KZD.430.001.2018
Nr ewid.13/2018/P/17/060/KZD

Informacja o wynikach kontroli

ZAKAŻENIA W PODMIOTACH LECZNICZYCH

DEPARTAMENT ZDROWIA

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

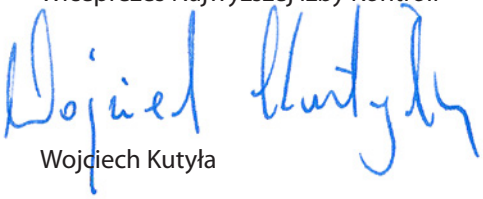
WIZJĄ
Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Informacja o wynikach kontroli
Zakażenia w podmiotach leczniczych

Dyrektor Departamentu Zdrowia

Piotr Wasilewski

Akceptuję:
Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli



Wojciech Kutyła

Zatwierdzam:
Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Krzysztof Kwiatkowski
Warszawa, dnia 19.IV.2018 r.

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 8

2. OCENA OGÓLNA 10

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI 12

4. WNIOSKI 17

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI 19

5.1. Organizacja nadzoru epidemiologicznego w podmiotach leczniczych 19
5.2. Zapobieganie i zwalczanie zakażeń szpitalnych 29
5.2.1. Realizacja nadzoru epidemiologicznego przez podmiot leczniczy 29
5.2.2. Realizacja świadczeń w zakresie badań mikrobiologicznych 39
5.2.3. Bakteria Klebsiella Pneumoniae New Delhi (KP NDM) 43
5.2.4. Prowadzenie Rejestru Zakażeń Szpitalnych 45
5.2.5. Monitorowanie i raportowanie zakażeń szpitalnych 47
5.2.6. Diagnostyka i leczenie posocznicy (sepsy) 50
5.3. Realizacja zaleceń i wniosków pokontrolnych Państwowej Inspekcji Sanitarnej 54
5.4. Koszty leczenia zakażeń szpitalnych i funkcjonowania systemu przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym 58
5.5. Nadzór epidemiologiczny nad szpitalami oraz zakres i kompletność danych zbieranych o sytuacji epidemiologicznej 60

6. ZAŁĄCZNIKI 67

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe 67
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych 76
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności 91
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli 93
6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli 94
6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska ministra 100

Zdjęcie na okładce:
© Kateryna_Kon – www.fotolia.com

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

Antyseptyka postępowanie odkażające, mające na celu zniszczenie drobnoustrojów m.in. na skórze, błonach śluzowych i ranach.

Aseptyka postępowanie mające na celu doprowadzenie do jałowości pomieszczeń, narzędzi, materiałów opatrunkowych, odzieży poprzez niedopuszczenie drobnoustrojów do określonego środowiska.

Badanie sanitarno-epidemiologiczne badanie, w którego skład wchodzą badanie lekarskie, badania laboratoryjne oraz dodatkowe badania i konsultacje specjalistyczne, wykonywane w ramach nadzoru epidemiologicznego w celu wykrycia biologicznych czynników chorobotwórczych lub potwierdzenia rozpoznania choroby zakaźnej[1].

Biologiczny czynnik chorobotwórczy posiadające zdolność wywoływania objawów chorobowych: drobnoustroje komórkowe lub wytwarzane przez nie produkty; zewnętrzne i wewnętrzne pasożyty człowieka lub wytwarzane przez nie produkty; cząstki bezkomórkowe zdolne do replikacji lub przenoszenia materiału genetycznego, w tym zmodyfikowane genetycznie hodowle komórkowe lub wytwarzane przez nie produkty[2].

CSIOZ Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Choroba zakaźna choroba, która została wywołana przez biologiczny czynnik chorobotwórczy[3].

Chorobowość liczba chorych na daną chorobę, w określonym okresie, podzielona przez liczebność danej populacji[4].

Czynnik alarmowy biologiczny czynnik chorobotwórczy o szczególnej zjadliwości lub oporności[5].

Dekontaminacja proces niszczenia biologicznych czynników chorobotwórczych przez mycie, dezynfekcję i sterylizację[6].

Dezynfekcja proces redukcji ilości biologicznych czynników chorobotwórczych przez zastosowanie metod fizycznych i chemicznych[7].

Diagnosta laboratoryjny osoba, która spełnia wymagania przepisów art. 7 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej[8].

Dochodzenie epidemiologiczne wykrywanie zachorowań, czynnika etiologicznego oraz określanie przyczyn, źródeł, rezerwuarów i mechanizmów szerzenia się choroby zakaźnej lub zakażenia[9].

Hospitalizacja całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym albo nagłym, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutyczny oraz proces pielęgnowania i rehabilitacji, od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do chwili jego wypisu albo zgonu[10].

---

1 Art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz. 151), zwanej dalej „ustawą o zwalczaniu zakażeń".
2 Art. 2 pkt 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń.
3 Art. 2 pkt 3 ustawy o zwalczaniu zakażeń.
4 Zakażenia szpitalne w jednostkach opieki zdrowotnej"; Redakcja naukowa: M. Bulanda i J. Wójcikowska-Mach; Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Wydanie I Warszawa 2016; str. 7.
5 Art. 2 pkt 5 ustawy o zwalczaniu zakażeń.
6 Art. 2 pkt 6 ustawy o zwalczaniu zakażeń.
7 Art. 2 pkt 7 ustawy o zwalczaniu zakażeń.
8 Dz. U. z 2016 r. poz. 2245.
9 Art. 2 pkt 8 ustawy o zwalczaniu zakażeń.
10 Patrz § 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.).

Izolacja odosobnienie osoby lub grupy osób chorych na chorobę zakaźną albo osoby lub grupy osób podejrzanych o chorobę zakaźną, w celu uniemożliwienia przeniesienia biologicznego czynnika chorobotwórczego na inne osoby[11].

Izolatka pomieszczenie przeznaczone do odosobnienia pacjenta lub grupy pacjentów chorych na chorobę zakaźną albo osoby lub grupy osób podejrzanych o chorobę zakaźną, w celu uniemożliwienia przeniesienia biologicznego czynnika chorobotwórczego na inne osoby[12].

JST Jednostki samorządu terytorialnego

KKZS Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych[13]

Nadzór epidemiologiczny obserwacja osoby zakażonej lub podejrzanej o zakażenie, bez ograniczenia jej swobody przemieszczania się, wykonywanie badań sanitarno-epidemiologicznych u tej osoby w celu wykrycia biologicznych czynników chorobotwórczych lub potwierdzenia rozpoznania choroby zakaźnej oraz zebranie, analiza i interpretacja informacji o okolicznościach i skutkach zakażenia (nadzór indywidualny), jak i stałe, systematyczne gromadzenie, analiza oraz interpretacja informacji o zachorowaniach lub innych procesach zachodzących w sferze zdrowia publicznego, wykorzystywane w celu zapobiegania i zwalczania zakażeń lub chorób zakaźnych (nadzór ogólny)[14].

Nosiciel osoba bez objawów choroby zakaźnej, w której organizmie bytują biologiczne czynniki chorobotwórcze, stanowiąca potencjalne źródło zakażenia innych osób[15].

Podejrzany o zakażenie osoba, u której nie występują objawy zakażenia ani choroby zakaźnej, która miała styczność ze źródłem zakażenia, a charakter czynnika zakaźnego i okoliczności styczności uzasadniają podejrzenie zakażenia[16].

PPIS Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny

PSSE Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna

PWIS Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny

Rodzaj świadczeń grupa świadczeń gwarantowanych przysługujących ubezpieczonym, wyszczególnionych w art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[17], w tym m.in. z zakresu leczenia szpitalnego.

Sepsa zagrażająca życiu dysfunkcja narządowa spowodowana zaburzoną regulacją odpowiedzi ustroju na zakażenie.

SPZOZ samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, tj. podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą, wymieniony w art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[18].

---

11 Art. 2 pkt 11 ustawy o zwalczaniu zakażeń.
12 § 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739).
13 Art. 15 ust. 3 i 4 ustawy o zwalczaniu zakażeń.
14 Art. 2 pkt 14 ustawy o zwalczaniu zakażeń.
15 Art. 2 pkt 17 ustawy o zwalczaniu zakażeń.
16 Art. 2 pkt 21 ustawy o zwalczaniu zakażeń.
17 Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, ze zm., zwanej dalej „ustawą o świadczeniach zdrowotnych"
18 Dz. U. z 2018 r. poz. 160, ze zm.

Sterylizacja proces niszczenia zdolnych do namnażania się form biologicznych czynników chorobotwórczych[19].

Styczność bezpośredni lub pośredni kontakt osoby ze źródłem zakażenia, jeżeli charakter tego kontaktu zagrażał lub zagraża przeniesieniem na tę osobę biologicznych czynników chorobotwórczych[20].

System przeciwdziałania zakażeniom wewnątrzszpitalnym utworzony w szpitalu na podstawie obowiązującego stanu prawnego, uwzględniający ogół działań podjętych przez szpital w celu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, tj.: 1) powołanie i nadzór nad działalnością zespołu i komitetu kontroli zakażeń szpitalnych; 2) ocena ryzyka i monitorowanie występowania zakażeń i czynników alarmowych; 3) organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób zapewniający zapobieganie zakażeniom szpitalnym i szerzeniu się czynników alarmowych, w tym: warunki izolacji pacjentów z zakażeniem lub chorobą zakaźną oraz pacjentów szczególnie podatnych na zakażenia szpitalne, możliwość wykonania badań laboratoryjnych w ciągu doby umożliwiających identyfikację biologicznych czynników chorobotwórczych i ograniczenie ich lekooporności; 4) monitorowanie i rejestracja zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych; 5) sporządzanie i przekazywanie państwowemu inspektorowi sanitarnemu raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej; 6) zgłaszanie, w ciągu 24 godzin, potwierdzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych[21].

Świadczeniodawca podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[22], osoba fizyczna, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej lub podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne[23].

Świadczenie gwarantowane świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie[24].

Świadczenie zdrowotne działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania[25].

Świadczenie szpitalne świadczenie szpitalne – wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin[26].

Szpital zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne[27].

---

19 Art. 2 pkt 24 ustawy o zwalczaniu zakażeń.
20 Art. 2 pkt 25 ustawy o zwalczaniu zakażeń.
21 Definicja „Systemu przeciwdziałania zakażeniom wewnątrzszpitalnym" przygotowana została na potrzeby kontroli.
22 Dz. U. z 2018 r. poz. 160, ze zm.
23 Art. 5 pkt 41 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.
24 Art. 5 pkt 35 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.
25 Art. 5 pkt 40 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.
26 Art. 2 ust. 1 pkt 11 ustawy o działaności leczniczej.
27 Art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

WSSE Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna.

WHO Światowa Organizacja Zdrowia.

Zagrożenie epidemiczne zaistnienie na danym obszarze warunków lub przesłanek wskazujących na ryzyko wystąpienia epidemii[28].

Zakażenie wniknięcie do organizmu i rozwój w nim biologicznego czynnika chorobotwórczego[29].

Zakażenie szpitalne[30] zakażenie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy choroba:
a) nie pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylęgania albo
b) wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylęgania[31].

Zapadalność jest to miara częstości występowania chorób, stanowiąca iloraz nowych zachorowań, które pojawiły się w określonym przedziale czasowym w określonej populacji, w stosunku do jej liczebności[32].

Zaraźliwość zdolność biologicznego czynnika chorobotwórczego do przeżycia i namnażania oraz do wywołania objawów chorobowych po przeniesieniu go do organizmu innego człowieka lub zwierzęcia[33].

ZKZS Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych[34]

[28] Art. 2 pkt 31 ustawy o zwalczaniu zakażeń.
[29] Art. 2 pkt 32 ustawy o zwalczaniu zakażeń.
[30] Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) - zakażenie, które pojawiło się w wyniku leczenia w szpitalu lub w związku z pobytem w szpitalu, wtórne do stanu pacjenta sprzed hospitalizacji.
[31] Art. 2 pkt 33 ustawy o zwalczaniu zakażeń.
[32] „Zakażenia szpitalne w jednostkach opieki zdrowotnej"; Redakcja naukowa: M. Bulanda i J. Wójcikowska-Mach. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Wydanie I Warszawa 2016; str. 6.
[33] Art. 2 pkt 34 ustawy o zwalczaniu zakażeń.
[34] Art. 15 ust. 1 i 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy system przeciwdziałania zakażeniom wewnątrzszpitalnym jest skuteczny?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy nadzór epidemiologiczny w podmiocie leczniczym zorganizowany był zgodnie z obowiązującymi przepisami, w sposób umożliwiający jego skuteczne funkcjonowanie?
2. Czy działania w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych były prawidłowe i skuteczne?
3. Czy podmiot leczniczy realizował zalecenia i wnioski pokontrolne państwowej inspekcji sanitarnej?
4. Jakie koszty poniesiono w związku z leczeniem zakażeń szpitalnych i funkcjonowaniem systemu przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym?
5. Jak funkcjonował nadzór epidemiologiczny nad szpitalami, czy dane zbierane o sytuacji epidemiologicznej były kompletne?

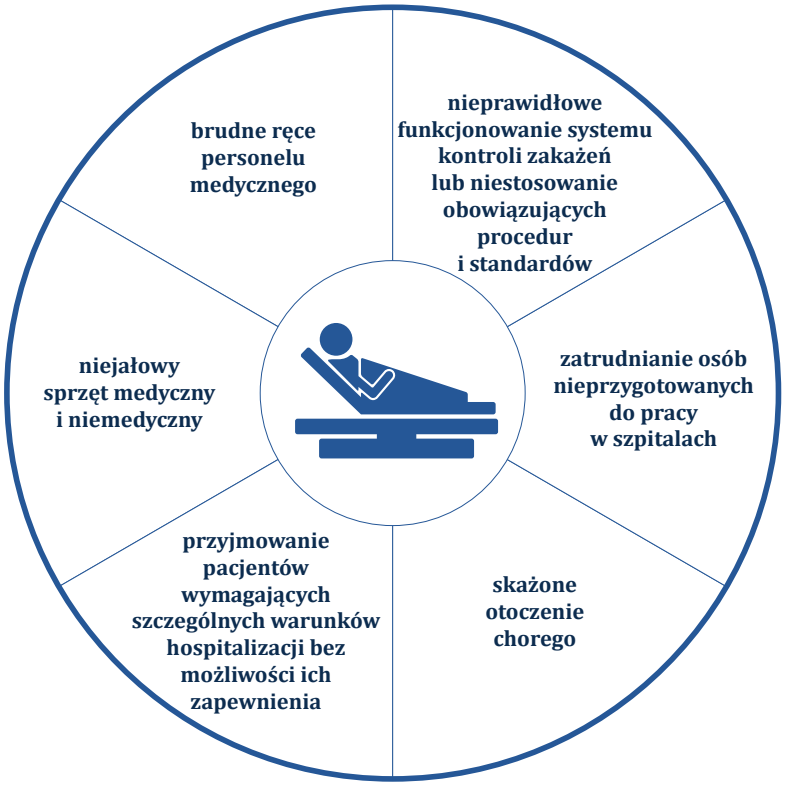
Jednostki kontrolowane

22 jednostki, w tym: 17 podmiotów leczniczych działających w formie SPZOZ utworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego i jeden – działający w formie spółki prawa handlowego – Mazowiecki Szpital

Zakażenia szpitalne związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych stanowią aktualnie poważny problem wszystkich szpitali, nawet tych z krajów o najwyższych standardach opieki zdrowotnej i dotyczą od 5 do 10% osób leczonych w szpitalu. Zakładając, że ok. 5% pacjentów hospitalizowanych ulega zakażeniom szpitalnym, daje to roczną liczbę zakażeń szpitalnych w naszym kraju na poziomie ok. 400 tys.

Źródłem przenoszenia zakażeń szpitalnych mogą być m.in. brudne ręce personelu medycznego, niejałowy sprzęt medyczny i niemedyczny, skażone otoczenie chorego, przyjmowanie pacjentów wymagających szczególnych warunków hospitalizacji bez możliwości ich zapewnienia, zatrudnianie osób nieprzygotowanych do pracy w szpitalach, brak lub nieprawidłowe funkcjonowanie systemu kontroli zakażeń lub niestosowanie obowiązujących procedur i standardów sanitarnych.

Infografika nr 1
Źródła przenoszenia zakażeń szpitalnych



Źródło: Opracowanie własne NIK.

Do grupy osób najbardziej narażonych należą pacjenci m.in. po leczeniu immunosupresyjnym, z zaburzeniami odporności z powodu terapii przeciwnowotworowej, po rozległych urazach i oparzeniach, dzieci w wieku do jednego roku i osoby w starszym wieku, a także po długotrwałym stosowaniu antybiotyków.

Większość zakażeń szpitalnych związana jest z wprowadzeniem inwazyjnych metod diagnostycznych i terapeutycznych technik operacyjnych, takich jak m.in. transplantacja narządów, stosowanie cewników wprowadzanych do naczyń krwionośnych i dróg moczowych oraz wspomagane oddychanie.

Bródnowski Sp. z o.o.) oraz cztery powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne będące podmiotami leczniczymi finansowanymi z budżetu państwa.

