-607, 691-693)

Inspektor ochrony radiologicznej realizował ww. obowiązki i korzystał z przysługujących mu uprawnień dotyczących sprawowania nadzoru nad ochroną radiologiczną pracowników.

Z wyjaśnień inspektora ochrony radiologicznej wynikało, że przy wykonywaniu swoich czynności nie napotykał na trudności uniemożliwiające mu właściwe wywiązywanie się z obowiązków i uprawnień oraz nie wystąpiły zdarzenia (wypadki) negatywnie oddziałujące na zapewnienie ochrony radiologicznej pracowników.

(akta kontroli str. 443-599, 612-617, 648-650, 653-663, 678-683)

1.11. Z wyjaśnień Wiceprezesa ds. Medycznych wynikało, że analizowano potrzeby pracowników narażonych na promieniowanie jonizujące w zakresie wymaganym art. 26 Prawa atomowego. Zapewniono im okresowe badania lekarskie odpowiednie do zajmowanego stanowiska; dodatkowo poddawani byli oni badaniu poziomu retikulocytów we krwi. Zapewniono im osłony osobiste (fartuchy, rękawice, osłony na tarczycę, parawany jezdne) i objęto ich indywidualną kontrolą dozymetryczną. W sprawie zasięgnięcia opinii inspektora ochrony radiologicznej na temat badania i sprawdzania urządzeń ochronnych i przyrządów dozymetrycznych, o której mowa w art. 7a Prawa atomowego, Wiceprezes ds. Medycznych wyjaśnił, że Zarząd Spółki był na bieżąco informowany przez inspektora ochrony radiologicznej o wszystkich zmianach w pracowniach rentgenowskich i potrzebach tych pracowni oraz uwzględniał jego stanowisko po uprzednim spotkaniu i omówieniu problemów. Z wyjaśnień Wiceprezesa ds. Medycznych wynikało, że na corocznych spotkaniach całego Zarządu, inspektor ochrony radiologicznej przedstawiał sprawozdanie z rocznej działalności, w tym opinie dotyczące ochrony przed promieniowaniem jonizującym, w zakresie o którym mowa w art. 7² ust. 1 pkt 12 Prawa atomowego.

(akta kontroli str. 608-611)

Z wyjaśnień inspektora ochrony radiologicznej wynikało, że liczbę i rodzaj wyposażenia jednostki w środki ochrony indywidualnej, przyrządy dozymetryczne oraz inne wyposażenie służące do ochrony pracowników przed promieniowaniem jonizującym ustala w zależności od liczby osób pracujących w gabinecie lub pracowni. Ustaleń w tym zakresie nie dokonuje w sposób formalny (nie jest on udokumentowany). Według stworzonej procedury wewnętrznej stan osłon sprawdza się raz na 2 lata i jeśli stwierdzi się uszkodzenia (najczęściej są to pęknięcia w materiale ochronnym) daną osłonę wycofuje się z użycia i zamawia nową. Stan pozostałego wyposażenia weryfikuje na bieżąco.

(akta kontroli str. 474-477, 572-573, 576, 612-613, 684)

Spółka nie posiadała przyrządów dozymetrycznych, o których mowa w art. 27 ust. 1 Prawa atomowego.

(akta kontroli str. 391, 613, 614-616, 618)

Według stanu na 21 stycznia 2020 r. w Szpitalu na Zaspie 195 pracowników było zatrudnionych w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące.

Analiza dokumentacji dotyczącej 51 z ww. pracowników, zatrudnionych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej oraz 22 zatrudnionych w Szpitalu na Zaspie w 2020 r., wykazała, że wszyscy mieli przydzielone dozymetry indywidualne.

(akta kontroli str. 542-555, 619-647, 694)

W Spółce zostały wdrożone „Zasady indywidualnej kontroli dozymetrycznej personelu”, które min. zobowiązują pracowników wykonujących badania z zastosowaniem promieniowania jonizującego lub wykonujących zabiegi śródoperacyjne, do stosowania indywidualnie przydzielonych dozymetrów, zabraniają ich zamiany między pracownikami. Dozymetry indywidualne wymieniane są w systemie kwartalnym, a nadzór nad ich wymianą pełni inspektor ochrony radiologicznej. Laboratorium, do którego wysyłane są zużyte dozymetry, odczytuje dawki i przekazuje protokoły dozymetryczne, na podstawie których inspektor ochrony radiologicznej wpisuje dawki do indywidualnych kart dozymetrycznych pracowników. W przypadku przekroczenia rocznie dopuszczalnych dawek, inspektor

ochrony radiologicznej zgłasza ten fakt lekarzowi zakładowemu w celu podjęcia profilaktyki i zbadania efektów promieniowania.

(akta kontroli str. 648-651)

Wszyscy pracownicy zatrudnieni w Szpitalu na Zaspie w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące zostali zaliczeni do kategorii B²¹. Zaliczenia pracowników do odpowiedniej kategorii dokonywał inspektor ochrony radiologicznej, na zlecenie kierownika jednostki organizacyjnej, w zależności od przewidywanego poziomu narażenia tego pracownika. Ponieważ wszyscy pracownicy pracujący na danym stanowisku, na podstawie systematycznych pomiarów indywidualnych oraz sprawozdania z pomiarów środowiskowych w otoczeniu aparatu, zostali zaliczeni do kategorii B, nowo przyjęci pracownicy są również zaliczani do tej kategorii gdyż ich warunki pracy będą takie same jak pozostałych osób.

(akta kontroli str. 452- 471, 474-477, 494, 515, 528-555, 572-573, 576, 685)

Badanie dotyczące wszystkich 22 pracowników zatrudnionych w Szpitalu na Zaspie w 2020 r. w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące wykazało, że nie wystapiono do Prezesa PAA z wnioskiem o informację z centralnego rejestru dawek o dawkach otrzymanych przez tych pracowników, o której mowa w art. 22 ust. 1 Prawa atomowego.

Z wyjaśnień inspektora ochrony radiologicznej wynikało, że nie występowało o ww. informacje z rejestru dawek ponieważ wymóg ten dotyczy pracowników zakwalifikowanych do kategorii A. Ponadto inspektor ochrony radiologicznej wyjaśnił, że dla nowo zatrudnionych pracowników prowadzi szkolenia z ochrony radiologicznej (szkolenia stanowiskowe). Nie dokumentuje ich realizacji, ponieważ prowadzone były dla pojedynczych pracowników, którzy ukończyli odpowiednie szkoły i wiedzą jakie są zasady pracy w gabinetach rentgenowskich.

(akta kontroli str. 614-617, 678-682, 694)

1.12. Weryfikacja stanu faktycznego w dwóch wybranych pracowniach: pracowni rentgenodiagnostyki ogólnej oraz pracowni rentgenowskiej w Poradni mammograficznej wykazała, że spełniały one wymogi określone w § 2-20 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi²² (dalej: „rozporządzenie w sprawie pracy z urządzeniami radiologicznymi”).

(akta kontroli str. 652-659)

1.13. Weryfikacja stanu faktycznego w ww. pracowniach: wykazała, że znajdowały się w nich oryginały lub uwierzytelnione kopie dokumentów wymienionych w § 22 ww. rozporządzenia, a zakres i częstotliwość przeglądów aparatury rentgenowskiej zgodne były z instrukcjami producentów.

(akta kontroli str. 652-659)

1.14. Weryfikacja stanu faktycznego w ww. pracowniach wykazała, że spełniały one podstawowe wymagania dla terenów nadzorowanych, określone w § 3 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 20 lutego 2007 r. w sprawie podstawowych wymagań dotyczących terenów kontrolowanych i nadzorowanych²³.

(akta kontroli str. 652, 661-663)

1.15. W okresie objętym kontrolą organy kontroli zewnętrznej przeprowadziły w Szpitalu na Zaspie sześć kontroli w zakresie higieny radiacyjnej: jedną w 2017 r., dwie w 2019 r. i trzy w 2020 r. Wszystkie kontrole przeprowadzili pracownicy

²¹ Kategoria B obejmowała pracowników, którzy mogą być narażeni na dawkę skuteczną przekraczającą 1 mSv w ciągu roku lub dawkę równoważną przekraczającą jedną dziesiątą wartości dawek granicznych dla soczewek, oczu, skóry i kończyn, określonych w art. 17 Prawa atomowego i którzy nie zostali zaliczeni do kategorii A.

²² Dz. U. Nr 180, poz. 1325.

²³ Dz. U. Nr 131, poz. 910.

Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gdańsku, z czego cztery dotyczyły odbiorów instalowanych aparatów rentgenowskich, jedna przeprowadzona w 2020 r. dotyczyła testów specjalistycznych, a jedna przeprowadzona w 2020 r. dotyczyła stosowania aparatów rentgenowskich (przeprowadzona w 2020 r.). W wyniku kontroli dotyczącej stosowania aparatów rentgenowskich stwierdzono nieprawidłowości polegające na:

- braku zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem w celach medycznych polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki i radiologii zabiegowej, co stanowi naruszenie art. 33q Prawa atomowego,
- niezgodności stanu faktycznego (zmiana ustawienia pulpitu sterowniczego – miejsca wykonywania ekspozycji) w Poradni mammograficznej z zatwierdzonym projektem osłon stałych,
- przekroczeniu w testach specjalistycznych wartości granicznych dla monitorów stosowanych do prezentacji obrazów medycznych (dotyczy dwóch aparatów),
(akta kontroli str. 695-732)

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Spółka podjęła działania naprawcze: uzyskała wymaganą zgodę, zatwierdzenie nowego projektu osłon stałych i przeprowadzono testy specjalistyczne aparatów, które wykazały, że spełniają one kryteria odnoszące się do tego typu urządzeń.