Jednostki objęte badaniem kwestionariuszowym

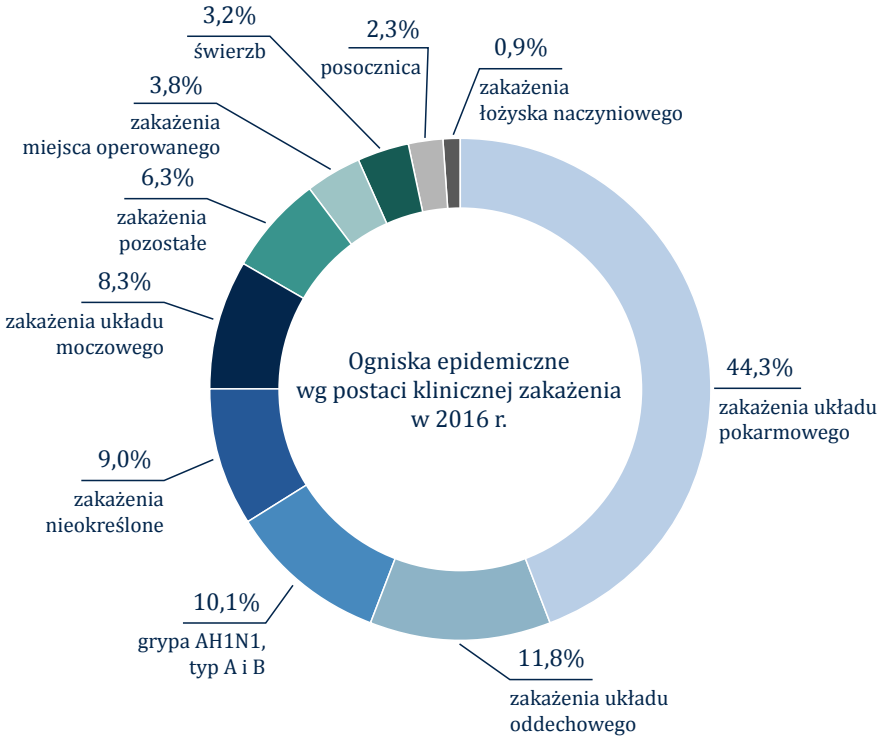
1. Podmioty lecznicze (szpitale), działające w formie SPZOZ utworzone przez JST i jeden w formie spółki prawa handowego – Mazowiecki Szpital Bródnowski Sp. z o.o.
2. Powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne, będące podmiotami leczniczymi finansowanymi z budżetu państwa.

Okres objęty kontrolą

Lata 2016–2017 z uwzględnieniem okresów wcześniejszych, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na badaną działalność.

Zakażenia szpitalne powodują powikłania choroby podstawowej prowadzące często do niepełnosprawności, są przyczyną wydłużenia pobytu w szpitalu i zwiększają koszty świadczonych usług. Dodatkowym czynnikiem generującym koszty są roszczenia pacjentów, którzy ulegli zakażeniu i potrafią udokumentować, że stało się to z winy szpitala.

Infografika nr 2
Ogniska epidemiczne wg postaci klinicznej zakażenia w 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych GIS, https://stansanitarny.gis.gov.pl/index.php/rozdzial/epidemiologia, dostęp z dnia 12 marca 2018 r.

Zmniejszenie liczby zakażeń szpitalnych wpływa na obniżenie kosztów leczenia, zmniejszenie liczby osób niepełnosprawnych i wskaźnika śmiertelności. Narzędziem służącym ograniczeniu szerzenia się zakażeń szpitalnych powinien być prawidłowo funkcjonujący system zapobiegania i zwalczania zakażeń, utworzony w szpitalu na podstawie obowiązujących przepisów prawa, uwzględniający ogół działań podjętych przez szpital w celu zminimalizowania ryzyka wystąpienia zakażeń szpitalnych, a tym samym podniesienia jakości usług medycznych i bezpieczeństwa pacjentów. Efektywne systemy kontroli zakażeń mogą zmniejszać ryzyko ich wystąpienia od 55% do 70%[35].

Podjęcie działań w tym zakresie jest szczególnie istotne w związku z narastającym w polskich szpitalach zjawiskiem lekooporności drobnoustrojów na dostępne antybiotyki, a także wzrostem liczby pacjentów zakażonych patogenami wielolekoopornymi trudnymi do wyeliminowania ze środowiska szpitalnego[36].

[35] Publikacja „System kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną w Polsce" 2016, Stowarzyszenie Epidemiologii Szpitalnej, Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych, Małopolskie Stowarzyszenie Komitetów i Zespołów ds. Zakażeń Szpitalnych, str. 7.

[36] „Zakażenia szpitalne" Wybrane zagadnienia, redakcja naukowa prof. zw. dr hab. n. med. Andrzej Denys, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, Rozdział IV. Racjonalna terapia antybiotykowa i chemioterapia jako element zapobiegania zakażeniom szpitalnym.

2. OCENA OGÓLNA

System przeciwdziałania zakażeniom wewnątrzszpitalnym był nieskuteczny, na co wskazuje wzrost liczby pacjentów z zakażeniem szpitalnym, w tym zarażonych lekoopornymi szczepami bakterii Klebsiella Pneumoniae NDM (+), a także wzrastająca liczba pacjentów z rozpoznaniem posocznicy (sepsy).

Mimo powołania zespołów i komitetów kontroli zakażeń szpitalnych oraz formalnego wdrożenia przez kontrolowane szpitale procedur zapobiegających ich występowaniu, w badanym okresie odnotowano wzrost liczby pacjentów z zakażeniem szpitalnym o 9%, przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby hospitalizowanych pacjentów o 2%. W 2016 r., w porównaniu do 2015 r., nastąpił wzrost liczby pacjentów zarażonych lekoopornymi szczepami bakterii Klebsiella Pneumoniae NDM (+) w skali kraju, o 278,7%. W 2016 r. odnotowano także wzrost liczby pacjentów z rozpoznaniem sepsy o 13%, w porównaniu do roku wcześniejszego.

Przyczyną tego stanu było przede wszystkim nieprzestrzeganie obowiązujących procedur zapobiegających zakażeniom przez większość kontrolowanych podmiotów, niedostateczne wykorzystanie diagnostyki mikrobiologicznej, a także niedostateczna liczba personelu medycznego o wymaganych kwalifikacjach.

W połowie 2017 r. czynnych zawodowo było tylko 110 lekarzy mikrobiologów oraz 219 epidemiologów. Wśród krajów europejskich Polska zajmuje ostatnie miejsce pod względem liczby praktykujących lekarzy specjalistów w dziedzinach związanych z mikrobiologią i bakteriologią.

Brakuje również pielęgniarek posiadających specjalizację w dziedzinach: pielęgniarstwa epidemiologicznego, epidemiologii lub higieny i epidemiologii. Na koniec czerwca 2017 r. tylko 0,5% wszystkich zatrudnionych pielęgniarek spełniało kryteria kwalifikacyjne do pełnienia funkcji pielęgniarki epidemiologicznej w Zespołach Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

Średnia liczba badań mikrobiologicznych w przeliczeniu na jedno łóżko szpitalne w danym roku była dwukrotnie niższa niż w krajach UE. Dane te wskazują na niedostateczne wykorzystanie diagnostyki mikrobiologicznej w szpitalach.

Funkcjonujące w kontrolowanych szpitalach systemy monitorowania i raportowania o zakażeniach szpitalnych nie dostarczały rzetelnych danych o skali zjawiska.

W dwóch skontrolowanych szpitalach w ogóle nie prowadzono rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych[37], mimo ustawowego obowiązku. Nierzetelnie, z pominięciem wielu danych, sporządzane były przez lekarzy karty rejestracji zakażenia szpitalnego, stanowiące podstawę wpisu do rejestru zakażeń szpitalnych. Ponad 1/3 kart wypełniono z opóźnieniem wynoszącym od jednego do 288 dni, co nie pozwalało na bieżące prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych.

[37] Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju.

OCENA OGÓLNA

W przypadku 19% pacjentów nie dokonywano oceny ryzyka wystąpienia zakażenia w dniu przyjęcia do szpitala w ramach działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, o których mowa w art. 11 ust. 2 pkt 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

W co szóstym szpitalu ZKZS nie wywiązywał sie z ustawowego obowiązku konsultowania osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną[38], a w co czwartym, wbrew obowiązującym przepisom, nie dokumentował ich przeprowadzenia.

Konsekwencją nieskutecznych systemów monitorowania i raportowania o zakażeniach w większości szpitali było niedysponowanie informacją o skali tego zjawiska. W rocznych „Sprawozdaniach o działalności szpitala ogólnego" za 2016 r. ponad 56% szpitali nie ujawniło danych o liczbie pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaniem zakażenia wewnątrzszpitalnego i liczbie zgonów z tego powodu.

O braku wiarygodnych danych krajowych dotyczących zakażeń szpitalnych świadczą również prowadzone, poza oficjalną sprawozdawczością, wyniki tzw. badań punktowych[39]. Na ich podstawie można ocenić, że liczba zakażeń szpitalnych może być nawet 5-krotnie wyższa niż wynika to z danych Ministerstwa Zdrowia prezentowanych w mapach potrzeb zdrowotnych.

Żaden z kontrolowanych szpitali nie dysponował precyzyjnymi danymi dotyczącymi kosztów poniesionych w związku z wystąpieniem zakażenia szpitalnego. Analizy w tym zakresie prowadzone były jedynie przez część szpitali, a koszty wyliczano w sposób uproszczony.

Szpitale objęte kontrolą poniosły koszty związane z przedłużeniem hospitalizacji będącej konsekwencją zakażeń szpitalnych w wysokości ponad 85 774 tys. zł.

Szacunkowe koszty związane z utrzymaniem systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń wyniosły łącznie 388 177 tys. zł. W 2016 r. koszty z tego tytułu, w porównaniu do 2015 r., wzrosły o 9812,7 tys. zł, tj. o 6,6%.

Nie wszystkie szpitale realizowały zalecenia i decyzje PPIS oraz PWIS w wyznaczonym pierwotnie terminie. Jednak większość z nich (66,7%) podjęła działania w celu wykonania zaleceń wydanych przez organy inspekcji sanitarnej.

[38] Art. 15 ust. 2 pkt 4 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

[39] Badania Punktowe Występowania Zakażeń Związanych z Opieką Zdrowotną i Stosowania Antybiotyków w latach 2012–2014, prowadzone w polskich szpitalach.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Wzrost zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów z powodu zakażeń szpitalnych

W kontrolowanych jednostkach odnotowano wzrost liczby pacjentów, u których wykazano zakażenie szpitalne, o 8,5%, mimo że liczba hospitalizowanych pacjentów w tym okresie zmniejszyła się o 1,9%[40]. Odsetek pacjentów z zakażeniem szpitalnym zwiększył się z 1,4% w 2015 r. do 1,6% w I półroczu 2017 r. Biorąc jednak pod uwagę stwierdzone w kontrolowanych szpitalach nieprawidłowości związane z rejestrowaniem i raportowaniem zakażeń szpitalnych, dane te, w ocenie NIK, mogą być istotnie zaniżone.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż w 2016 r., w porównaniu do 2015 r., nastąpił wzrost liczby pacjentów zarażonych lekoopornymi szczepami bakterii Klebsiella Pneumoniae NDM (+) aż o 278,7%. Najwięcej pacjentów z rozpoznaniem bakterii NDM (+) hospitalizowano w województwie mazowieckim – 2757 (72,3%). Na wzrost liczby zakażeń wywołanych Klebsiella Pneumoniae NDM (+) na Mazowszu wpływ miał nieskuteczny nadzór wewnątrzszpitalny. [str. 39, 43–44, 47]

W badanych szpitalach stwierdzono 937 przypadków sepsy, tj. 7,9% ogólnej liczby zakażeń[41], przy czym najwięcej pacjentów z powodu sepsy leczono w Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim – 212 (22,6%).

W skali kraju, w 2016 r., odnotowano wzrost liczby pacjentów z rozpoznaniem sepsy o 13%, w porównaniu do 2015 r. W latach 2015–2017 (I półrocze) najwięcej pacjentów dorosłych, u których zdiagnozowano sepsę, hospitalizowano w województwie mazowieckim – 9.550, tj. 18,5% ogólnej liczby pacjentów leczonych z tego powodu. Koszty leczenia sepsy, sfinansowane ze środków NFZ, w ramach zawartych kontraktów ze świadczeniodawcami, w latach 2015–2017 (I półrocze), wyniosły 449 770,1 tys. zł. [str. 50–54]

Niewystarczające zasoby kadrowe systemu odpowiedzialne za zapobieganie zakażeniom szpitalnym

Liczba lekarzy specjalistów m.in. w dziedzinie mikrobiologia lekarska była niewystarczająca. Na dzień 30 czerwca 2017 r. w Polsce czynnych zawodowo było tylko 110 lekarzy specjalistów w tej dziedzinie. W czterech województwach: lubuskim, opolskim, podkarpackim, świętokrzyskim, w ogóle nie było lekarzy o tej specjalności, a w pozostałych województwach było od dwóch lekarzy w województwie warmińsko-mazurskim do 18 w województwie mazowieckim. Taka sytuacja nie daje gwarancji należytego sprawowania ciągłego i bieżącego nadzoru epidemiologicznego.

Potwierdza to fakt, iż część osób powołanych w skład ZKZS i KKZS nie spełniało wymogów określonych w obowiązujących przepisach. W 10 szpitalach (55,6%) funkcję przewodniczącego ZKZS powierzono lekarzowi, który nie posiadał wymaganych przepisami kwalifikacji. [str. 19–25]

W sześciu szpitalach (33,4%) posiadających powyżej 200 łóżek szpitalnych w skład ZKZS powołano mniejszą liczbę pielęgniarek epidemiologicznych niż wynikało z przepisu art. 15 ust. 1 pkt 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń, który stanowi, że liczba pielęgniarek powinna być nie mniejsza niż 1 na 200 łóżek szpitalnych. Na koniec czerwca 2017 r. tylko 0,5% zatrudnionych pielęgniarek posiadało wymagane kwalifikacje do pełnienia funkcji pielęgniarki epidemiologicznej w Zespole Kontroli Zakażeń Szpitalnych. [str. 24]

[40] Z 306.746 w 2015 r. do 306.746 w 2016 r., tj. 1,9%.

[41] Ogólna liczba zakażeń - 11.916.

Nierealizowanie zadań przez ZKZS

W trzech szpitalach ZKZS nie wywiązywał sie z ustawowego obowiązku konsultowania osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną, a w pięciu nie dokumentował ich przeprowadzenia. Obowiązek prowadzenia dokumentacji tych działań wynikał z art. 12 ustawy o zwalczaniu zakażeń. NIK zwraca uwagę, iż postanowienia art. 15 ust. 2 pkt 4 ustawy nie przewidują odstępstw od obowiązku wykonywania przez ZKZS wspomnianych konsultacji. [str. 34–35]

W trzech szpitalach (16,7%) ZKZS nie dokonywał oceny ryzyka występowania zakażenia i czynnika alarmowego u pacjentów przyjmowanych na hospitalizację, w ramach zadań określonych w art. 11 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń, przekazanych zarządzeniami dyrektorów szpitali do kompetencji Zespołowi Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

Analiza Kart Historii Choroby 1127 pacjentów przyjętych do szpitala w maju i czerwcu 2017 r. wykazała, że w przypadku 218 pacjentów (19,3%) nie dokonano oceny ryzyka zakażenia szpitalnego przy przyjęciu pacjenta do szpitala, w ramach działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń. [str. 32, 47]

Niedostateczne wykorzystywanie diagnostyki mikrobiologicznej

Średnia liczba badań mikrobiologicznych mających na celu wczesne wykrycie zakażenia oraz ustalenie grup antybiotyków możliwych do wykorzystania, w przeliczeniu na 1 łóżko szpitalne w danym roku, była ok. dwukrotnie niższa niż w krajach UE[42] i wyniosła: 26,5 w 2015 r. i 35,1 w 2016 r. Dane te wskazują na niedostateczne wykorzystanie diagnostyki mikrobiologicznej w szpitalach. W ocenie NIK, w celu zwiększenia efektywności systemu kontroli zakażeń szpitalnych należy dążyć do zwiększenia zakresu wykorzystania diagnostyki mikrobiologicznej. Ma ona także na celu określenie skuteczności leczenia poszczególnych zakażeń określonymi typami antybiotyków. Tymczasem w czterech szpitalach[43] (22,2%) nie przeprowadzono kontroli wewnętrznej zasadności ordynacji antybiotyków, a w jednym – Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku Białej nie dokonywano retrospektywnej analizy ich zużycia. [str. 39–43]

Nierzetelny system monitorowania i raportowania o zakażeniach szpitalnych

Analiza kart rejestracji zakażenia szpitalnego wykazała, że były one sporządzane przez lekarzy nierzetelnie, często z pominięciem wielu danych[44]. W 18% skontrolowanych przez NIK kartach nie opisano czynników ryzyka, w 23% nie podano zastosowanego leczenia antybiotykowego, w 15,1% nie odnotowano wykonania badania mikrobiologicznego, w 4% nie określono postaci klinicznej zakażenia, a w 3% kart nawet nie podano danych pacjenta. Ponadto, 246 kart (35,3%) zostało wystawionych przez lekarza prowadzącego z opóźnieniem wynoszącym od jednego do 288 dni. W ocenie NIK sporządzanie kart rejestracji zakażenia szpitalnego z opóźnieniem

[42] W krajach UE przeprowadza się średnio 54 badania bakteriologiczne w roku na jedno łóżko szpitalne. WHO zaleca 50 badań mikrobiologicznych w roku na jedno łóżko szpitalne.

[43] Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej (1), Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie (2), Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy (3), Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radziejowie (4).

[44] Skontrolowano 696 losowo wybranych indywidualnych kart rejestracji zakażenia szpitalnego, sporządzonych w latach 2016–2017 (do 30 września).

nie pozwalało na bieżące prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych i utrudniało określenie w sposób wiarygodny sytuacji epidemiologicznej szpitala.

W dwóch szpitalach (11,1%) w ogóle nie prowadzono rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych, co było niezgodne z art. 14 ust. 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń, a w Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie sposób prowadzenia tego rejestru nie spełniał wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala[45], które w § 3 pkt 2 stanowi, że każda indywidualna karta rejestracji jest oznaczona kolejnym numerem i dotyczy wystąpienia pojedynczego przypadku zakażenia szpitalnego. [str. 45–47]

W czterech szpitalach[46] (22,2%) stwierdzono nieprawidłowości polegające m.in. na nieterminowym przekazywaniu PPIS raportów wstępnych o podejrzeniu lub stwierdzeniu wystąpienia ogniska epidemicznego oraz sporządzaniu ich nierzetelnie i niezgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakazeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej systuacji epidemiologicznej szpitala[47]. [str. 57]

Nierzetelne dane o sytuacji epidemiologicznej kraju

Konsekwencją nierzetelnego systemu monitorowania i raportowania o zakażeniach na poziomie szpitali był brak precyzyjnych danych o sytuacji epidemiologicznej kraju. Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia, w okresie objętym kontrolą liczba osób hospitalizowanych z powodu sepsy wyniosła 51 537, zaś według danych Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny – 2640. Tymczasem, tylko w 18 szpitalach skontrolowanych przez NIK stwierdzono 937 zachorowań na sepsę, przy czym przypadki takie odnotowano w 89% skontrolowanych szpitali.

Dane gromadzone przez CSIOZ, na podstawie rocznych „Sprawozdań o działalności szpitala ogólnego" MZ-29 za 2016 r. wskazują, iż w 528 szpitalach stacjonarnych, spośród 936 funkcjonujących w Polsce na koniec 2016 r. (56,4%), nie wykazano danych o liczbie pacjentów leczonych z powodu zakażenia wewnątrzszpitalnego i liczbie zgonów z tego powodu. Nieprawidłowości polegające na wykazywaniu w sprawozdaniach MZ-29 błędnych danych o zakażeniach szpitalnych stwierdzono w siedmiu szpitalach[48] z 18 skontrolowanych (38,9%). [str. 17, 41, 50–54]

[45] Dz. U. z 2011 r. Nr 294, poz. 1741.

[46] Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy (1), Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce (2), Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Działdowie (3), Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie (4).

[47] Dz. U. Nr 294, poz. 1741.

[48] Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie (1), Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie (2), Specjalistyczny Szpital Miejski im. Mikołaja Kopernika w Toruniu (3), Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy (4), Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce (5), Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie (6), Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej w Warszawie (7).

Szacunkowe koszty leczenia pacjentów z zakażeniem szpitalnym

W siedmiu szpitalach[49] (38,9%) nie prowadzono ewidencji księgowej kosztów związanych z leczeniem zakażeń szpitalnych, ponieważ prowadzenie takiej ewidencji nie jest wymagane przepisami. W pozostałych 11 kontrolowanych szpitalach szacunkowe koszty związane z przedłużeniem hospitalizacji pacjentów, u których rozpoznano zakażenie szpitalne, wyniosły 85 774 tys. zł. Koszty oszacowano metodą uproszczoną, uwzględniając wydłużony czas pobytu pacjenta z zakażeniem w dniach, średni koszt osobodnia wyliczony dla hospitalizacji sfinansowanych przez NFZ oraz liczbę pacjentów hospitalizowanych z powodu zakażeń szpitalnych. Dane niezbędne do oszacowania tych kosztów zostały określone przez szpitale objęte kontrolą.

Szacunkowe koszty związane z utrzymaniem systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń w szpitalach wyniosły łącznie 388 177 tys. zł, przy czym koszty zużycia sprzętu jednorazowego stanowiły 40,9% (158 728,1 tys. zł). [str. 58–60]

Niezapewnienie personelowi medycznemu szczepień ochronnych przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B

W części szpitali nie podejmowano działań w celu zminimalizowania ryzyka wystąpienia wśród personelu medycznego zakażenia wirusem HBV, który w szpitalach najczęściej przenosi się na skutek kontaktu ze skażoną krwią.

W czterech szpitalach[50] (22,2%) nie zapewniono osobom wykonującym zawód medyczny szczepień ochronnych przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (zwanemu dalej „WZW typu B"). Zapewnienie takich szczepień pracownikom i ponoszenie ich kosztów przez pracodawcę wynika z art. 20 ust. 1 i 4 ustawy o zwalczaniu zakażeń oraz standardów akredytacyjnych. [str. 25–26]

Brak izolatek i niedostosowanie pomieszczeń szpitali do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia

Trzy szpitale[51] nie posiadały izolatki, tj. pomieszczenia pozwalającego na izolację zakażonego pacjenta w celu uniemożliwienia przeniesienia biologicznego czynnika chorobotwórczego na inne osoby. Było to niezgodne z art. 14 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy o zwalczaniu zakażeń, stanowiącym, że kierownicy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą rodzaju świadczenia szpitalne są obowiązani do wdrożenia i zapewnienia funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, obejmującego m.in. organizację udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób zapewniający warunki izolacji pacjentów z zakażeniem lub chorobą zakaźną oraz pacjentów szczególnie podatnych na zakażenia szpitalne. [str. 49–50]

Spośród 19 szpitali nadzorowanych przez kontrolowane PPIS, 10 z nich (52,6%) nie spełniało wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia

[49] Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radziejowie (1), Specjalistyczny Szpital Miejski im. Mikołaja Kopernika w Toruniu (2), Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie (3), Szpital Powiatowy SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej (4), Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy (5), Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach (6), Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Działdowie (7).

[50] Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach (1), Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie (2), Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie (3), Szpital Powiatowy SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej (4).

[51] Szpital Powiatowy im. Jana Mikulicza w Biskupcu (1), Szpital Powiatowy SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej (2), Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie (3).

i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. NIK zwraca uwagę, że do 31 grudnia 2017 r. podmioty lecznicze, w tym szpitale, miały za zadanie, na podstawie programów dostosowawczych, usunąć odstępstwa od wymagań i poprawić warunki hospitalizowanych pacjentów. W ocenie NIK łatwość uzyskania zgody na kikukrotne nawet przesunięcie terminu wykonania decyzji wydanej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, nakazującej usunięcie nieprawidłowości, nie mobilizowała kierowników tych jednostek do podejmowania działań w celu poprawy stanu pomieszczeń szpitalnych. [str. 63–64]

Nierzetelnie dokonywano okresowych przeglądów instalacji i urządzeń

W pięciu szpitalach[52] (27,8%) nie dokonywano okresowych przeglądów instalacji i urządzeń zgodnie z zaleceniami producenta i wymaganą częstotliwością oraz nie dokumentowano czynności serwisowych. Nieczyszczona i niekonserwowana instalacja wentylacyjno-klimatyzacyjna szpitala staje się siedliskiem bakterii (np. legionelli, gronkowca złocistego, pałeczki ropy błękitnej) oraz wielu drobnoustrojów wywołujących zakażenia u pacjentów, zwłaszcza o obniżonej odporności. [str. 28]

Obecność bakterii Leginella ponad dopuszczalną normę

W dziewięciu szpitalach[53] (50%) w próbkach wody ciepłej stwierdzono obecność pałeczek Legionella na poziomie przekraczającym wartość dopuszczalną. Bakterie z rodzaju Legionella rozwijają się m.in. w urządzeniach klimatyzacyjnych, nawilżających oraz w urządzeniach rozpylających wodę i są czynnikiem etiologicznym legionelozy, czyli choroby zakaźnej układu oddechowego. [str. 28–29]

Prolongaty terminu wykonania decyzji PPIS

Trzy szpitale[54] (16,7%) nie realizowały w wyznaczonym terminie zaleceń określonych w decyzjach wydanych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, w których nakazano doprowadzenie do właściwego stanu sanitarno-technicznego pomieszczeń i urządzeń szpitala oraz doprowadzenie jakości wody ciepłej w instalacji szpitali do wymagań rozporządzenia w sprawie jakości wody. Na wniosek szpitali PPIS wyrażał zgodę na prolongatę terminu wykonania zaleceń wynikających z decyzji, przy jednoczesnym zawieszeniu postępowania egzekucyjnego. Taka praktyka powodowała wydłużenie terminów usunięcia odstępstw od wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. [str. 55]

[52] Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach (1), Mazowiecki Szpital Bródnowski (2), Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju (3), Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie (4), Szpital Powiatowy im. Jana Mikulicza w Biskupcu (5).

[53] Mazowiecki Szpital Bródnowski (1), Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radziejowie (2), Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju (3), Samodzielny Publiczny ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku (4), Szpital Powiatowy SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej (5), Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie (6), Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce (7), Specjalistyczny Szpital Miejski im. Mikołaja Kopernika w Toruniu (8), Samodzielny Publiczny ZOZ Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie (9).

[54] Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie (1), Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju (2), Samodzielny Publiczny ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku (3).

4. WNIOSKI

W ocenie NIK ustalenia kontroli wskazują, że system zapobiegania zakażeniom szpitalnym nie funkcjonuje skutecznie, co stanowi zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

Zła sytuacja finansowa części szpitali oraz niedobór wykwalifikowanej kadry medycznej uniemożliwiały skuteczną realizację zadań nałożonych na komórki organizacyjne mające na celu zapobieganie zakażeniom. W konsekwencji, w niektórych regionach kraju doszło do rozprzestrzenienia się lekoopornych patogenów, które w sytuacji osłabienia organizmu pacjenta stanowią zagrożenie dla jego życia.

Istotnym problemem jest także nierzetelność danych o skali zakażeń szpitalnych oraz rodzaju patogenów. W efekcie nie jest znana pełna skala analizowanego zjawiska.

Ustalenia kontroli wskazują więc na konieczność wprowadzenia systemowych rozwiązań ukierunkowanych na poprawę sytuacji epidemiologicznej w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych.

Najwyższa Izba Kontroli wnosi o podjęcie przez Ministra Zdrowia następujących działań: **Minister Zdrowia**

1. wprowadzenie rozwiązań systemowych zachęcających lekarzy do wyboru specjalizacji w deficytowych dziedzinach medycyny, takich jak mikrobiologia lekarska. Niepodjęcie natychmiastowych działań w celu poprawy tej sytuacji skutkować będzie w przyszłości brakiem wykwalifikowanej kadry dla potrzeb diagnostyki chorób zakaźnych i kontroli zakażeń szpitalnych oraz racjonalnej antybiotykoterapii;
2. określenie, w przepisach powszechnie obowiązujących, zadań pielęgniarki epidemiologicznej oraz jej usytuowania w strukturze podmiotu leczniczego. Brak uregulowań prawnych tych kwestii powoduje, że w szpitalach stosuje się „Ramowy zakres czynności" opracowany w 1996 r. przez Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych przy Biurze Naczelnej Pielęgniarki Kraju oraz różnorodną praktykę przyporządkowania tego stanowiska.

   Z uwagi na liczne obowiązki i odpowiedzialność za ich wykonanie, w ocenie NIK, należy zapewnić pielęgniarce epidemiologicznej samodzielność w podejmowaniu decyzji i wykonywaniu zadań, zgodnie z jej kompetencjami. Optymalnym rozwiązaniem jest podległość stanowiska pielęgniarki epidemiologicznej bezpośrednio dyrektorowi szpitala;
3. zapewnienie wykazywania, w rocznych Sprawozdaniach o działalności szpitala ogólnego MZ-29, wszystkich leczonych z powodu zakażeń szpitalnych oraz zmarłych z tego powodu. W Polsce podmioty lecznicze nie wykazują w sprawozdaniach rzeczywistych danych o zakażeniach szpitalnych i w efekcie brak jest statystycznych danych określających faktyczne rozmiary zakażeń szpitalnych. W rocznych „Sprawozdaniach o działalności szpitala ogólnego" za 2016 r. ponad 56% szpitali w ogóle nie ujawniło danych o liczbie pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaniem zakażenia wewnątrzszpitalnego i liczbie zgonów z tego powodu.

Fakt ten nie zawsze świadczy pozytywnie o sytuacji epidemiologicznej tych placówek. Może natomiast wskazywać na nieprawidłowości i niedosteteczny nadzór epidemiologiczny. Według danych CSIOZ w szpitalach stacjonarnych z powodu zakażeń szpitalnych zmarło 400 pacjentów w 2015 r. i 1034 pacjentów w 2016 r., tj. odpowiednio 0,8% ogólnej liczby pacjentów z zakażeniem szpitalnym i 1,3% ogólnej liczby pacjentów z zakażeniem szpitalnym.

Ponadto, w siedmiu szpitalach, z 18 skontrolowanych (38,9%), stwierdzono nieprawidłwości polegające na wykazywaniu w sprawozdaniach MZ-29 błędnych danych o zakażeniach szpitalnych.

Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony (CSIOZ), odpowiedzialne za gromadzenie informacji zawartych w sprawozdaniach MZ-29, nie ma uprawnień do kontrolowania podmiotów leczniczych oraz weryfikacji przedstawianych danych i w związku z tym nie jest w stanie ocenić jakości gromadzonych danych w zakresie zakażeń szpitalnych. W tej sytuacji niezbędne jest powierzenie zadań w tym zakresie innemu podmiotowi, bądź zwiększenie uprawnień CSIOZ w zakresie funkcji kontrolnych.

Wnioski do kierowników szpitali

W wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do dyrektorów szpitali wnioskowano m.in. o zapewnienie wymaganej liczby pielęgniarek epidemiologicznych w składzie ZKZS, tj. nie mniejszej niż jedna na 200 łóżek szpitalnych, podjęcie działań w celu zapewnienia w składzie ZKZS lekarza (przewodniczącego) posiadającego wymagane kwalifikacje, zobowiązanie lekarzy do bieżącego wypełnia kart zakażenia szpitalnego, tj. w momencie rozpoznania zakażenia i niezwłocznego ich przekazywania ZKZS, prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych w formie określonej przepisami prawa powszechnie obowiązującego, prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych na podstawie dokumentów, o których mowa w § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych.

Wnioski do PPIS

W wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych wnioskowano m.in o sporządzanie: raportów o zakażeniach i zachorowaniach na choroby zakaźne, ich podejrzeniach oraz przypadkach stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego, raportów o zgonach z powodu zakażeń lub chorób zakaźnych, a także wykazywania w nich rzetelnych i zgodnych ze stanem faktycznym danych.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Organizacja nadzoru epidemiologicznego w podmiotach leczniczych

W szpitalach, w których przeprowadzono kontrole, powołano zespoły i komitety kontroli zakażeń szpitalnych oraz wdrożono procedury zapobiegające tym zakażeniom. Nie przyczyniło się to jednak do obniżenia liczby pacjentów z zakażeniem szpitalnym, procedur tych bowiem w większości podmiotów nie przestrzegano, a liczba personelu medycznego o wymaganych kwalifikacjach była niewystarczająca.

Powołanie i nadzór nad działanością Zespołu i Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych

Przepis art. 14 ust. 1 pkt 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń zobowiązywał kierowników podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne do wdrożenia i zapewnienia funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, obejmującego powołanie i nadzór nad działalnością zespołu i komitetu kontroli zakażeń szpitalnych. Zgodnie z art. 15 ust. 1 tej ustawy, w skład zespołu kontroli zakażeń szpitalnych wchodzą:

- lekarz jako przewodniczący zespołu;
- pielęgniarka lub położna jako specjalista do spraw epidemiologii lub higieny i epidemiologii, w liczbie nie mniejszej niż jadna na 200 łóżek szpitalnych;
- diagnosta laboratoryjny jako specjalista do spraw mikrobiologii, jeżeli lekarz wymieniony w pkt 1, nie posiada specjalizacji z dziedziny mikrobiologii lekarskiej.

Badaniem kontrolnym objęto 18 szpitali stacjonarnych utworzonych przez JST[55], spośród 408, w których hospitalizowano pacjentów w 2016 r. z powodu zakażeń szpitalnych, tj. 4,4%.

We wszystkich szpitalach objętych kontrolą zostały powołane Zespoły i Komitety Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

Niewystarczająca liczba lekarzy specjalistów w dziedzinach: mikrobiologia lekarska i epidemiologia

Stwierdzone przez NIK nieprawidłowości dotyczyły m.in. niezapewnienia w składzie ZKZS lekarza o wymaganej specjalności, odpowiedniej liczby pielęgniarek epidemiologicznych oraz specjalisty do spraw mikrobiologii. Przyczyną tego stanu był brak wyspecjalizowanego personelu medycznego.

Na dzień 30 czerwca 2017 r. w Polsce było zawodowo czynnych 110 lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie mikrobiologia lekarska, w tym 61 w wieku od 55 do 64 lat i powyżej. W czterech województwach: lubuskim, opolskim, podkarpackim, świętokrzyskim, nie było lekarzy o tej specjalności, a w pozostałych województwach było ich od dwóch w województwie warmińsko-mazurskim do 18 w województwie mazowieckim. Lekarzy specjalistów w dziedzinie epidemiologii było 219, przy czym ich liczba wynosiła od jednego w województwie opolskim do 57 w województwie mazowieckim[56].

Liczbę czynnych zawodowo lekarzy specjalistów w dziedzinach: epidemiologia higiena i epidemiologia, mikrobiologia lub mikrobiologia lekarska, choroby zakaźne organizacja ochrony zdrowia, zdrowie publiczne, prezentują dane przedstawione na infografice nr 3.

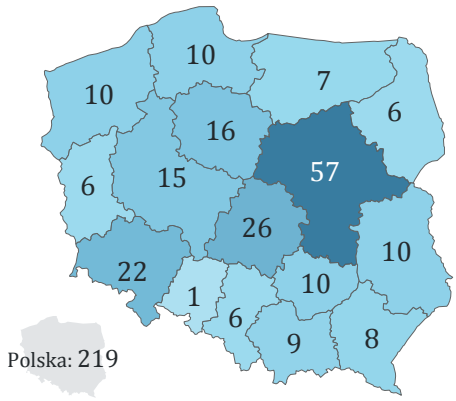
[55] W tym: 17 szpitali działających w formie SPZOZ, utworzonych przez JST i jeden – działający w formie spółki prawa handlowego Mazowiecki Szpital Bródnowski sp. z o.o.

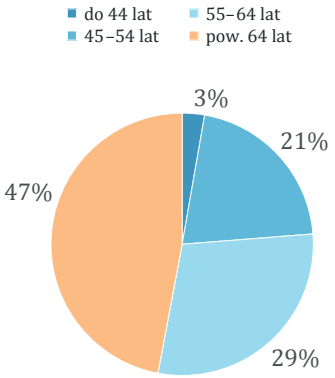
[56] Zgodnie z informacją przekazaną przez Naczelną Izbę Lekarską (dalej „NIL") w dniu 29 listopada 2017 r., w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2, lit. f ustawy o NIK.