(akta kontroli str. 733-796)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Spółka stosowała w pracowni rentgenowskiej, w Poradni mammograficznej aparat rentgenowski do celów diagnostyki medycznej (mammograf Amulet Innovality typ DR MS-3500W, nr fabryczny 06623320) bez uzyskania zezwolenia Inspektora Sanitarnego na wykonywanie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące tj. uruchomienie i stosowanie aparatu rentgenowskiego, czym naruszono art. 4 ust. 1 pkt 10 w zw. z art. 5 ust. 4 pkt 1 Prawa atomowego²⁴.

Aparat zainstalowano w dniach 3-4 listopada 2020 r., a 9 listopada 2020 r. złożono wniosek o wydanie ww. zezwolenia i rozpoczęto jego stosowanie.

(akta kontroli str. 391,443, 445, 447-450, 608-610, 664-672, 676-677)

Z wyjaśnień inspektora ochrony radiologicznej i Wiceprezesa ds. Medycznych wynikało, że decyzję Spółki o jego warunkowym dopuszczeniu do użytkowania podjęto po konsultacji telefonicznej z Kierownikiem Oddziału Higieny Radiacyjnej w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gdańsku (dalej: WSSE”), a podstawą dopuszczenia były prawidłowe wyniki testów. Decyzję o warunkowym dopuszczeniu aparatu do użytkowania podjęto kierując się dobrem pacjentów onkologicznych, którzy nie mogą czekać w długich kolejkach na wykonanie niezbędnych badań. Ponadto Wiceprezes ds. Medycznych dodał, że z uwagi na sytuację epidemiczną czas oczekiwania na zatwierdzenie dokumentów przez Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gdańsku jest wydłużony.

(akta kontroli str. 443, 445, 608-610)

Inspektor Sanitarny poinformował, że 6 listopada 2020 r. inspektor ochrony radiologicznej poinformował telefonicznie o montażu nowego aparatu mammograficznego i, że konieczność jego uruchomienia wiąże się z zachowaniem ciągłości pracy Pracowni mammograficznej. W związku

²⁴ o czym poinformowano kierownika jednostki w trybie art. 51 ust. 4 ustawy o NIK.

z powyższym poinformowano ją, że Spółka jest zobowiązana niezwłocznie wystąpić z wnioskiem o wydanie wymaganych prawem zezwoleń i przedłożenie wymaganych dokumentów. Wniosek został złożony 9 listopada 2020 r. wraz z wnioskiem o zaopiniowanie nowego projektu osłon stałych i kopii tego projektu. Spółka nie informowała wcześniej, że w związku z montażem nowego aparatu wprowadzono zmiany do wcześniej zaopiniowanego projektu osłon stałych. Wydanie ww. zezwoleń następuje po ocenie i stwierdzeniu, że spełnione zostały wymagane prawem warunki wykonywania działalności związanej z narażeniem, a pomieszczenia i wyposażenie spełniają wymagania określone m.in. w rozporządzeniu w sprawie pracy z urządzeniami radiologicznymi. Zgodnie z § 22 ust. 1 pkt. 2 ww. rozporządzenia, projekt pracowni lub gabinetu wraz z projektem i opisem osłon stałych oraz wentylacji musi być zatwierdzony przed uruchomieniem aparatu rentgenowskiego przez właściwego wojewódzkiego inspektora sanitarnego przy uzgadnianiu dokumentacji projektowej. Ww. zezwolenia nie zostały wydane, ponieważ analiza nowego projektu osłon wykazała zmiany dotyczące miejsca wykonywania ekspozycji, tj. przesunięcia konsoli sterującej, w stosunku do wcześniej zaopiniowanego projektu.

(akta kontroli str. art. 673-675)

W ocenie NIK działanie dla dobra pacjenta nie może stanowić wystarczającego usprawiedliwienia dla obowiązku uzyskania zatwierdzenia spełnienia warunków wykonywania działalności związanej z narażeniem i uzyskania wymaganego zezwolenia przed uruchomieniem aparatu rentgenowskiego.

W trakcie kontroli NIK – 18 grudnia 2020 r. – Inspektor Sanitarny wydał postanowienie uzgadniające przedłożony projekt planu pracowni rentgenowskiej, a 22 grudnia 2020 r. wydał zezwolenie na uruchomienie i stosowanie ww. mammografu oraz na uruchomienie medycznej pracowni rentgenowskiej w zakresie diagnostyki medycznej – mammograficznej, w której znajduje się mammograf.

(akta kontroli str. art. 797-802)

2. Posiedzenia Komisji BHP w badanym okresie odbyły się: trzy razy w 2017 r.²⁵; trzy razy w 2018 r.²⁶; jeden raz w 2019 r.²⁷, jeden raz w 2020 r.²⁸, co było niezgodne z art. 237¹³ § 2 Kodeksu Pracy, który stanowi, że posiedzenia Komisji BHP odbywają się nie rzadziej niż raz na kwartał.