Infografika nr 3

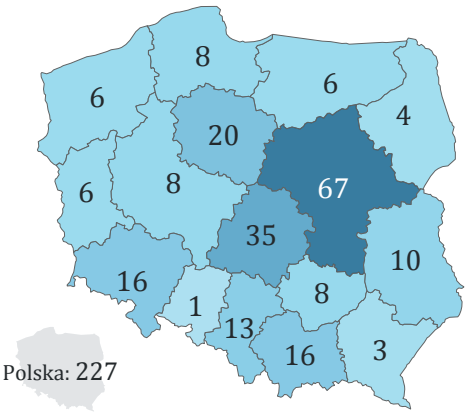
Liczba czynnych zawodowo lekarzy specjalistów w wybranych dziedzinach medycyny, w podziale na województwa oraz ich struktura wiekowa

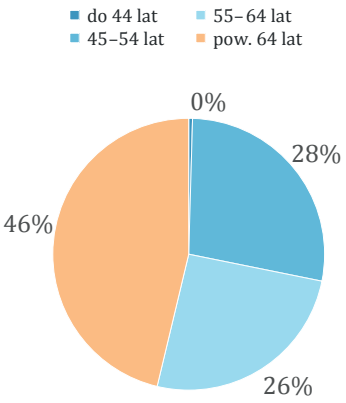
EPIDEMIOLOGIA



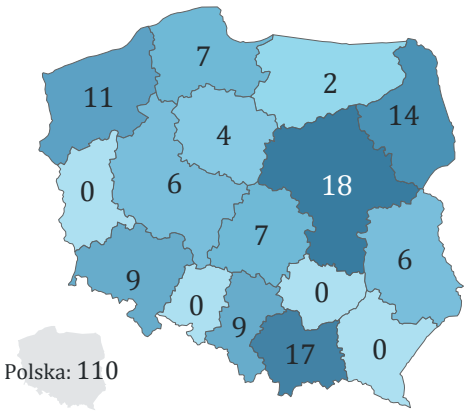


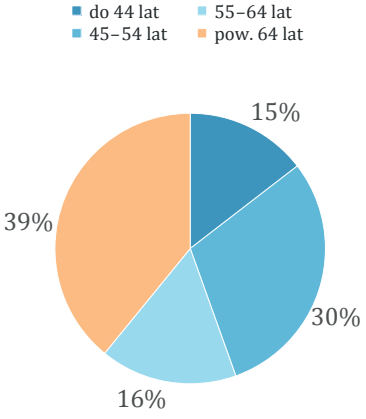
HIGIENA I EPIDEMIOLOGIA



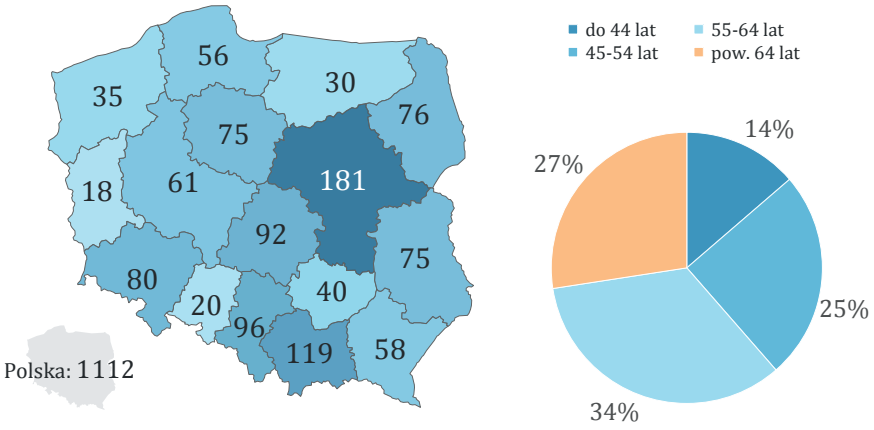


MIKROBIOLOGIA LEKARSKA

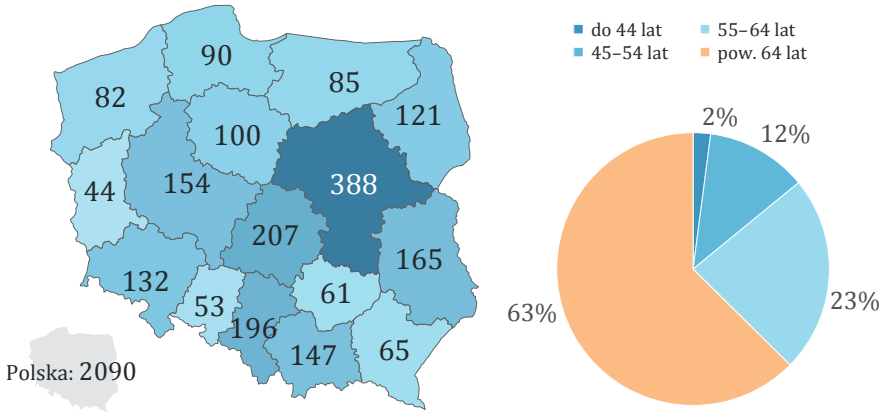




CHOROBY ZAKAŹNE



ZDROWIE PUBLICZNE

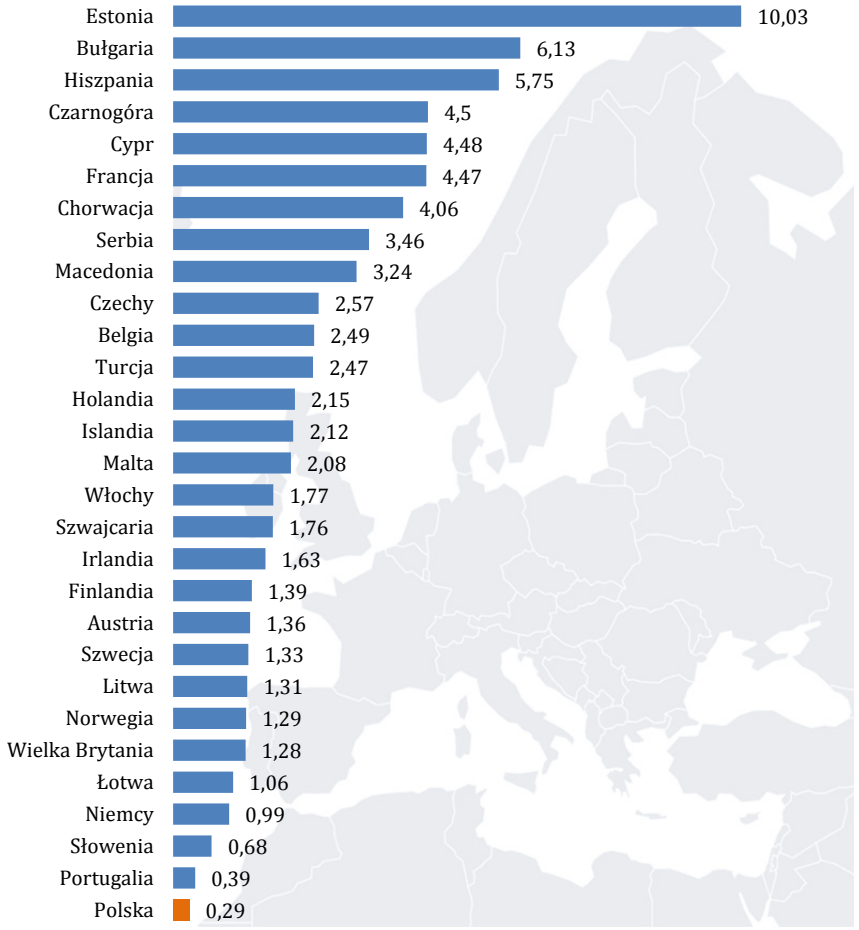


Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów RP, według stanu na dzień 30 czerwca 2017 r.

Wśród krajów europejskich Polska zajmuje ostatnie miejsce pod względem liczby praktykujących lekarzy specjalistów w dziedzinie mikrobiologia-bakteriologia.

Infografika nr 4

Liczba praktykujących lekarzy specjalistów w dziedzinie mikrobiologii-bakteriologii na 100 tysięcy mieszkańców w poszczególnych krajach europejskich w 2015 r.



Źródło: Dane EUROSTAT, http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-care/data/database#, dostęp z dnia 7 marca 2018 r.[57]

Niespełnianie wymagań przez lekarza pełniącego funkcję przewodniczącego ZKZS

W 10 szpitalach[58] (55,6%) funkcję przewodniczącego ZKZS powierzono lekarzowi, który nie spełniał wymagań określonych w art. 67 pkt 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń i kryteriów określonych w § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych.

W umowach cywilnoprawnych podpisanych z lekarzami nie określono ich obowiązków

W dwóch szpitalach (11,1%) podpisano umowy cywilnoprawne z lekarzami wchodzącymi w skład ZKZS i KKZS nie określając zakresu zleconych zadań.

[57] Dane obejmują dziedziny medycyny: hematologia-mikrobiologia, wirusologia, bakteriologia, bakteriologia i wirusologia, toksykologia, toksykologia kliniczna.

[58] Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej w Warszawie (1), Samodzielny Publiczny ZOZ Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie (2), Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie (3), Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju (4), Samodzielny Publiczny ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku (5), Szpital Powiatowy SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej (6), Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy (7), Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach (8), Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie (9), Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Działdowie (10).

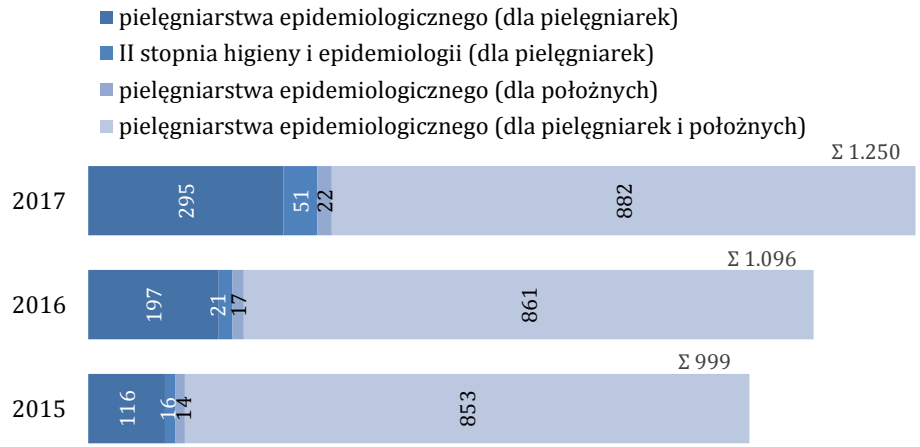
W **Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Działdowie** w zakresach czynności dwóch lekarzy wchodzących w skład ZKZS, w tym Przewodniczącego Zespołu, nie określono zadań i uprawnień związanych z powierzoną funkcją w Zespole. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że omyłkowo pominięto zapisy dotyczące obowiązków związanych z pracą w ZKZS. W trakcie kontroli NIK, w dniu 11 września 2017 r., zakresy zostały uzupełnione o wymagane zapisy.

Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie w umowach cywilnoprawnych podpisanych z lekarzem będącym przewodniczącym ZKZS i KKZS, nie określił jego obowiązków. Według Dyrektora obowiązki przewodniczącego ZKZS zostały opisane w zarządzeniu z 27 czerwca 2011 r. W umowie z 2014 r. zwiększono ogólne wynagrodzenie z tego tytułu, ustalając ustnie, iż w tej kwocie zostało uwzględnione również wynagrodzenie za pracę w Zespole i Komitecie. Dopiero w trakcie kontroli NIK podpisano aneks do umowy z 31 grudnia 2014 r., w którym określono jego obowiązki.

Liczba aktywnych zawodowo pielęgniarek spełniających kryteria kwalifikacyjne pielęgniarki epidemiologicznej

Na koniec 2016 r. w Polsce zatrudnionych było 242 539 pielęgniarek i położnych, tj. o 1046 wiecej niż w 2015 r. (wzrost o 0,4%). Na koniec października 2017 r. liczba pielęgniarek i położnych wzrosła do 244 575, co stanowiło 100,8% stanu ich zatrudnienia na koniec 2016 r. Specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, epidemiologii lub higieny i epidemiologii posiadało 999 pielęgniarek i położnych na koniec 2015 r., 1096 na koniec 2016 r. i 1250 na 30 czerwca 2017 r.[59] Tylko 0,5% zatrudnionych pielęgniarek na koniec czerwca 2017 r. posiadało wymagane kwalifikacje do pełnienia funkcji pielęgniarki epidemiologicznej w Zespole Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

Infografika nr 5
Liczba pielęgniarek posiadających specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, epidemiologii lub higieny i epidemiologii



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

[59] Według informacji przekazanej przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych w dniu 9 grudnia 2017 r., w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2, lit. f ustawy o NIK.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Niezapewnienie w ZKZS wymaganej liczby pielęgniarek epidemiologicznych

W sześciu podmiotach leczniczych (33,4% objętych kontrolą)[60] posiadających powyżej 200 łóżek szpitalnych nie zapewniono wymaganej liczby pielęgniarek epidemiologicznych wchodzących w skład ZKZS, co nie spełniało wymogu art. 15 ust. 1 pkt 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń, który stanowi, że liczba pielęgniarek powinna być nie mniejsza niż jedna na 200 łóżek szpitalnych.

W **Szpitalu Wolskim im. dr Anny Gostyńskiej w Warszawie i w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Ostrołęce** w skład ZKZS powołano tylko po jednej pielęgniarce epidemiologicznej, pomimo że Szpitale posiadały odpowiednio 354 i 564 łóżka.

Dyrektor Szpitala w Ostrołęce brak zatrudnienia drugiej pielęgniarki tłumaczył trudnościami finansowymi Szpitala. W trakcie kontroli NIK, w dniu 27 listopada 2017 r., zostało zamieszczone na stronie internetowej Szpitala ogłoszenie w sprawie naboru na stanowisko pielęgniarki epidemiologicznej. Dyrektor Szpitala Wolskiego także poinformował, że trwa nabór na stanowisko pielęgniarki epidemiologicznej.

Pielęgniarki epidemiologiczne bez wymaganych kwalifikacji

W dwóch szpitalach: w **Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim i Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Działdowie** zatrudnione pielęgniarki epidemiologiczne nie spełniały wymogów art. 15 ust 1 pkt 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

Zakres obowiązków pielęgniarki epidemiologicznej

W 16 szpitalach (88,9%) zakres obowiązków pielęgniarki epidemiologicznej był zbieżny z „Ramowym zakresem czynności" i obejmował m.in. następujące zadania:

- współuczestniczenie w zakresie wypracowywania strategii szpitala w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych (opracowywanie programu kontroli zakażeń szpitalnych);
- nadzorowanie i monitorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego szpitala (tj. opracowywanie harmonogramu kontroli, przygotowywanie zaleceń pokontrolnych, przekazywanie wyników kontroli kierownictwu zakładu);
- wypracowywanie standardów i procedur w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych;
- prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych;
- przeprowadzanie dochodzeń epidemiologicznych;
- prowadzenie szkoleń personelu;
- prowadzenie dokumentacji ZKZS;
- uczestniczenie w planowaniu opieki nad pacjentem z zakażeniem szpitalnym (m.in. wdrożenie zasad izolacji);
- nadzorowanie i monitorowanie pracy personelu szpitala (szczepienia ochronne, postępowanie poekspozycyjne, środki ochrony indywidualnej).

[60] Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie (1), Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej w Warszawie (2), Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce (3), Szpital Powiatowy im. Jana Mikulicza w Biskupcu (4), Samodzielny Publiczny ZOZ Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie (5), Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach (6).

W SPZOZ w Mogilnie i Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Ostrołęce zakresy obowiązków pielęgniarek epidemiologicznych nie obejmowały części zadań określonych w „Ramowym zakresie czynności".

W sześciu szpitalach (33,3%) pielęgniarka epidemiologiczna wchodząca w skład ZKZS podlegała służbowo bezpośrednio zastępcy dyrektora ds. medycznych, a w czterech[61] (22,2%) odpowiednio naczelnej pielęgniarce, przełożonej pielęgniarek, zastępcy dyrektora ds. administracyjno-eksploatacyjnych, kierownikowi działu organizacji i nadzoru.

Zdaniem NIK, bezpośrednia podległość pielęgniarki epidemiologicznej kierownikowi jednostki zapewniłaby jej samodzielność w realizacji nałożonych obowiązków oraz wzmocniłaby jej pozycję w kontaktach z personelem lekarskim.

Niezapewnienie w składzie ZKZS specjalisty ds. mikrobiologii

W **Zespole Opieki Zdrowotnej w Brodnicy**, w okresie od 14 marca 2014 r. do 18 lipca 2016 r., diagnosta laboratoryjny, wchodzący w skład Zespołu jako specjalista do spraw mikrobiologii, nie posiadał specjalizacji w dziedzinie mikrobiologii, mikrobiologii medycznej lub mikrobiologii lekarskiej, co było niezgodne z § 4 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych. Brak w Zespole mikrobiologa spełniającego wymagania rozporządzenia wynikał z trudności w jego pozyskaniu.

Niezapewnienie w składzie KKZS lekarza medycyny pracy

W czterech szpitalach[62] (22,2%) nie zapewniono w składzie KKZS lekarza wykonującego zadania służby medycyny pracy, co stanowiło naruszenie art. 15 ust. 3 pkt 4 ustawy o zwalczaniu zakażeń, a w jednym – Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Mogilnie, nie powołano w skład KKZS kierownika Apteki szpitalnej, co stanowiło naruszenie art. 15 ust. 1 pkt 1 tej ustawy.

Niezapewnienie osobom wykonującym zawód medyczny szczepień ochronnych przeciw WZW typu B

W czterech szpitalach[63] (22,2%) nie zapewniono osobom wykonującym zawód medyczny szczepień ochronnych przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, co było niezgodne z art. 20 ust. 1 i ust. 4 ustawy o zwalczaniu zakażeń, stanowiącym że w celu zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych wśród pracowników narażonych na działanie biologicznych czynników chorobotwórczych przeprowadza się szczepienia ochronne wymagane przy wykonywaniu czynności zawodowych. Koszty przeprowadzania szczepień oraz zakupu szczepionek ponosi pracodawca.

Ponadto, zgodnie ze standardami akredytacyjnymi „Kontroli Zakażeń" (dalej „KZ"), zatwierdzonymi przez Ministra Zdrowia w dniu 18 stycznia 2010 r., dotyczącymi „szczepienia personelu"– KZ 1.8., szpital powinien zapewnić szczepienia w szczególności przeciwko WZW i grypie dla wszyst-

[61] Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie (1), Szpital Wolski w Warszawie (2), Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy (3), Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie (4).