(akta kontroli str. 248)

Przewodniczący Komisji BHP wyjaśnił, że w latach 2017-2019 skład osobowy Komisji dwukrotnie ulegał zmianom, co miało znaczący wpływ na częstotliwość organizowania posiedzeń. Rok 2020 z uwagi na szerzącą się pandemię Covid-19 był czasem wzmożonej pracy Spółki w związku z koniecznością angażowania całego personelu w walkę z pandemią. Nie mniej jednak, pomimo braku w pełni sformalizowanych posiedzeń Komisji BHP, zarówno z pracownikami jak i ich przedstawicielami konsultowane były kluczowe działania związane z BHP (np. m.in. zmiany w organizacji pracy i wyposażeniu stanowisk pracy, oceny ryzyka zawodowego występującego przy wykonywaniu określonych prac oraz informowania pracowników o tym ryzyku, czy przydzielania pracownikom środków ochrony indywidualnej oraz odzieży i obuwia roboczego). Nie mniej jednak, Przewodniczący Komisji BHP stwierdził, że obszar ten należy poddać poprawie w najbliższym, możliwym czasie, szczególnie po odwołaniu pandemii.

(akta kontroli str. 299-300)

²⁵ W dniach: 4 kwietnia; 14 lipca; 14 września

²⁶ 20 lutego; 5 czerwca; 10 sierpnia

²⁷ 05 kwietnia

²⁸ 14 lutego

3. Badanie dokumentacji dotyczącej 22 pracowników nowozatrudnionych w Szpitalu na Zaspie w 2020 r. w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące wykazało, że nie występowało do Prezesa PAA z wnioskami o informację z centralnego rejestru dawek o dawkach otrzymanych przez nowozatrudnionych pracowników, o której mowa w art. 22 ust. 1 Prawa atomowego.

Z wyjaśnień inspektora ochrony radiologicznej wynikało, że nie występowało o ww. informację, ponieważ wymóg ten dotyczy pracowników zaliczonych do kategorii A.

(akta kontroli str. 614-617, 678-682, 694)

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 jest pracownik.

4. Badanie dotyczące wszystkich 22 pracowników nowozatrudnionych w Szpitalu na Zaspie w 2020 r. w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące wykazało, że nie udokumentowano przeprowadzenia dla tych pracowników wstępnych szkoleń z zakresu ochrony radiologicznej, w sposób wymagany art. 11 ust. 7 Prawa atomowego.

Inspektor ochrony radiologicznej wyjaśniła, że dla nowo zatrudnionych pracowników prowadziła szkolenia z ochrony radiologicznej (szkolenia stanowiskowe) ale nie udokumentowała ich realizacji, ponieważ prowadzone były dla pojedynczych pracowników, którzy ukończyli odpowiednie szkoły i wiedzą jakie są zasady pracy w gabinetach rentgenowskich. Dodała, że przedstawiała im tylko zasady obsługi aparatu oraz panujących zwyczajów w placówce.

(akta kontroli str. 614-617, 678-682, 694)

Przyczyny przedstawione w wyjaśnieniach nie zwalniają z obowiązku odpowiedniego udokumentowania przeprowadzenia wstępnych szkoleń.

OCENA CZĄSTKOWA

Spółka była odpowiednio przygotowana do identyfikacji i minimalizacji ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Zespół ds. BHP Spółki sporządzał analizy BHP. Oceny ryzyka zawodowego związanego ze zranieniami były aktualizowane w terminach zgodnych z postanowieniami § 3 ust. 2 pkt. 1 rozporządzenia w sprawie BHP przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie i zawierały, zgodnie z § 3 ust. 1 ww. rozporządzenia, katalog niezbędnych informacji. Spółka wywiązywała się z obowiązku ochrony pracowników przed zranieniami, gwarantując im bezpłatne szczepienia przeciw WZW typu B, rodzaj i ilość zakupionych środków ochrony indywidualnej dostosowywana była do potrzeb pracowników z uwzględnieniem wymogów niezbędnych dla określonych stanowisk. W badanym okresie udział wartości zakupionego sprzętu bezpiecznego w stosunku do wartości zakupionych ostrych narzędzi również wzrastał od 53% w 2017 r. do 63% w 2020 r. W Spółce opracowano procedury postępowania z ostrymi narzędziami oraz stosowania środków ochrony indywidualnej, które były aktualizowane w zależności od potrzeb. Zgodnie z wymogami opracowano i wdrożono Program zapewnienia jakości i zapewniono nadzór nad przestrzeganiem wymagań w zakresie ochrony radiologicznej przez uprawnionego inspektora ochrony radiologicznej. W pozostałym zakresie spełniono wymagania zapewniające ochronę pracowników zatrudnionych w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w wyniku kontroli zewnętrznych, podejmowano działania naprawcze.

Stwierdzono nieprawidłowości w zakresie:

- dopuszczenia do stosowania jednego z 17 urządzeń rentgenowskich, bez uzyskania stosownego zezwolenia;
- częstotliwości posiedzeń Komisji BHP;
- realizacji obowiązków wynikających z art. 11 ust. 7 oraz 22 ust. 1 Prawa atomowego (przed zatrudnieniem pracowników w warunkach narażenia).

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1. W Spółce, w badanym okresie, obowiązywała procedura „Postępowanie po ekspozycji zawodowej” (z 10 kwietnia 2020 r.²⁹). Zawarto w niej wszystkie elementy wymagane w § 9 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie BHP przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie tzn. w zakresie postępowania podano, jak należy udzielić pierwszej pomocy, określono, co należy do obowiązków: osoby eksponowanej (niezwłoczne zgłoszenie faktu wystąpienia ekspozycji oraz wizyta na SOR u Naczelnego Lekarza Dyżuru³⁰, dalej: „NLD”), NLD (wypełnienie Indywidualnej Karty Ekspozycji, zlecenie wykonania badań u osoby eksponowanej i u źródła ekspozycji), określono obowiązki NLD, Lekarza Medycyny Pracy i Zespołu ds. BHP i Zarządzania Środowiskowego w przypadku gdy brak jest wskazań do konsultacji z Pomorskim Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy sp. z o.o. (dalej: „PCCHZiG”) oraz określono obowiązki NLD w sytuacji gdy istnieją przesłanki skierowania do PCCHZiG, podano co należy do zakresu zadań Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej. Określono również odpowiedzialność osoby eksponowanej, bezpośredniego przełożonego/lekarza dyżurnego, NLD, Lekarza Medycyny Pracy, Zespołu ds. BHP i Zarządzania Środowiskowego i Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych. Pracownicy oddziałów Szpitala na Zaspie podpisywali fakt zapoznania się z procedurą i zobowiązywali się do przestrzegania i realizowania ustaleń z niej obowiązujących.

(dowód: akta kontroli str. 25-52)

2.2. W Spółce prowadzono „Rejestr zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych”, dalej: „Rejestr zranień”, który zawierał dane ustalone w § 10 ust. 1 Rozporządzenia w sprawie BHP przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie, tj.: kolejny nr zgłoszenia w danym roku, datę zgłoszenia (dodatkowo od 2020 r.), datę i godzinę zdarzenia, komórkę organizacyjną, w którym zdarzenie zranienia miało miejsce, rodzaj i model narzędzia, które spowodowało zranienie, rodzaj procedury medycznej oraz czynność, w trakcie której doszło do zranienia, inne informacje uzyskane w trakcie postępowania (stanowisko osoby eksponowanej oraz formę zatrudnienia). I tak w poszczególnych latach okresu objętego kontrolą zarejestrowano:

- a) w 2017 r. 80 zdarzeń (siedmiu pracowników nie wykonywało zawodów medycznych), w tym 63 zakłucia dotyczyły pracowników medycznych Szpitala na Zaspie,
- b) w 2018 r. 51 zdarzeń (ośmiu pracowników nie wykonywało zawodów medycznych), w tym 26 zakłuć dotyczyło pracowników medycznych Szpitala na Zaspie,

²⁹ Poprzednie wersje obowiązywały od: 1 stycznia 2019 r. i 27 czerwca 2016 r.

³⁰ NDL – lekarz z zespołu dyżurnego SOR, sprawujący bieżące zarządzanie zasobami i organizacją pracy w zakresie wymaganych przez zdarzenia wymagające podjęcia doraźnych decyzji w komórkach organizacyjnych wyznaczonych do działania m.in. działania związane z ekspozycją zawodową personelu bezpośrednio po jej zaistnieniu

- c) w 2019 r. 62 zdarzenia (dziewięciu pracowników nie wykonywało zawodów medycznych), w tym 37 zakłuć dotyczyło pracowników medycznych Szpitala na Zaspie,
- d) w 2020 r. (I półrocze) 26 zdarzeń (dwóch pracowników nie wykonywało zawodów medycznych), w tym 24 przypadki zakłucia dotyczyły pracowników medycznych Szpitala na Zaspie.

(akta kontroli str. 5-21;346-351)

Zapisy w Rejestrze zranień prowadzone były chronologicznie oraz zgodnie z obowiązującą w Spółce „Procedurą postępowania po ekspozycji zawodowej”, przez Zespół ds. BHP, chociaż nie zawierały wszystkich zranień, jakie wystąpiły w Spółce w danym roku, o czym szerzej napisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”. Opracowane zostały Indywidualne Karty Ekspozycji część A – wypełniana przez osobę ekspozowaną i część B – przez NLD, od 10 kwietnia 2020 r. wyłącznie w formie elektronicznej.