[62] Samodzielny Publiczny ZOZ Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie (1), Samodzielny Publiczny ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku (2), Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach (3), Szpital Powiatowy im. Jana Mikulicza w Biskupcu (4).

[63] Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach (1), Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie (2), Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie (3), Szpital Powiatowy SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej (4).

kich osób zatrudnionych w obszarach świadczenia opieki oraz gromadzić informacje o poziomie zaszczepienia pracowników, jak również o absencji chorobowej z powodu grypy.

W **Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie** w 2016 r. nie zaszczepiono przeciw WZW typu B 35 pracowników[64] z 1083 wykonujących zawód medyczny, tj. 3,2%, a o 147 pracownikach (13,6%) brak było informacji. Zastępca Dyrektora ds. medycznych, wyjaśniając zaistniałą sytuację, przyznał że w przypadku nieszczepionych pracowników zalecane jest wykonanie szczepień na koszt pracodawcy.

W **Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie** nie gromadzono danych o poziomie zaszczepienia personelu medycznego przeciw WZW typu B, mimo że, zgodnie z „Procedurą zastosowania środków ochrony indywidualnej", na pracodawcy ciążył obowiązek kontroli wykonania szczepień. Dyrektor Szpitala potwierdził, że rejestr szczepień nie był prowadzony od 2004 r., gdyż po wprowadzeniu przez Ministra Zdrowia obowiązkowych takich szczepień m.in. dla osób wykonujących zawód medyczny uznano, że zatrudniający się pracownik już je posiada. Dopiero w trakcie kontroli NIK Dyrektor Szpitala zobowiązał lekarza medycyny pracy do monitorowania szczepień przeciw WZW typu B personelu Szpitala narażonego na kontakt z materiałem biologicznym pochodzenia ludzkiego lub sprzętem skażonym tym materiałem biologicznym.

W **Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II w Bartoszycach** na dzień 30 czerwca 2017 r. – 77 osób wykonujących zawód medyczny spośród 353 zatrudnionych (21,8%) nie potwierdziło wykonania obowiązkowych szczepień przeciw WZW typu B. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w celu uniknięcia podobnych sytuacji wszyscy nowo zatrudnieni pracownicy medyczni będą musieli przedstawić dokumentację o poddaniu się zaszczepieniu, a w przypadku jej braku, zostaną objęci szczepieniem przed przystąpieniem do pracy.

Niezapewnienie personelowi szpitala szczepień ochronnych przeciw grypie

W latach 2015–2017 w 14 szpitalach (77,8%) nie zapewniono szczepień przeciw grypie sezonowej zalecanych przez Ministra Zdrowia w Standardach akredytacyjnych „Kontroli Zakażeń", w tym w siedmiu z uwagi na trudne warunki finansowe i brak finansowania szczepień z budżetu państwa, a w siedmiu szpitalach z powodu minimalnego zainteresowania personelu tym szczepieniem. Spośród 18 badanych szpitali, tylko cztery[65] (22,2%) zapewniły personelowi możliwość zaszczepienia się przeciw grypie.

W **Samodzielnym Publicznym ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 3 w Rybniku** na koniec 2015 r. i 2016 r. zaszczepiono odpowiednio 31 i 117 osób, co stanowiło 2,78% i 10,27% wszystkich pracowników Szpitala.

W **Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Działdowie** zaszczepiono przeciw grypie 240 pracowników spośród 331 (72,5%) w 2015 r., 294 z 327 (89,9%) w 2016 r. oraz 277 pracowników z 326 (85%) w I półroczu 2017 r.

[64] Według rejestru zaszczepienia pracowników przeciwko WZW typu B.

[65] Samodzielny Publiczny ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku (1), Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Działdowie (2), Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie (3), Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju (4).

Procedura postępowania poekspozycyjnego

Przepisy § 9 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych[66] nałożyły na pracodawcę obowiązek opracowania i wdrażenia procedury postępowania poekspozycyjnego, umożliwiającej niezwłoczne udzielenie poszkodowanemu pomocy medycznej oraz zapobieżenie skutkom narażenia, a także objęcie go profilaktyczną opieką zdrowotną po narażeniu, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

We wszystkich szpitalach objętych kontrolą opracowano i wdrożono procedurę postępowania poekspozycyjnego zgodnie z ww. rozporządzeniem.

Nie zapoznano pracowników z procedurą postępowania poekspozycyjnego

W czterech szpitalach[67] (22,2%) nie poinformowano personelu medycznego o wdrożeniu procedury postępowania poekspozycyjnego, co było niezgodne z § 6 pkt 4 lit. a, b, c tego rozporządzenia[68].

W **SPZOZ w Radziejowie** część pracowników (73 osoby ze 158) nie złożyła pisemnego poświadczenia o zapoznaniu się z treścią procedury postępowania poekspozycyjnego. Dyrektor Szpitala nie wyjaśnił przyczyny zaistniałej nieprawidłowości. Stwierdził natomiast, że nie są mu znane przyczyny niezapoznania się części pracowników Szpitala z tą procedurą.

W **SPZOZ w Działdowie** nie powiadomiono personelu Poradni Urologicznej o ryzyku związanym z narażeniem, wdrożeniu procedury postępowania po ekspozycji zawodowej i obowiązku jej przestrzegania. Pielęgniarka epidemiologiczna wyjaśniła, że było to spowodowane przeoczeniem.

Nie zastosowano rozwiązań chroniących pracowników przed zranieniem ostrymi narzędziami podczas udzielania świadczeń

W **Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim** nie zastosowano rozwiązań chroniących pracowników lub ograniczających stopień narażenia na zranienie ostrymi narzędziami przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych[69], o których mowa w § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. W 2015 r. odnotowano w Szpitalu 20 zranień ostrymi narzędziami, w 2016 r. – 21, a w I półroczu 2017 r. – sześć. Największą grupę zranień ostrymi narzędziami stanowiły zranienia związane z udzielaniem świadczeń typu zabiegi operacyjne, pobieranie krwi, iniekcje.

66 Dz. U. poz. 696.

67 SPZOZ w Radziejowie (1), SPZOZ w Działdowie (2), SPZOZ w Mogilnie (3), Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach (4).

68 Stanowiącym, że pracodawca informuje pracowników o: a) ryzyku związanym z narażeniem; b) zasadach postępowania w przypadku narażenia, zgodnie z procedurą, o której mowa w § 9 tego rozporządzenia, 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.

69 W Raportach o bezpieczeństwie i higienie pracy w Szpitalu Bródnowskim w latach 2015–2017 (I półrocze) stwierdzono m.in., że nie zastosowano w Szpitalu rozwiązań chroniących pracowników przed zranieniem.

W **Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie**[70] w I półroczu 2016 r. doszło do 11 zranień, w II półroczu 2016 r. – 26 zranień i w I półroczu 2017 r. – 16 zranień, co stanowiło odpowiednio 1,9%, 2,7% i 2,5% osób udzielających świadczeń zdrowotnych. W Szpitalu nie stwierdzono zakażeń jako powikłań po tych zranieniach.

Stosownie do przepisów § 39 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą[71], instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji powinny podlegać okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji albo wymianie elementów instalacji zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej niż co 12 miesięcy.

Niedokonywanie okresowych przeglądów instalacji i urządzeń

W pięciu szpitalach[72] (27,8%) nie dokonywano okresowych przeglądów instalacji i urządzeń zgodnie z zaleceniami producenta i wymaganą częstotliwością oraz nie dokumentowano czynności serwisowych. Zdaniem NIK nieczyszczona i niekonserwowana instalacja wentylacyjno-klimatyzacyjna Szpitala staje się siedliskiem bakterii (np. Legionelli, Gronkowca złocistego, Pałeczki ropy błękitnej) oraz wirusów, grzybów oraz wielu drobnoustrojów wywołujących zakażenia u pacjentów, zwłaszcza o obniżonej odporności.

W **Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim** nie zapewniono skutecznej wentylacji mechanicznej w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych i łazienkach dla pacjentów w Zespole Oddziałów Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Endokrynologii Odcinek A oraz nie udokumentowano okresowych przeglądów, czyszczenia, dezynfekcji, lub wymiany elementów instalacji i urządzeń wentylacji mechanicznej oraz klimatyzacji, co nie pozwala na ocenę, czy wykonano te czynności, zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, o czym stanowi przepis § 39 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia, z dnia 26 czerwca 2012 r. Ponadto, w okresie od kwietnia 2016 r. do stycznia 2017 r., Szpital nie posiadał umowy na świadczenie usług konserwacji urządzeń klimatyzacyjnych. Dział Zabezpieczenia Eksploatacyjnego, po analizie kosztów, wyłonił firmę na świadczenie tych usług od stycznia 2018 r.

W **Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II w Bartoszycach** nie poddano czyszczeniu lub dezynfekcji dwudziestu czterech urządzeń wentylacji i klimatyzacji oraz nie prowadzono dokumentacji z przeprowadzonych przeglądów w latach 2015–2016. Głównym problemem, z jakim borykał się Szpital, był stan techniczny oraz zastosowane rozwiązania w systemie kanałów wentylacji mechanicznej, uniemożliwiające wykonanie czyszczenia oraz dezynfekcji długich odcinków. Dyrektor Szpitala zadeklarował przeprowadzenie niezbędnych modernizacji, których efektem będzie doprowadzenie instalacji wentylacji mechanicznej i klimatyzacji do właściwego stanu technicznego i sanitarnego.

Państwowa Inspekcja Sanitarna, realizując obowiązek nałożony rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spo-

[70] Według półrocznych raportów inspektora BHP.

[71] Dz. U. z 2012 r. poz. 739.

[72] Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach (1), Mazowiecki Szpital Bródnowski (2), Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju (3), Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie (4), Szpital Powiatowy im. Jana Mikulicza w Biskupcu (5).

życia przez ludzi[73], prowadziła w szpitalach badania ciepłej wody na obecność bakterii z rodzaju Legionella sp., które są czynnikiem etiologicznym legionelozy, tj. choroby zakaźnej układu oddechowego. Bakterie te rozwijają się m.in. w urządzeniach klimatyzacyjnych, nawilżających oraz wszelkich urządzeniach rozpylających wodę.

Obecność bakterii Legionella w instalacji wody ciepłej ponad dopuszczalne normy

W dziewięciu szpitalach[74] (50%) w próbkach wody ciepłej stwierdzono obecność pałeczek Legionella na poziomie przekraczającym wartość dopuszczalną.

W **Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim w Warszawie** z powodu przekroczenia dopuszczalnej normy obecności bakterii Legionella, PPIS w drodze decyzji administracyjnej nakazał doprowadzenie jakości wody do stosownych wymagań[75], w terminie do 31 marca 2017 r. Na wniosek Szpitala, został wydłużony termin wykonania tej decyzji do dnia 31 maja 2018 r. W ocenie Prezesa Zarządu Szpitala „dopiero całkowite wyeliminowanie starych, skorodowanych i zanieczyszczonych instalacji stalowych (...) pozwoli wyeliminować bakterie Legionella. Wymaga to czasu i milionowych nakładów finansowych w skali całego Szpitala. Całkowita modernizacja instalacji wodno-kanalizacyjnej jest priorytetowym działaniem (...)".

5.2. Zapobieganie i zwalczanie zakażeń szpitalnych

W kontrolowanych szpitalach z reguły podejmowano działania zapobiegające szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Występowały jednak przypadki niewywiązywania się z istotnych obowiązków nałożonych ustawą o zwalczaniu zakażeń. Należy również zwrócić uwagę, że funkcjonujące w tych szpitalach systemy monitorowania i raportowania o zakażeniach nie stanowiły rzetelnego źródła informacji o skali zjawiska.

5.2.1. Realizacja nadzoru epidemiologicznego przez podmiot leczniczy

Zapobieganie zakażeniu polega na jego wykryciu we wczesnej fazie i szybkim podjęciu działań zapobiegających jego rozprzestrzenianiu. Minimalizacja skutków zakażenia to także część działań ukierunkowanych na jego zwalczanie. W ochronie pacjenta przed zakażeniem istotną rolę odgrywają przepisy prawne, które zobowiązują podmioty lecznicze do wdrożenia i przestrzegania określonych standardów, procedur i zasad postępowania podczas udzielania świadczeń medycznych[76].

[73] Dz. U. poz. 1989.

[74] Mazowiecki Szpital Bródnowski (1), Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radziejowie (2), Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju (3), Samodzielny Publiczny ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku (4), Szpital Powiatowy SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej (5), Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie (6), Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce (7), Specjalistyczny Szpital Miejski im. Mikołaja Kopernika w Toruniu (8), Samodzielny Publiczny ZOZ Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie (9).

[75] Określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. poz. 1989).

[76] „Zakażenia szpitalne" Wybrane zagadnienia, redakcja naukowa prof. zw. dr hab. n. med. Andrzej Denys, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.

W art. 11 ust. 1 i 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń zobowiązano kierowników podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, obejmujących m.in.: 1) ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych; 2) monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń; 3) opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych[77]; 4) stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych; 5) wykonywanie badań laboratoryjnych oraz analizę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej; 6) prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji działań.

Realizacja zadań określonych w art. 11 ust. 1 i 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń

W 11 szpitalach (61,1%) realizację zadań określonych w art. 11 ust. 2 ww. ustawy powierzono ZKZS w drodze zarządzenia dyrektora szpitala w tej sprawie, w trzech[78] (16,7%) w drodze zarządzenia o powołaniu ZKZS, w jednym – w drodze zarządzenia o powołaniu ZKZS i KKZS[79], natomiast w trzech szpitalach[80], chociaż zadania nie zostały formalnie przekazane ZKZS, to były realizowane przez Zespół w badanym okresie.

W **Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Ostrołęce** realizację zadań należących do kompetencji Dyrektora Szpitala powierzono ZKZS w drodze zarządzenia. Ponadto, zadania te były ujęte w Regulaminie Zespołu oraz w Regulaminie organizacyjnym Szpitala.

Nierealizowanie zadań przez ZKZS i KKZS w SPZOZ w Radziejowie

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (SPZOZ) w Radziejowie realizację zadań określonych w art. 11 ust. 2 pkt. 1 i 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń powierzył ZKZS, który jako jedyny wśród 18 badanych szpitali nie realizował powierzonych zadań[81]. Zespół nie dokonywał oceny ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych i nie prowadził kontroli wewnętrznej w zakresie zakażeń. Wdrożone w Szpitalu 24 procedury epidemiologiczne zostały opracowane przez pielęgniarkę epidemiologiczną, a nie przez ZKZS. Dobór preparatów stosowanych w procesie mycia, dezynfekcji i sprzątania nie był uzgadniany z Zespołem, a jedynie z pielęgniarką epidemiologiczną. Zespół nie przeprowadzał kontroli wyposażenia pomieszczeń, w których wykonywane były badania i zabiegi.

Dyrektor wyjaśnił, że jego intencją przy wydawaniu zarządzenia było przekazanie Zespołowi kompetencji wskazanych w art. 11 ust.1 i 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

---

[77] W tym dekontaminacji: a) skóry i błon śluzowych lub innych tkanek, b) wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych, aktywnych wyrobów medycznych do implantacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych oraz powierzchni pomieszczeń i urządzeń.

[78] Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie, Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie, Szpital Wolski w Warszawie.

[79] Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Działdowie.

[80] Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach (1), Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie (2), Mazowiecki Szpital Bródnowski (3).

[81] Art. 15 ust. 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych powołany przez Dyrektora SPZOZ w Radziejowie także nie realizował zadań określonych w art. 15 ust. 4 pkt 1–3 ustawy o zwalczaniu zakażeń, tj. opracowywanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych oraz opracowywanie i aktualizacja standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w Szpitalu. Aktualizacją Receptariusza szpitalnego zajmowała się Komisja do Spraw Gospodarki Lekami i Optymalizacji Leczenia, z którą Komitet nie współpracował w tym zakresie. W Szpitalu nie były prowadzone kontrole wewnętrzne dotyczące zasadności ordynacji antybiotyków.

Opracowanie i wdrożenie procedur zapobiegających zakażeniom szpitalnym

Zgodnie z art. 15 ust. 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń, do zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych należy opracowywanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, w tym opracowanie i wdrożenie procedur zapobiegających zakażeniom szpitalnym.

W szpitalach objętych kontrolą opracowano i wdrożono procedury zapobiegające zakażeniom szpitalnym, przy czym ich liczba była zróżnicowana i wynosiła od 24 procedur w SPZOZ w Radziejowie do 49 w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Ostrołęce.

We wszystkich szpitalach opracowano instrukcje czyszczenia, mycia, dezynfekcji sprzętu i powierzchni, stosowanych środków dezynfekcyjnych.

W siedmiu szpitalach z 18 (38,9%) dobór preparatów stosowanych w procesie mycia, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu medycznego oraz sprzątania i dekontaminacji pomieszczeń szpitalnych był uzgadniany z ZKZS. Natomiast w pozostałych 11 szpitalach z pielęgniarką epidemiologiczną.

Kontrola wewnętrzna

Zgodnie z art. 15 ust. 2 pkt 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń, do zadań ZKZS należy prowadzenie kontroli wewnętrznej, o której mowa w art. 11 ust. 2 pkt 6, oraz przedstawianie wyników i wniosków z kontroli kierownikowi szpitala i Komitetowi Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

Zakres i sposób prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, częstotliwość jej prowadzenia, sposób dokumentowania, a także warunki udostępniania i przekazywania tej dokumentacji określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych[82], zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie kontroli wewnętrznych".

Zakres kontroli wewnętrznej obejmuje: 1) ocenę ryzyka występowania zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, 2) monitorowanie czynników alarmowych, 3) procedury zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym, 4) stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej, 5) wykonywanie badań laboratoryjnych, 6) analizę lokalnej sytuacji epidemiologicznej, 7) profilaktykę i terapię antybiotykową.

[82] Dz. U. Nr 100, poz. 646.

W 15 szpitalach (83,3%) ZKZS prowadził kontrole wewnętrzne w obszarach wskazanych w § 2 rozporządzenia w sprawie kontroli wewnętrznej.