(akta kontroli str. 22-48)

Na podstawie losowo wybranej próby 60 przypadków zranienia ostrym narzędziem, dotyczących pracowników medycznych Szpitala na Zaspie (po 15 przypadków w każdym roku objętym kontrolą), ustalono:

- w 43 przypadkach (71,75%) doszło do ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał, w siedmiu przypadkach (11,7%) nie można było tego ustalić;
- we wszystkich przypadkach zdarzenie zgłoszone zostało NDL i Zespołowi BHP w tej samej dobie, w której doszło do zranienia;
- we wszystkich przypadkach wdrożenie postępowania poekspozycyjnego nastąpiło w tej samej dobie, w której doszło do zranienia;
- w 23 przypadkach (38,3%) skaleczeniu ulegli lekarze, w 28 przypadkach (46,7%) pielęgniarki i położne, w 8 przypadkach (13,3 %) ratownicy medyczni i sanitariusze, w jednym przypadku osoba sprzątająca (1,7%);
- w jednym przypadku (1,7%) zranienie zakwalifikowane zostało jako wypadek przy pracy (doszło do ekspozycji krwią pacjenta zarażonego HIV);
- w 15 przypadkach (25%) pracownicy mieli za sobą doświadczenie wcześniejszego zranienia/zakłucia w Spółce;
- pracownicy w związku ze zranieniem nie korzystali ze zwolnień lekarskich;
- we wszystkich przypadkach pracodawca odnotował okoliczności zdarzenia w rejestrach zranień ostrymi narzędziami i w indywidualnych kartach ekspozycji, w czterech przypadkach odnotowano przyczyny zranienia – niespokojne zachowanie pacjenta;
- w żadnym przypadku, w związku ze zranieniem, nie zachodziła konieczność dokonania zmian w Procedurze postępowania po ekspozycji zawodowej;
- we wszystkich przypadkach poinformowany został lekarz sprawujący opiekę zdrowotną nad pracownikami;
- w żadnym przypadku w wyniku ekspozycji nie doszło do zarażenia wirusem (HBV, HCV, HIV);
- Spółka nie prowadziła ewidencji kosztów postępowania poekspozycyjnego w stosunku do każdego zranionego pracownika, ich wyliczenie byłoby zbyt czasochłonne, jak wyjaśniła Dyrektorka Finansowa Spółki;
- we wszystkich analizowanych przypadkach nie wystąpiły koszty związane z profilaktyką poekspozycyjną;
- w związku ze zdarzeniem zranienia, w żadnym przypadku pracownik nie ubiegał się o odszkodowanie.

(dowód: akta kontroli str. 282-298;365;387-390)

P.o. Kierownika Zespołu BHP wyjaśniła, że na podstawie posiadanych danych można ustalić przyczyny zranienia, ponieważ z opisów zdarzeń wynika, że zranienia

były najczęściej przypadkowe. Sporadycznie zdarzało się, że do Zespołu BHP dotarły niejasne okoliczności zdarzenia ekspozycji zawodowej, bądź została dostrzeżona odpowiedzialność związana z nieprzestrzeganiem przez pracownika konkretnych procedur, prowadzono wówczas postępowanie wyjaśniające oraz kontrolę stanowiska pracy i na taką okoliczność sporządzano każdorazowo notatki służbowe.

(dowód: akta kontroli str. 376-377)

2.3. W okresie objętym kontrolą koszty:

a) postępowań poekspozycyjnych (w tej grupie kosztów Spółka nie była w stanie wyodrębnić kosztów związanych z badaniami serologicznymi krwi osoby ekspozowanej oraz nieobecnością w pracy zarówno z powodu zdarzenia jak i z powodu wizyt kontrolnych i związanej z tym konieczności zapewnienia zastępstwa) kształtowały się następująco:

- w 2017 r. w Spółce wynosiły 9.253 zł, w tym w Szpitalu na Zaspie 7.054 zł (w tym na leki antyretrowirusowe 5.947 zł, konsultacje lekarza chorób zakaźnych 1.107 zł);
- w 2018 r. w Spółce wynosiły 25.358 zł, w tym w Szpitalu na Zaspie 10.748 zł (w tym leki antyretrowirusowe 8.169 zł, immunoglobulina anti-HBs 1 632 zł, konsultacje lekarza chorób zakaźnych 947 zł);
- w 2019 r. w Spółce wynosiły 5.522 zł, w tym w Szpitalu na Zaspie 639 zł (w tym leki antyretrowirusowe 119 zł konsultacje lekarza chorób zakaźnych 520 zł);
- do 20 listopada 2020 r. w Spółce wynosiły 5.562 zł, w tym w Szpitalu na Zaspie 1.475 zł (w tym leki antyretrowirusowe 1.211 zł, konsultacja lekarza chorób zakaźnych 264 zł).

b) Spółka w badanym okresie nie poniosła kosztów na prowadzenie postępowania orzeczniczego w kierunku choroby zawodowej.

c) świadczeń finansowych związanych z rozpoznaniem choroby zawodowej, wynikające z czasowej niezdolności do pracy kształtowały się następująco:

- w 2017 r. w Spółce wynosiły 5.180 zł, wszystkie poniesione w Szpitalu na Zaspie;
- w 2018 r. w Spółce wynosiły 2.876 zł, wszystkie poniesione w Szpitalu na Zaspie.

Spółka w latach 2019 i 2020 nie poniosła kosztów w tym zakresie.

(akta kontroli str. 258-259)

W latach 2017-2020 (do 30 października) nie prowadzono postępowań sądowych przeciwko Spółce z tytułu ekspozycji zawodowej.

(akta kontroli str.364)

2.4. W Spółce, w latach 2017-2019 Raporty o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, dalej: „Raporty BHP w zakresie zranień”, sporządzane były w okresach półrocznych (31.01. i 31.07. każdego roku), co było zgodne z § 11 ust. 1 rozporządzenia w sprawie BHP przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie. Raporty BHP w zakresie zranień zawierały wszystkie informacje, wymagane w § 11 ust. 2 ww. rozporządzenia. Zgodnie z § 11 ust. 3 rozporządzenia w sprawie BHP przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie raporty w sprawie BHP w zakresie zranień były udostępniane pracownikom, w Spółce za pośrednictwem intranetu.

(dowód: akta kontroli str. 53-91;176-184)

2.5. W Spółce obowiązywał Zakładowy Plan Postępowania Awaryjnego³¹, dalej: „Plan”, który był zgodny ze wzorem podanym w załączniku 1 część B „Dla jednostek organizacyjnych wykonujących działalność polegającą na stosowaniu lub uruchamianiu aparatów rentgenowskich” rozporządzenia w sprawie planów postępowania awaryjnego. Zgodnie z zapisami ww. Planu ćwiczenia awaryjne w celu przeglądu i aktualizacji Planu na wypadek zagrożenia radiacyjnego odbywają się z częstotliwością raz na trzy lata. Ostatnie ćwiczenia awaryjne odbyły się 25 września 2019 r. i dotyczyły sposobów przerwania ekspozycji. Wnioski z ćwiczeń; aparaty są przejrzysto oznakowane, wszystkie przyciski awaryjne są widoczne, a ich lokalizacja daje możliwość szybkiej reakcji. W okresie objętym kontrolą nie doszło do zdarzenia stwarzającego możliwość przekroczenia wartości granicznych dawek promieniowania jonizującego, czyli tzw. zdarzenia radiacyjnego.

(dowód: akta kontroli str. 92-120)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W okresie objętym kontrolą, nierzetelnie prowadzono Rejestry zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, dalej: „Rejestry”, oraz Raporty w sprawie bhp w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, dalej: „Raporty”:

a) dane wykazane w Rejestrach nie były zgodne ze stanem rzeczywistym. I tak:

- w 2017 r. w rejestrze wykazano 80 zranień w Spółce, w Raporcie, odzwierciedlającym stan rzeczywisty, 83 zranienia,
- w 2018 r. w rejestrze wykazano 51 zranień w Spółce, w Raporcie odzwierciedlającym stan rzeczywisty, 50 zranień,
- w 2019 r. w rejestrze wykazano 61 zranień w Spółce, w Raporcie odzwierciedlającym stan rzeczywisty, 62 zranienia,

b) w Raporcie z 31.07.2018 r., za okres I półrocza 2018 r., zaniżono liczbę zranień o pięć przypadków (wykazano 30), podczas gdy faktyczna liczba zranień wynosiła 35 przypadków. Korekty dokonano w Raporcie z 31.01.2019 r., wpisując za okres I półrocza 2018 r. liczbę 35 zranień.

(akta kontroli str. 5-21;53-86)

P.o. Kierownika Zespołu d.s. BHP wyjaśniła, że Raporty zranień sporządzane były w oparciu o Rejestry zranień prowadzone w Zespole BHP oraz dokumentację osób zgłaszających się do lekarza prowadzącego postępowanie poekspozycyjne zgodnie z obowiązującą Procedurą postępowania po ekspozycji zawodowej. Wynikało to z faktu, iż nie wszystkie osoby, które uległy zranieniu zgłaszały ten fakt do Zespołu BHP, co wpływało na powstanie różnic w rejestrach. Prawidłowymi danymi są dane podane w Raportach. Ponadto wyjaśniła, że różnica pięciu przypadków, niewykazanych w Raporcie z 31.07.2018 r., spowodowana została późniejszym uzyskaniem wszystkich dokumentów poekspozycyjnych od lekarza prowadzącego postępowanie po ekspozycji. Lekarz razem z dokumentami za II półrocze 2018 r. przekazał dokumenty, które dotyczyły jeszcze I półrocza 2018 r.