Nieprawidłowości stwierdzone przez NIK w zakresie kontroli wewnętrznych dotyczyły trzech szpitali (16,7%) i polegały m.in. na niedokonywaniu przez ZKZS oceny ryzyka wystąpienia zakażenia u pacjentów przyjmowanych na hospitalizację i nieprzeprowadzaniu przez ZKZS kontroli wewnętrznej w wymaganym zakresie i z częstotliwością określoną w ww. rozporządzemiu.

ZKZS w **Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie** w ramach kontroli wewnętrznej nie dokonywał:

- oceny prawidłowości i skuteczności oceny ryzyka występowania zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w latach 2016–2017 , o której mowa w § 2 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie kontroli wewnętrznej. Kierownik Działu Epidemiologii wyjaśnił, że wynikało to z faktu, iż instrukcja dotycząca rejestracji zakażeń szpitalnych, w której wprowadzono ocenę tego ryzyka, została zaktualizowana w tym zakresie 25 maja 2017 r. (dodano w niej kartę oceny ryzyka zakażenia, prowadzoną w formie elektronicznej). Wcześniej nie określono, w formie procedury, obowiązku wykonywania oceny ryzyka wystąpienia zakażenia;
- oceny prawidłowości i skuteczności wykonywania badań laboratoryjnych w 2016 r. z częstotliwością wymaganą § 4 ust. 1 ww. rozporządzenia, tj. nie rzadziej niż co sześć miesięcy. Wyjaśniając przyczyny zaistniałej sytuacji, Kierownik Działu Epidemiologii stwierdził, że wynikało to z braku w tym okresie drugiej pielęgniarki epidemiologicznej.

Ponadto, dwa półroczne raporty z kontroli wewnętrznej[83] dotyczące oceny prawidłowości i skuteczności procedur zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym procedur dekontaminacji oraz stosowania środków ochrony indywidualnej i zbiorowej, sporządzono nierzetelnie, nie wykazując w nich: imion i nazwisk osób uczestniczących w kontroli, daty ich przeprowadzenia, opisu stanu faktycznego, informacji o stwierdzonych nieprawidłowościach i zaleceń pokontrolnych.

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Działdowie w latach 2016–2017 (do czasu rozpoczęcia kontroli NIK) ZKZS nie przeprowadził kontroli w zakresie profilaktyki i terapii antybiotykowej, co było niezgodne z § 2 ust. 1 pkt 7 rozporządzenia w sprawie kontroli wewnętrznej. Dyrektor Szpitala z dniem 14 września 2017 r. wprowadziła do harmonogramów audytów wewnętrznych kontrolę stosowania procedury antybiotykoterapii w profilaktyce i terapii.

Szkolenia pracowników przez ZKZS

Do zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, zgodnie z art. 15 ust. 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń, należy szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych.

Zgodnie ze standardami „Kontroli Zakażeń", zatwierdzonymi przez Ministra Zdrowia 18 stycznia 2010 r., w szkoleniach z zakresu zakażeń powinien uczestniczyć personel medyczny i niemedyczny, adekwatnie do wykonywanych obowiązków. Każdy pracownik Szpitala powinien uczestniczyć przynajmniej dwa razy w roku w szkoleniu z zakresu zakażeń szpitalnych.

[83] Z dnia 9 sierpnia 2016 r. i z dnia 10 lutego 2017 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W latach 2016–2017 (I półrocze) w szpitalach ZKZS przeprowadziły łącznie 549 szkoleń w zakresie zakażeń szpitalnych, w których uczestniczyło 16 982 pracowników.

W **Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Działdowie** żaden z lekarzy zatrudnionych w Szpitalu nie uczestniczył w organizowanych przez ZKZS szkoleniach. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że szkolenia lekarzy w zakresie zakażeń szpitalnych, antybiotykoterapii i epidemiologii odbywają się w oddziałach w trakcie odpraw lekarskich, na których obecni byli wszyscy lekarze zatrudnieni w oddziałach. Najwyższa Izba Kontroli nie podziela przedłożonych wyjaśnień, gdyż przepisy art. 15 ust. 2 pkt 3 ustawy o zwalczaniu zakażeń nie wyłączają lekarzy z udziału w szkoleniach przeprowadzanych przez ZKZS. W ocenie NIK, nie można uznać odpraw lekarskich, na których omawia się przede wszystkim problemy hospitalizowanych aktualnie pacjentów, za szkolenia w zakresie zakażeń szpitalnych.

Szkolenie nowo przyjętych pracowników

W latach 2016–2017 w dwóch szpitalach (11,1%) ZKZS nie prowadził szkoleń nowo przyjętych pracowników w zakresie zakażeń szpitalnych.

W **Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie**, spośród 43 nowych pracowników z obszaru działalności medycznej, zatrudnionych w okresie od 1 kwietnia do 25 sierpnia 2017 r., pięciu z nich nie zostało przeszkolonych w zakresie epidemiologicznym przez ZKZS. Kierownik Działu Kadr wyjaśniła, że każdy pracownik z obszaru działalności medycznej otrzymuje w momencie zatrudnienia kartę, na której pielęgniarka epidemiologiczna bądź kierownik ZKZS potwierdza udział w szkoleniu epidemiologicznym. Jednocześnie poinformowała, że każdy kierownik komórki organizacyjnej pionu medycznego zobowiązany jest przeszkolić nowo przyjmowanego pracownika w ramach wstępnego szkolenia stanowiskowego także w zakresie epidemiologicznym, a wszyscy nowo przyjęci pracownicy odbyli wstępne szkolenie stanowiskowe. W ocenie NIK ramowy program instruktażu stanowiskowego nie określa w sposób jednoznaczny, że pracownicy zostali przeszkoleni w zakresie epidemiologicznym. Zdaniem NIK, zarówno standardy akredytacyjne, jak też dobra praktyka, nakazują, aby wszyscy nowo przyjęci pracownicy zostali przeszkoleni z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych.

W **Szpitalu Wolskim w Warszawie** Sekcja Epidemiologii Szpitalnej nie prowadziła szkoleń pracowników z obszaru działalności medycznej przed przystąpieniem do pracy, zatrudnionych w Szpitalu latach 2016–2017 (I półrocze) w zakresie przestrzegania higieny rąk, postępowania z odpadami medycznymi, źródeł i rodzajów zagrożeń w przypadku zakażeń szpitalnych. Starsza Pielęgniarka Koordynująca Sekcji Epidemiologii Szpitalnej wyjaśniła, że nie prowadziła szkoleń nowo zatrudnionych w zakresie zapobiegania zakażeniom szpitalnym oraz że szkolenia związane z profilaktyczną ochroną zdrowia dotyczącą narażenia pracowników na czynniki biologiczne (wirusy, bakterie, grzyby i inne) prowadzone były przez Sekcję BHP. NIK zwraca uwagę, że program szkolenia wstępnego BHP nie obejmuje szkolenia w zakresie epidemiologicznym.

Wyposażenie pomieszczeń, w których wykonywane są badania i zabiegi, w dozowniki ze środkiem dezynfekcyjnym

Kontrole przeprowadzone przez ZKZS[84] w zakresie wyposażenia pomieszczeń szpitalnych, w tym m.in. w dozowniki z mydłem w płynie i dozowniki ze środkiem dezynfekcyjnym, nie wykazały odstępstw od wymagań określonych § 36 ust. 1 pkt 1–4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Przeprowadzone przez NIK oględziny potwierdziły, że pomieszczenia spełniają wymogi art. 36 ust. 1 pkt 1–4 ww. rozporządzenia.

Zużycie środka dezynfekcyjnego

W latach 2016–2017 (I półrocze), średnie zużycie środka dezynfekcyjnego na bazie alkoholu w przeliczeniu na jedno łóżko szpitalne wynosiło:

- od 2,2 l w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie do 5,1 l w Samodzielnym Publicznym ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 3 w Rybniku w 2015 r.;
- od 2,7 l w Zespole Opieki Zdrowotnej w Brodnicy do 9,9 l w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Radziejowie w 2016 r.;
- od 1,3 l w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Działdowie do 7,3 l w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Radziejowie w I półroczu 2017 r.

W szpitalach monitorowano stan zużycia środków dezynfekcyjnych, w zależności od przyjętych rozwiązań, w różnych odstępach czasu, tj. na bieżąco, kwartalnie, co pół roku.

Zgodnie z art. 15 ust. 2 pkt 4 ustawy o zwalczaniu zakażeń, do zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych należy konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną.

Konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie

W 10 szpitalach (55,5%) osoby podejrzane o zakażenie szpitalne lub chorobę zakaźną oraz te, u których rozpoznano zakażenie, były konsultowane przez ZKZS zgodnie z art. 15 ust. 2 pkt 4 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

Najwiecej konsultacji przeprowadził ZKZS w Szpitalu Miedzyleskim w Warszawie, łącznie 10 059 u 1578 pacjentów, w tym 722 konsultacje u 785 pacjentów, (92%) w 2016 r. i 337 konsultacji u 793 pacjentów (42%) w I półroczu 2017 r.

W trzech szpitalach[85] osoby wymienione w art. 15 ust. 2 pkt 4 ww. ustawy nie były konsultowane przez ZKZS, w czterech[86] (22,2%) nie dokumentowano przeprowadzonych konsultacji, a w jednym szpitalu dokumentacja prowadzona była nierzetelnie[87]. Stosownie do postanowień § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów

[84] W Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II w Bartoszycach 378 kontroli w tym zakresie przeprowadziła Pielęgniarka epidemiologiczna.

[85] Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radziejowie, Samodzielny Publiczny ZOZ Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie.

[86] Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Działdowie, Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju, Samodzielny Publiczny ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku.

[87] Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie.

o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala, wpisy dotyczące zakażenia, muszą być dokonywane w kartach rejestracji na podstawie udokumentowanej konsultacji, o której mowa w art. 15 ust. 2 pkt 4 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

Z powodu braku dokumentacji nie było możliwe ustalenie liczby przeprowadzonych konsultacji osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną. NIK zwraca uwagę, iż postanowienia art. 15 ust. 2 pkt 4 ustawy o zwalczaniu zakażeń nie przewidują odstępstw od obowiązku wykonywania przez szpital konsultacji osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną.

W **Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Jastrzębiu Zdroju** w 2016 r. w dokumentacji prowadzonej przez ZKZS nie odnotowywano konsultacji u osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną. Dyrektor wyjaśniła, że „(...) konsultacje epidemiologiczne odbywały się w Oddziałach Szpitala i nie były odnotowywane w dokumentacji medycznej". W ocenie NIK, zaniechanie dokumentowania konsultacji świadczy o nierzetelnym sprawowania nadzoru epidemiologicznego.

W **Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie**, w I półroczu 2017 r. znacznie zmniejszył się odsetek konsultacji przez ZKZS. Przyczyną było znaczące zmniejszenie i zmiany składu ZKZS z początkiem 2017 r. W zespole pozostał tylko jeden z dwóch uprzednio zatrudnionych lekarzy specjalistów w zakresie chorób zakaźnych i epidemiologii. W tej sytuacji – jak wyjaśniono – zespół zmuszony był koncentrować się na bieżącej pracy związanej z nadzorem epidemiologicznym w Szpitalu.

Realizacja zadań przez KKZS

Przepisy art. 15 ust. 4 ustawy o zwalczaniu zakażeń zobowiazują komitet kontroli zakażeń szpitalnych do opracowywania planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych; oceny wyników kontroli wewnętrznej przedstawianych przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych; opracowywania i aktualizacji standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w szpitalu.

W 17 szpitalach (94,4 %) posiedzenia KKZS odbywały się dwa razy w roku lub częściej, natomiast w Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie nie organizowano systematycznych, nie rzadziej niż raz na pół roku, posiedzeń KKZS, co było niezgodne z regulaminem jego działania i standardami akredytacyjnymi Kontroli Zakażeń.

Nieprawidłowości związane z realizacją zadań przez KKZS

W siedmiu szpitalach z 18 skontrolowanych (38,9%) nieprawidłowości stwierdzone przez NIK dotyczyły realizacji zadań przez KKZS.

KKZS powołany w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Radziejowie nie realizował zadań, o których mowa w art. 15 ust. 4 ww. ustawy, natomiast KKZS w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Mogilnie wykonał tylko część przypisanych zadań, tj. opracował plany i kierunki systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych oraz oceniał wyniki kontroli wewnętrznej przedstawiane przez Zespół, lecz nie podjął działań w celu opracowywania i aktualizacji standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w szpitalu.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W trzech szpitalach[88] nie prowadzono dokumentacji dotyczącej zadań realizowanych przez KKZS, mimo że obowiązek dokumentowania działań KKZS wynikał z art. 12 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

W **SPZOZ w Działdowie** w badanym okresie odbyło się sześć posiedzeń KKZS, a ich przedmiotem była m.in. analiza zagadnień dotyczących zakażeń wywołanych patogenami alarmowymi, badań mikrobiologicznych, czynników etiologicznych w poszczególnych oddziałach, działań ograniczających rozprzestrzenianie się zakażenia, ustalenie sposobu postępowania z pacjentami, u których istniało prawdopodobieństwo zakażenia objawowego lub bezobjawowego Klebsiella Pneumoniae NDM. We wszystkich sześciu protokołach z posiedzeń KKZS nie było informacji o sposobie realizacji zadań określonych w art. 15 ust. 4 pkt 1–3 ustawy o zwalczaniu zakażeń. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że opracowywane są procedury mające zapobiegać i zwalczać zakażenia szpitalne, co wypełnia obowiązek opracowywania planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. Podała również, że KKZS oceniał także wyniki kontroli wewnętrznej i podejmował decyzje o realizacji poszczególnych zadań, co być może nie jest właściwie udokumentowane, ponieważ nikt wcześniej nie wymagał takiej dokumentacji.

Stwierdzono także, że w dwóch szpitalach[89] KKZS obradował w ograniczonym składzie z powodu zbyt dużego obciążenia obowiązkami jego członków.

W **Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie** posiedzenia KKZS odbywały się w niepełnym składzie przez okres jednego roku, pomimo że zgodnie regulaminem KKZS i ze standardami akredytacyjnymi Kontroli Zakażeń, posiedzenia KKZS odbywają się nie rzadziej niż raz na pół roku. Do października 2017 r. przewodniczący KKZS nie zwołał posiedzenia KKZS w celu omówienia kompleksowych wyników/analiz dotyczących zakażeń szpitalnych w 2016 r. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, pełniący funkcję przewodniczącego Komitetu, wyjaśnił m.in., że z uwagi na duże obciążenie pracą w zakresie podstawowych obowiązków pozostałych członków KKZS utrzymanie wymaganego rytmu odbywania posiedzeń w praktyce jest trudne do realizacji.

W **Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie** w latach 2016–2017 (I półrocze) Komitet odbył trzy posiedzenia, w tym tylko w jednym uczestniczył przedstawiciel Dyrektora – Naczelny Lekarz Szpitala. Jak wyjaśnił Dyrektor, jego przedstawiciel bierze udział w posiedzeniach w miarę możliwości, gdyż przeprowadza również operacje chirurgiczne, których nie można przewidzieć i dopasować do wszystkich terminów spotkań. W 2016 r. Komitet obradował w składzie siedmioosobowym (44% jego członków) na posiedzeniu w kwietniu 2016 r. i w składzie dwuosobowym (12%) na posiedzeniu w sierpniu 2016 r.

Przepis art. 11 ust. 2 pkt 5 ustawy o zwalczaniu zakażeń zobowiązuje kierownika szpitala m.in. do sporządzenia analizy lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej. Istotnym elementem opracowania tej analizy jest posiadanie Receptariusza

[88] Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach (1), Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Działdowie (2), Szpital Powiatowy SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej (3).

[89] Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie (1), Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie (2).

szpitalnego, który będzie zawierał główne wskazania do antybiotykoterapii i ograniczenia w jej stosowaniu.

W latach 2016–2017 (I półrocze) w 16 szpitalach (88,9%) polityka antybiotykowa prowadzona była przez Zespoły/Komitety Teraputyczne i/lub Zespoły/Komitety ds. Antybiotykoterapii, powołane przez dyrektora w drodze zarządzenia. W czterech szpitalach[90] (22,2) powołano Zespół/Komitet Antybiotykoterapii i Zespół/Komitet Terapeutyczny, w 9 szpitalach[91] – Zespół/Komitet Terapeutyczny (50%), w jednym[92] – Zespół ds. Antybiotykoterapii, w jednym Zespół ds. Antybiotykoterapii i Zespół ds. Farmakoterapii[93], w jednym – Zespół ds. Receptariusza Szpitalnego[94].

Receptariusze szpitalne opracowane przez Zespoły Terapeutyczne lub Antybiotykoterapii zawierały zasady oraz instrukcje dotyczące zlecania antybiotyków (wskazania do stosowania i zalecane dawki). Antybiotyki umieszczone w Receptariuszu były podzielone na trzy grupy dostępności A – dostępne w trybie ciągłym – ogólnodostępne, B – dostępne za zgodą kierownika oddziału i C – antybiotyki dostępne na zlecenie kierownika oddziału, po akceptacji dyrektora ds. lecznictwa.

W **Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Jastrzębiu Zdroju**, zgodnie ze standardem akredytacyjnym Kontroli Zakażeń – KZ.6, wdrożono procedurę „Racjonalnej polityki antybiotykowej". Procedura ta zawierała m.in. zasady zlecania badań mikrobiologicznych w przypadku podejrzenia zakażenia, zalecenia dotyczące terapii empirycznej i celowanej najczęściej leczonych zakażeń, zalecenia dotyczące profilaktycznego stosowania antybiotyków, monitorowanie zmian w lekooporności drobnoustrojów szpitalnych, szpitalną listę antybiotyków, tryb ich zamawiania i zasady stosowania oraz monitorowania ich ilości.

Stosownie do postanowień art. 14 ust. 1 pkt 3 lit. e ustawy o zwalczaniu zakażeń, kierownik podmiotu leczniczego zobowiązany jest do organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób zapewniający ograniczenie narastania lekooporności biologicznych czynników chorobotwórczych w wyniku niewłaściwego stosowania profilaktyki i terapii antybiotykowej.

W Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie wszystkie leki były zamawiane przez oddziały szpitalne na podstawie receptariuszy bez wskazania pacjenta. Apteka Szpitalna nie posiadała wiedzy co dzieje się z lekiem po jego wydaniu. Konsultant ds. zakażeń szpitalnych i poli-

[90] Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Działdowie (1), Samodzielny Publiczny ZOZ Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie (2), Szpital Wolski w Warszawie (3), Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce (4).

[91] Szpital Powiatowy im. Jana Mikulicza w Biskupcu (1), Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie (2), Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy (3), Specjalistyczny Szpital Miejski im. Mikołaja Kopernika w Toruniu (4), Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie (5), Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej (6), Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju (7), Samodzielny Publiczny ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku (8), Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy (9).

[92] Szpital Powiatowy SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej.

[93] Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie.

[94] Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie.

tyki antybiotykowej w Szpitalu[95] wyjaśnił, że zcentralizowanie dystrybucji antybiotyków przez Aptekę Szpitalną na konkretnych pacjentów pozwoliłoby na bieżący monitoring rozdysponowanych dawek na oddziały, a tym samym, redukcję błędów i nadużywania antybiotyków. Dyrektor ds. medycznych stwierdził: „aktualnie rozważamy wdrożenie elektronicznego monitorowania dystrybucji antybiotyków w oddziałach szpitalnych, z możliwością zlecania antybiotyków bezpośrednio na pacjenta".

W ocenie NIK zasadne jest zbieranie informacji o ordynacji i zużyciu antybiotyków, z uwzględnieniem poszczególnych pacjentów, w celu przeciwdziałania ich nieuzasadnionemu podawaniu i powstawaniu lekooporności.

Antybiotyki stanowią wyjątkową grupę leków przede wszystkim dlatego, że ich skuteczność zmniejsza się z upływem czasu, co jest związane z narastającym problemem oporności bakterii, w szczególności w środowisku szpitalnym. Coraz więcej zakażeń w szpitalu powodują drobnoustroje, dla których nie ma skutecznych opcji terapeutycznych.

W okresie od 1 stycznia 2016 r. do 30 czerwca 2017 r. w czterech szpitalach[96] (22,2%) nie przeprowadzono kontroli wewnętrznej zasadności ordynacji antybiotyków, a w jednym – Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku Białej, nie dokonywano retrospektywnej analizy zużycia antybiotyków.

Od 2009 r., na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, w Polsce realizowany jest „Narodowy program ochrony antybiotyków", zwany dalej również „NPOA", finansowany z budżetu państwa. Głównym celem NPOA na lata 2016–2020 jest poprawa bezpieczeństwa pacjentów narażonych w coraz większym stopniu na zakażenie wieloantybiotykooporymi bakteriami, a także na trudne w leczeniu pozaszpitalne inwazyjne zakażenia bakteryjne. Dotychczasowa realizacja NPOA w zakresie zużycia antybiotyków w lecznictwie otwartym w latach 2008–2013 skutkowała m.in. monitorowaniem zużycia antybiotyków na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) z bazy danych dotyczących leków refundowanych, a w zakresie wprowadzenia zasad racjonalnej antybiotykoterapii – utworzeniem wzorcowego receptariusza szpitalnego i pomocą w jego wdrożeniu oraz organizacją sieci szpitali, w których wdrożono Szpitalną Politykę Antybiotykową w latach 2009–2015 (ogółem 72 szpitale), a także organizacją sieci szpitali, w których przeprowadzono Badanie Punktowe Występowania Zakażeń Związanych z Opieką Zdrowotną i Stosowania Antybiotyków (w latach 2012–2014 w badaniu udział wzięły 182 szpitale).

[95] W Audycie z dnia 28 maja 2017 r. wskazał na uporządkowanie profilaktyki antybiotykowej w powiązaniu z premedykacją na oddziale Ortopedii.

[96] Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej (1), Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie (2), Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy (3), Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radziejowie (4).

Pięć szpitali objętych kontrolą[97] (27,8%) uczestniczyło w Badaniu Punktowym Występowania Zakażeń Związanych z Opieką Zdrowotną i Stosowania Antybiotyków w ramach Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków na lata 2016–2020.

5.2.2. Realizacja świadczeń w zakresie badań mikrobiologicznych

Głównym celem diagnostyki mikrobiologicznej prowadzonej w laboratorium mikrobiologicznym jest identyfikacja czynników etiologicznych zakażeń i chorób zakaźnych wywoływanych m.in. przez wirusy, bakterie, grzyby. Wczesne rozpoznanie czynnika etiologicznego zakażenia i wdrożenie racjonalnej terapii antybiotykowej zapobiega ciężkim powikłaniom i obniża koszty leczenia.

W latach 2016–2017 (I półrocze) w szpitalach objętych kontrolą zapewniono wykonywanie badań laboratoryjnych, w tym mikrobiologicznych, w trybie całodobowym, zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt 3 lit. c ustawy o zwalczaniu zakażeń.

W strukturze organizacyjnej 11 szpitali (61,1%) funkcjonowało laboratorium, wykonujące m.in. badania mikrobiologiczne w trybie całodobowym. W siedmiu szpitalach (38,9%) całodobowa diagnostyka laboratoryjna realizowana była na podstawie umowy zawartej z podmiotem zewnętrznym.

W badanym okresie w szpitalach hospitalizowano łącznie 766 202 pacjentów[98], w tym 306 746 w 2015 r., 300 830 w 2016 r. i 158 626 w I półroczu 2017 r. Wśród leczonych pacjentów 51,7% stanowili pacjenci oddziału zabiegowego, 42,7% oddziału zachowawczego, 0,3 % oddziału anestezjologii i intensywnej terapii (OAiIT) i 5,3% leczeni w oddziale noworodkowym.

W latach 2015–2017 (I półrocze) zakażenie szpitalne rozpoznano u 11 488 pacjentów, w tym 4257 w 2015 r., 4619 w 2016 r. i 2612 w I półroczu 2017 r. W 2016 r. liczba pacjentów z zakażeniem szpitalnym, w porównaniu do 2015 r., wzrosła o 8,5%. W badanym okresie odsetek pacjentów z zakażeniem wzrósł z 1,4% w 2015 r. do 1,6% na koniec czerwca 2017 r.[99]. Biorąc jednak pod uwagę stwierdzone w kontrolowanych szpitalach nieprawidłowości związane z rejestrowaniem i raportowaniem zakażeń szpitalnych, dane te, w ocenie NIK, mogą być istotnie zaniżone.

W **Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Jastrzębiu Zdroju** w latach 2015–2017 (I półrocze) rozpoznano zakażenie szpitalne u 1376 pacjentów, w tym: 521 pacjentów w 2015 r., 561 w 2016 r i 294 w 2017 r. (I półrocze). Liczba pacjentów z zakażeniem na koniec 2016 r., w porównaniu do 2015 r., wzrosła o 7,7%. Zdaniem Dyrektora miał na to wpływ stan kliniczny pacjentów hospitalizowanych, tzw. ciężkie przypadki, uszczelnienie nadzoru nad wykrywaniem i rejestracją zakażeń w Oddziałach oraz ścisła współpraca oddziałów z ZKZS.

[97] Szpital Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie od 2016 r. (1), Samodzielny Publiczny ZOZ Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie od 2010 r. (2) i Wojewódzki Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Jastrzębiu Zdroju (3), Samodzielny Publiczny ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku od 2014 r. (4), Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce (5).

[98] Leczeni bez ruchu międzyoddziałowego.

[99] W 2016 r. odsetek pacjentów z rozpoznanym zakażeń szpitalnym stanowił 1,5% liczby hospitalizowanych pacjentów.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W **Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie** w okresie od stycznia 2015 r. do czerwca 2017 r., z roku na rok, zwiększała się łączna liczba pacjentów z rozpoznanym zakażeniem szpitalnym. Niemal dwukrotnie zwiększył się współczynnik zachorowalności, z 1,14% do 2,25% (liczba zakażonych na 100 pacjentów hospitalizowanych). NIK zwraca uwagę na znaczną tendencję wzrostową współczynnika zachorowalności w OAIT z poziomu 27,35% w 2015 r. do 34,02% w 2016 r. i do 41,35% w 2017 r. Poza OAIT, w tym okresie, odnotowano także coroczny i istotny wzrost współczynnika zachorowalności również w oddziałach: II Wewnętrznym i Gastroenterologii (z 0,90% do 2,82%), Kardiologii i Chorób Wewnętrznych (z 0,96% do 2,18%), Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej (z 0,80% do 2,27%) oraz Urologicznym i Onkologii Urologicznej (z 0,54% do 2,18%). Przyczyna wzrostu zarejestrowanych zakażeń szpitalnych, jak wyjaśniła Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, leży nie w faktycznym wzroście liczby zakażeń, lecz w poprawie spływu danych, która nastąpiła w wyniku działań ZKZS i Dyrektora Szpitala. Średnia liczba zarejestrowanych zakażeń szpitalnych na poziomie 2,25% dla dużego Szpitala, nie jest wartością, której wysokość powinna budzić zaniepokojenie[100]. Zgodnie z danymi prezentowanymi na spotkaniu Zarządu Szpitala z przedstawicielami PPIS w Warszawie, odsetek zakażeń szpitalnych w Szpitalu w 2016 r. był niski w porównaniu z innymi szpitalami warszawskimi i pozostaje niski w 2017 r., chociaż wystąpiła opisana powyżej dynamika wzrostowa.

NIK nie kwestionuje, że na wzrost współczynnika zachorowalności zakażeń mogło wpłynąć ujawnienie przez ZKZS większej liczby zakażeń szpitalnych, jednak dynamika wzrostu budzi zaniepokojenie i zdaniem NIK, wymaga pogłębionej analizy przyczyn ich występowania.

W latach 2015–2017 (I półrocze) liczba pacjentów, u których rozpoznano zakażenie i wykonano badanie mikrobiologiczne, wyniosła łącznie 9843, tj. 78,7% liczby pacjentów z rozpoznaniem zakażenia szpitalnego.

Koszty badań mikrobiologicznych, związanych z profilaktyką i leczeniem zakażeń, wyniosły łącznie 18 945,6 tys. zł, w tym: 7277,1 tys. zł w 2015 r., 7750,7 tys. zł w 2016 r. oraz 3917,8 tys. zł w I półroczu 2017 r.

Średnia liczba badań mikrobiologicznych na 1 łóżko w danym roku

Średnia liczba badań mikrobiologicznych w przeliczeniu na 1 łóżko szpitalne w badanym okresie wyniosła: 26,5 w 2016 r., 35,1 w 2016 r. , 21,3 w 2017 r. (I półrocze). Dane te wskazują na niedostateczne wykorzystanie diagnostyki mikrobiologicznej w szpitalach. Zgodnie z zaleceniami WHO, na 1 łóżko szpitalne powinno przypadać ok. 50 badań mikrobiologicznych.

Liczba zakażeń szpitalnych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych wyniosła łącznie 11 916, w tym 4384 w 2015 r.; 4812 w 2016 r. i 2720 w I półroczu 2017 r.

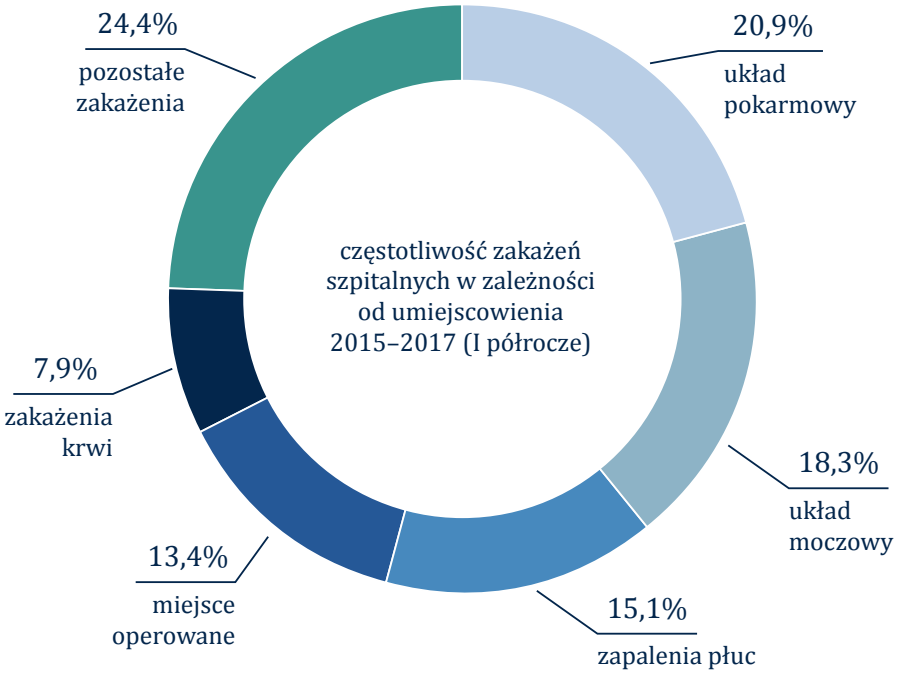
W latach 2015–2017 (I półrocze) częstotliwość zakażeń szpitalnych, w zależności od umiejscowienia, kształtowała się następująco:

– układ pokarmowy – 2488 zakażeń, tj. 20,9% ogólej liczby zakażeń;
– układ moczowy – 2176 zakażeń, tj. 18,3% ogólnej liczby zakażeń;

[100] Dyrektor wskazał, że piśmiennictwo z zakresu zakażeń szpitalnych podaje średnią wartość zakażeń szpitalnych w Europie ok. 4–5%, przy czym w OIOM nawet 30–50% pacjentów może zostać zakażonych.

– zapalenia płuc – 1803 zakażenia, tj. 15,1% ogólnej liczby zakażeń;
– miejsce operowane – 1594 zakażeń, tj. 13,4% ogólnej liczby zakażeń;
– zakażenia krwi (sepsa) – 937 zakażeń, tj. 7,9% ogólnej liczby zakażeń;
– pozostałe zakażenia – 2918 zakażeń, tj. 24,4% ogólnej liczby zakażeń.

Infografika nr 6
Częstotliwość zakażeń szpitalnych w zależności od umiejscowienia w latach 2015–2017 (I półrocze)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

Liczba zgonów z powodu zakażeń szpitalnych

W szpitalach objętych kontrolą zakażenie szpitalne jako bezpośrednią przyczynę zgonu wskazano w przypadku 219 pacjentów, tj. 1% ogólnej liczby zgonów – 22 167.

Nierzetelne dane w rocznych sprawozdaniach MZ-29

Z ustaleń kontroli wynika, że roczne Sprawozdania o działalności szpitala ogólnego MZ-29 za 2015 r. i 2016 r., sporządzone przez siedem szpitali[101] (38,9%), zawierały nierzetelne dane o liczbie zmarłych i liczbie pacjentów leczonych z powodu zakażeń szpitalnych. W ocenie NIK, dane dotyczące liczby zgonów z powodu zakażenia szpitalnego są niepełne.

W **Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie** w sprawozdaniu MZ-29 za 2015 r. wykazano 611 zakażeń szpitalnych i 76 zgonów z powodu zakażeń szpitalnych, natomiast faktycznie było 317 zakażeń i 47 zgonów. W sprawozdaniu MZ–29 za 2016 r. błędnie wykazano liczbę zgonów – 27, a faktycznie było 36 zgonów z powodu zakażeń szpitalnych.

[101] Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie (1), Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie (2), Specjalistyczny Szpital Miejski im. Mikołaja Kopernika w Toruniu (3), Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy (4), Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce (5), Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie (6), Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej w Warszawie (7).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W dwóch szpitalach[102] (11,1%) nie opracowano i nie wdrożono procedury postępowania w przypadku występowania, w poszczególnych oddziałach szpitala, czynników alarmowych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala[103].

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie nie posiadał w formie pisemnej procedury postępowania w przypadku występowania w poszczególnych oddziałach czynników alarmowych. W ocenie NIK, procedury obowiązujące w szpitalu powinny być udokumentowane. Brak takiej dokumentacji oznacza, że w praktyce ta procedura może nie być realizowana.

Laboratorium mikrobiologiczne będące w strukturze organizacyjnej szpitali oraz podmioty zewnętrzne wykonujące świadczenia w zakresie badań mikrobiologicznych przekazywały ZKZS na bieżąco informacje o liczbie pacjentów, u których zidentyfikowano wybrane drobnoustroje, z uwzględnieniem m.in. liczby badanych pacjentów, szczegółowych danych osobowych pacjenta, sposobu pobrania materiału do badania oraz oddziału Szpitala, na którym przebywał pacjent, danych lekarza kierującego na badanie oraz wynik przeprowadzonego badania. Dane o wyhodowaniu bakterii w materiale diagnostycznym przekazywane były niezwłocznie po ich wyizolowaniu lub podejrzeniu wyhodowania patogenu.

Wyniki posiewów z antybiogramem (oznaczeniem lekowrażliwości), w zależności od ilości wyhodowanych bakterii, uzyskiwane były w terminie od dwóch do pieciu dni, a w przypadku jeżeli prowadzona była diagnostyka bakterii beztlenowych – do siedmiu dni. Wyniki posiewów bez antybiogramu oraz wyniki szybkich testów wykrywających obecność w materiale klinicznym bakterii i wirusów o znaczeniu epidemicznym (test w kierunku np. Clostridium difficile) uzyskiwane były w ciągu 24 godzin.

W 15 szpitalach laboratorium diagnostyki laboratoryjnej przekazywało Zespołowi wykaz wyhodowanych patogenów alarmowych w postaci mapy mikrobiologicznej w raportach półrocznych i rocznych. Wyjątek stanowił Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce, który raz na kwartał otrzymywał od Laboratorium mikrobiologicznego firmy ALAB raport zbiorczy z wyhodowanych patogenów alarmowych w postaci mapy mikrobiologicznej. W ocenie NIK, przekazywanie szpitalowi zbiorczych raportów w zbyt długich okresach (kwartalnych, półrocznych i rocznych) utrudnia prowadzenie przez ZKZS i KKZS działań w zakresie zapobiegania zakażeniom szpitalnym.