(akta kontroli str. 346-351)

Prezes Zarządu Spółki wyjaśnił, że w latach 2017-2019 Raporty zranień ostrymi narzędziami sporządzane były w oparciu o informacje z dwóch źródeł: w oparciu o rejestry zranień prowadzone w Zespole BHP oraz dokumentację osób zgłaszających się tylko do lekarza prowadzącego postępowanie poekspozycyjne. Wprowadzie obowiązująca w Spółce Procedura poekspozycyjna obowiązywała pracowników do zgłaszania faktu zranienia NLD, Lekarzowi Medycyny Pracy Spółki

³¹ W kontrolowanym okresie Zakładowy Plan Postępowania Awaryjnego aktualizowany był 6 kwietnia, 7 maja 2017 r., oraz 4 lutego 2019 r.

oraz Zespołowi BHP, jednak nie wszyscy pracownicy postępowali zgodnie z tą Procedurą. Z tego względu, od kwietnia 2020 r. w systemie informatycznym OPTIMED został utworzony dodatkowy moduł – Punkt poekspozycyjny. W tej bazie agregowane są wszystkie przypadki zranień ostrymi narzędziami zaistniałe podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Będzie to pozwalało uniknąć niespójności w raportowaniu danych związanych z tematyką ekspozycji zawodowej. Pracownicy, którzy nie postępowali dotychczas zgodnie z Procedurą, zostali z nią ponownie zapoznani przez bezpośrednich przełożonych oraz otrzymali ustne upomnienie. Ponadto różnica w ilości zranień za I półrocze 2018 r. wykazana w raporcie z 31.07.2018 i 31.01.2019 była spowodowana późniejszym przekazaniem wszystkich dokumentów poekspozycyjnych przez lekarza prowadzącego te postępowania. W związku z tym zdarzeniem, sporządzono notatkę służbową i podjęto decyzję o podaniu pełnych danych w kolejnym raporcie.

(akta kontroli str.384-386)

OCENA CZĄSTKOWA

Spółka podejmowała prawidłowe działania w celu wdrożenia i realizacji procedury postępowania poekspozycyjnego. Procedura zawierała wszystkie elementy określone w § 9 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie bhp przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie. W sposób prawidłowy prowadzono „Rejestr zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych”. Kontrola losowo wybranej próby 60 przypadków zranienia ostrym narzędziem, dotycząca pracowników medycznych Szpitala na Zaspie wykazała, że były to przypadki lekkiego zranienia, tylko jeden przypadek został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy, w żadnym pracownicy nie korzystali ze zwolnień lekarskich, żaden z pracowników w wyniku ekspozycji nie został zarażony wirusem (HBV, HCV, HIV). Raporty o BHP w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych sporządzane były prawidłowo, tj. w okresach półrocznych, zawierające wszystkie wymagane informacje.

W Spółce opracowano Zakładowy Plan Postępowania Awaryjnego, aktualizowany w ciągu czterech lat objętych kontrolą trzykrotnie. Plan był zgodny ze wzorem podanym w załączniku 1 część B „Dla jednostek organizacyjnych wykonujących działalność polegającą na stosowaniu lub uruchamianiu aparatów rentgenowskich” rozporządzenia w sprawie planów postępowania awaryjnego.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły: niezgodności ze stanem rzeczywistym liczby zranień wykazanych w Rejestrach za lata 2017-2019, oraz w jednym przypadku nierzetelności danych w Raporcie z 31.07.2018 r., za okres I półrocza 2018 r., którą skorygowano w kolejnym Raporcie.

IV. Uwagi i wnioski

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

Wnioski

1. Zapewnienie rzetelnego prowadzenia Rejestrów zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych i Raportów w sprawie BHP w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
2. Zapewnienie stosowania aparatów rentgenowskich po uzyskaniu stosownego zezwolenia na wykonywanie działalności związanej z narażeniem.
3. Zapewnienie zwoływania posiedzeń Komisji BHP przynajmniej raz na kwartał.
4. Występowanie do Prezesa PAA przed zatrudnieniem pracowników w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, z wnioskami o informacje z centralnego rejestru dawek, o dawkach otrzymanych przez tych pracowników.

5. Zapewnienie dokumentowania wstępnych szkoleń przeprowadzanych dla pracowników zatrudnianych w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące w sposób określony w art. 11 ust. 7 Prawa atomowego.

Uwagi NIK nie formułuje uwag.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

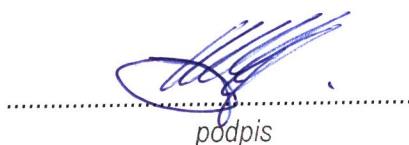
W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Gdańsk, dnia 11 stycznia 2021 r.

Kontrolerzy:
Iwona Miklikowska
Główny specjalista kontroli
państwowej


podpis

Rafał Wiczorkowski
Główny specjalista kontroli
państwowej


podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Gdańsku
Dyrektor

2 up.

WICEDYREKTOR DELEGATURY
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
w Gdańsku
Ewa Duszczyńska
podpis