Mapy mikrobiologiczne najczęściej zawierały: rozkład drobnoustrojów izolowanych w szpitalu, lekowrażliwość najczęściej izolowanych grup drobnoustrojów, rozkład drobnoustrojów w zależności od rodzaju pobieranego materiału biologicznego (z podziałem na poszczególne oddziały), jak również analizę występowania i lekowrażliwości patogenów alarmowych izolowanych.

[102] Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie (1), Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radziejowie (2).

[103] Dz. U. Nr 294, poz. 1741.

Uwagi NIK dotyczyły częstotliwości sporządzania i przekazywania przez trzy laboratoria[104] diagnostyki laboratoryjnej (mikrobiologiczne, bakteriologiczne) wykazu wyhodowanych patogenów alarmowych w postaci mapy mikrobiologicznej.

Przekazywanie map mikrobiologicznych w zbyt długich okresach, utrudniające prowadzenie działań zapobiegających zakażeniom

Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy w okresie od stycznia 2016 r. do czerwca 2017 r. nie dysponował mapą mikrobiologiczną. Mapa mikrobiologiczna za 2016 r. została opracowana dopiero 9 listopada 2017 r.

W **Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie** mapy mikrobiologiczne nie były przekazane do oddziałów na bieżąco. Za drugie półrocze 2016 r. przekazano je dopiero po upływie ośmiu miesięcy od zakończenia półrocza, natomiast przez 10 miesięcy 2017 r. nie sporządzono mapy mikrobiologicznej z wyhodowanych drobnoustrojów.

5.2.3. Bakteria Klebsiella Pneumoniae New Delhi (KP NDM)

Z informacji Konsultanta Krajowego w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej wynika, iż w 2015 r. Klebsiella pneumoniae NDM (+) stanowiła w Polsce najważniejszy problem medyczny i epidemiologiczny, dotyczący w szczególności szpitali warszawskich. Szerzenie się czynnika alarmowego rozpoczęło się pod koniec 2012 r. w jednym ze szpitali poznańskich, po czym w ciągu kilku miesięcy doszło do dwóch regionalnych ognisk epidemicznych z epicentrami w Poznaniu i w Warszawie. Ognisko epidemiczne w Poznaniu zostało opanowane w drugiej połowie 2014 r. dzięki intensywnej akcji specjalistów ds. zakażeń szpitalnych, koordynowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną, natomiast w Warszawie prowadzone są obecnie działania przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną oraz zespoły ds. zakażeń szpitalnych. W opinii Krajowego Konsultanta w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej, pałeczki Klebsiella pneumoniae wytwarzające karbapenemazy typu New Delhi (NDM), dysponują niezwykle niebezpiecznymi mechanizmami oporności, które prowadzą do wyeliminowania skuteczności wszystkich lub niemal wszystkich antybiotyków. Są jednym z głównych drobnoustrojów o najbardziej zaawansowanej lekooporności. Należy podkreślić, iż drobnoustrój ten posiada wybitny potencjał rozprzestrzeniania się, z łatwością wywołując szpitalne ogniska epidemiczne, a jego nosicielstwo w przewodzie pokarmowym może utrzymywać się przez kilka lat.

Według danych Narodowego Laboratorium Kontroli Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produków Biobójczych w Narodowym Instytucie Leków w Warszawie (NIL)[105], liczba leczonych pacjentów, u których rozpoznano szczepy Enterobacteriaceae, w tym Klebsiella Pneumoniae NDM (+) wzrosła z 470 w 2015 r. do 1780 w 2016 r., tj. o 278,7%. W I półroczu 2017 r. leczono z tego powodu 1564 pacjentów.

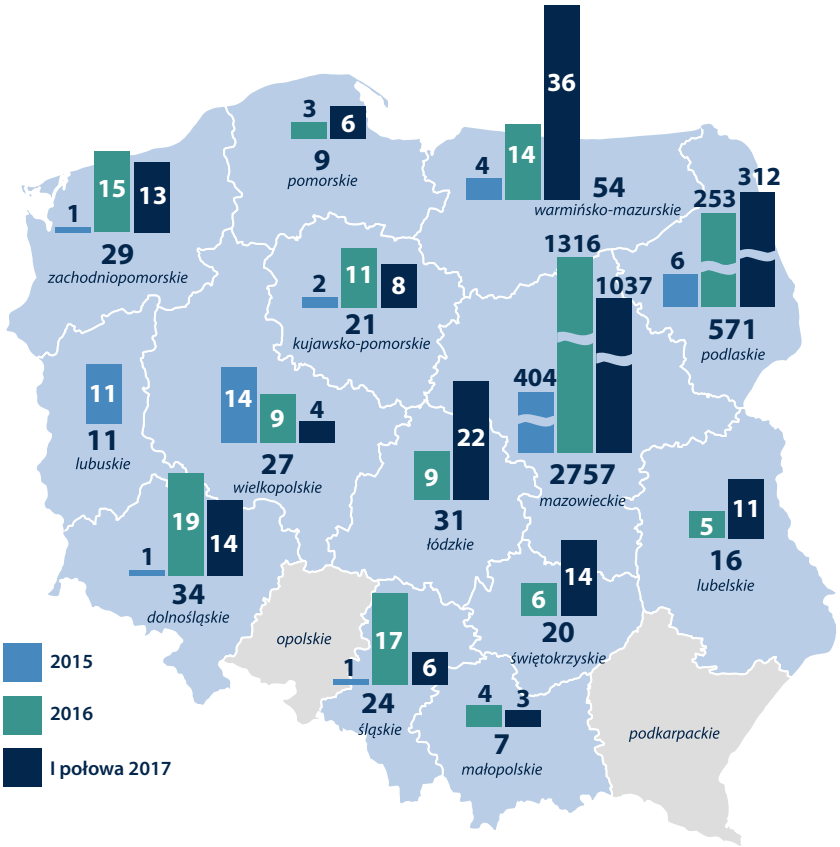
W latach 2015–2017 (I półrocze) z rozpoznaniem Klebsiella Pneumoniae NDM (+) hospitalizowano pacjentów w następujących województwach: mazowieckim – 2.757, podlaskim – 571, warmińsko – mazurskim – 54,

[104] Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy (1), SPZOZ w Mogilnie (2), Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie (3).

[105] Informacja NIL z dnia 27 listopada 2018 r. otrzymana w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

dolnośląskim – 34, zachodniopomorskim – 29, wielkopolskim – 27, łódzkim – 24, kujawsko-pomorskim – 21, świętokrzyskim – 20, lubelskim – 16, lubuskim – 11, śląskim 9, pomorskim i małopolskim po 7 pacjentów.

Infografika nr 7
Liczba pacjentów zakażonych Klebsiella Pneumoniae NDM (+) w latach 2015–2017 (I półrocze)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych Narodowego Laboratorium Kontroli Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produków Biobójczych w Narodowym Instytucie Leków w Warszawie (NIL).

W latach 2015–2017 (I półrocze) w województwie mazowieckim liczba hospitalizowanych pacjentów z rozpoznaniem zakażenia Klebsiella Pneumoniae NDM (+) wynosiła odpowiednio: 404, 1316, 1037.

W **Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim w Warszawie** w 2015 r. wysłano 50 zgłoszeń o biologicznych czynnikach chorobotwórczych, w tym m.in. o 36 przypadkach antybiotykoodpornej bakterii Klebsiella Pneumoniae New Delhi (KP NDM[106]), w 2016 r. wysłano 200 zgłoszeń, w tym m.in. 109 przy-

[106] W listopadzie 2015 r. Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Warszawie nakazał szpitalom obowiązkowe wprowadzenie zaleceń Ministra Zdrowia i Konsultanta Krajowego ds. mikrobiologii lekarskiej („Zalecenia dotyczące postępowania w przypadku zachorowań sporadycznych i ognisk epidemicznych wywołanych przez bakterie Gram-ujemne z rodziny Enterobacteriaceae w szczególności w zakresie izolacji chorego i przeprowadzania badań przesiewowych"). Sprawa rozprzestrzeniania się KP NDM stanowi obecnie jeden z najpoważniejszych problemów epidemiologicznych i wielu ekspertów nie tylko na Mazowszu, w Polsce, ale także w Europie i na świecie boryka się z wdrożeniem skutecznych metod ograniczających to zjawisko. Informacja WSSE w Warszawie „Sytuacja epidemiologiczna rozprzestrzeniania się w woj. mazowieckim szczepów bakterii Klebsiella Pneumoniae wytwarzających karbapenemazy typu NDM (KP New Delhi)" z dnia 3 marca 2017 r.

padków (KP NDM), a w 2017 r. (I półrocze) 120 zgłoszeń, w tym 80 o Klebsiella Pneumoniae (KP NDM). W ocenie WSSE w Warszawie, wzrost zarejestrowanych zakażonych KP New Delhi świadczy o podjętych i realizowanych działaniach zapobiegawczych, zarówno przez organy inspekcji sanitarnej, jak i szpitale.

5.2.4. Prowadzenie Rejestru Zakażeń Szpitalnych

Stosownie do art. 14 ust. 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń, kierownicy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne są obowiązani do gromadzenia w szpitalu informacji o zakażeniach szpitalnych i czynnikach alarmowych oraz prowadzenia rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych. Rejestr zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych może być prowadzony w formie papierowej lub w systemie elektronicznym (art. 14 ust. 6 ustawy o zwalczaniu zakażeń).

Sposób prowadzenia rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych

Sposób prowadzenia rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych, udostępniania danych nim objętych oraz okres ich przechowywania Minister Zdrowia określił w rozporządzeniu z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala.

Nieprawidłowości stwierdzone przez NIK w zakresie prowadzenia rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych

W 14 szpitalach (77,8%) rejestr zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych prowadzono metodą czynną, w dwóch[107] (11,1%) metodą czynno-bierną. W dwóch szpitalach (11.1%) w ogóle nie prowadzono ww. rejestru, co było niezgodne z art. 14 ust. 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń, a w Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie rejestr zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych nie spełniał wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala.

W **SPZOZ w Mogilnie** nie prowadzono rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych, a wyniki badania mikrobiologicznego były rejestrowane w zeszytach (w formie adnotacji) prowadzonych na poszczególnych oddziałach. W dwóch przypadkach nie wykazano patogenów, które zostały ujawnione w wyniku przeprowadzonego badania mikrobiologicznego. Ponadto, NIK zwraca uwagę, że adnotacje nie zawierały wymaganych danych, m.in. daty otrzymania wyniku badania mikrobiologicznego, informacji o potwierdzeniu lub braku wystąpienia patogenu alarmowego. Adnotacje obejmowały tylko liczbę stwierdzonych i rozpoznanych przez Zakład zakażeń.

W **Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Jastrzębiu Zdroju**, w okresie od 5 lipca 2017 r. do 30 października 2017 r., nie prowadzono rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych z powodu awarii systemu informatycznego. Oględziny systemu komputerowego KS-Medis firmy Kamsoft wykazały, że od dnia 30 października 2017 r. umożliwiono generowanie Karty rejestracyjnej zakażenia szpitalnego na poszczególnych oddziałach Szpitala. W toku kontroli NIK uruchomiono Rejestr zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych w formie elektronicznej i do 9 listopada 2017 r. wprowadzono dane 284 pacjentów z 2016 r.

[107] Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie (1), Samodzielny Publiczny ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku (2).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W ponad 94% szpitali prowadzeniem rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych zajmowała się pielęgniarka epidemiologiczna.

W 17 szpitalach (94,4%) wdrożono procedury określające m.in. kryteria rozpoznawania zakażeń szpitalnych, które dotyczyły m.in. zakażeń: miejsca operowanego, dróg moczowych, dróg oddechowych, łożyska naczyniowego i zakażeń przenoszonych drogą krwiopochodną.

W **SPZOZ w Mogilnie** nie opracowano i nie wdrożono m.in. procedury przyjmowania pacjentów i procedury oceny ryzyka zakażenia szpitalnego.

W 15 szpitalach (83,3%) prowadzony rejestr zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych (83,3%) uwzględniał informacje wymagane art. 14 ust. 5 ustawy o zwalczaniu zakażeń, tj. imię i nazwisko pacjenta, datę urodzenia, nr pesel, płeć, adres zamieszkania, rozpoznanie kliniczne i charakterystykę podstawowych objawów klinicznych zakażenia szpitalnego, czynniki ryzyka, informacje niezbędne do sprawowania nadzoru epidemiologicznego.

W trakcie kontroli NIK badaniu poddano 696 losowo wybranych indywidualnych kart rejestracji zakażenia szpitalnego, sporządzonych w latach 2016–2017 (do 30 września). Analiza kart wykazała, że indywidualne karty rejestracji zakażenia szpitalnego nie były sporządzane rzetelnie, ponieważ:
- 111 kart (15,9%) nie zostało wypełnionych zgodnie z obowiązującym w szpitalu wzorem;
- w 126 kartach (18,1%) nie zostały opisane czynniki ryzyka;
- w 21 kartach (3%) nie wpisano danych pacjenta;
- w 29 kartach (4,2%) nie została opisana postać kliniczna zakażenia;
- w 74 kartach (10,6%) nie zostało opisane rozpoznanie zakażenia;
- w 105 kartach (15,1%) nie zostało odnotowane wykonanie badania mikrobiologicznego;
- w 160 kartach (23%) nie zostało opisane stosowanie antybiotykoterapii;
- w 107 kartach (15,4%) nie było daty i podpisu lekarza prowadzącego;
- w 80 kartach (11,5%) nie było daty i podpisu pielęgniarki epeidemiologicznej;
- 246 kart (35,3%) zostało wystawionych przez lekarza prowadzącego z opóźnieniem wynoszącym od jednego do 288 dni.

W ocenie NIK, niesporządzanie kart rejestracji zakażenia szpitalnego zgodnie z obowiązującym wzorem i na bieżąco miało negatywny wpływ na rzetelność prowadzenia rejestru zakażeń i utrudniało określenie, w sposób wiarygodny, sytuacji epidemiologicznej Szpitala.

W **Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II w Bartoszycach** badanie 60 kart zakażenia szpitalnego wykazało, że 93% z nich (56) zostało wypełnionych przez lekarzy niezgodnie z obowiązującym wzorem. Nie wpisano w nich 141 obowiązujących pozycji, tj. prawdopodobnej drogi przeniesienia zakażenia (27%), wpływu zakażenia na pacjenta (20%), źródła zakażenia (18 %), daty pierwszych objawów (13 %), antybiotyku zastosowanego w leczeniu zakażenia (13%), podstawy stwierdzenia zakażenia (6%), wyniku badania epidemiologicznego (3%). Stwierdzono, że 27 kart (45%) sporządzono po dacie wypisu pacjenta ze Szpitala, od 1 do 80 dni.

Przepisy art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń stanowią, że ocena ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych należy do zadań kierownika zakładu. Zgodnie z zasadami dobrej praktyki, każdorazowo przy przyjęciu pacjenta do szpitala powinna być dokonana ocena ryzyka wystąpienia zakażenia, w formie wywiadu epidemiologicznego lub Karty Oceny Ryzyka Zakażenia (Izba Przyjęć).

Podczas kontroli NIK badaniu poddano Karty Historii Choroby 1127 pacjentów przyjętych do szpitala w maju i czerwcu 2017 r. W historiach choroby 218 pacjentów spośród 1127 (19,3%) nie było karty oceny ryzyka zakażenia szpitalnego przy przyjęciu pacjenta do szpitala, wypełnionej przez lekarza, co było niezgodne z art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

W **Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie** nie dokonano oceny ryzyka wystąpienia zakażenia dla 46 objętych badaniem pacjentów (92% próby). W przypadku jednego pacjenta, przyjętego 1 czerwca 2017 r. do Kliniki Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Wieku Podeszłego, Kartę oceny ryzyka sporządzono po 13 dniach, pomimo że zgodnie z pkt 5.1 wewnętrznej procedury oceny ryzyka, powinno to nastąpić w ciągu 12 godzin od przyjęcia.

W **Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej**, spośród 50 losowo wybranych Kart Historii Choroby, w 18 przypadkach (36%) nie odnotowano wykonania oceny ryzyka zakażeń. Dyrektor Szpitala w wyjaśnieniach podał, że niewypełnienie obowiązku przeprowadzenia tej oceny jest naganne. W ramach pokontrolnych działań korygujących zwrócono lekarzom uwagę na prawidłowe wypełnianie załącznika „Ocena ryzyka zakażeń szpitalnych". Dyrektor poinformował, że dokumentacja medyczna będzie systematycznie kontrolowana.

5.2.5. Monitorowanie i raportowanie zakazeń szpitalnych

W latach 2015–2017 (I półrocze) w szpitalach objętych kontrolą hospitalizowano łącznie 766 202 pacjentów i u 11 488 z nich wykazano zakażenie szpitalne (1,5%), w tym:

- w 2015 r. u 4257 pacjentów, co stanowiło 1,4% pacjentów hospitalizowanych (306 746),
- w 2016 r. u 4619 pacjentów, co stanowiło 1,5% pacjentów hospitalizowanych (300 830),
- w 2017 r. (I półrocze) zakażenie szpitalne wykryto u 2612 pacjentów, co stanowiło 1,6% pacjentów hospitalizowanych (158 361).

Wśród zakażeń szpitalnych (łącznie 11 916) dominowały zakażenia układu pokarmowego (2488 przypadków – 20,9%) i układu moczowego (2176 przypadków – 18,3%). Istotny udział miało też zapalenie płuc (1803 – 15,1%) oraz zakażenia miejsca operowanego (1594 – 13,4%), zakażenie krwi – posocznica (sepsa) – (937 – 7,9%), pozostałe zakażenia (2918 – 24,4%).

Najwyższy wskaźnik zachorowalności występował corocznie w Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAIT) i wynosił: w 2015 r. – 33,11 (775 pacjentów z wykrytym zakażeniem przy 2340 hospitalizacjach), w 2016 r. – 35,29 (1037 pacjentów z zakażeniem przy 2938 hospitaliza-

cjach), w I półroczu 2017 r. wskaźnik ten wzrósł do 37,97 (537 pacjentów z zakażeniem przy 1414 hospitalizacjach).

W oddziałach zachowawczych wskaźnik zachorowalności wynosił: w 2015 r. – 1,76 (2452 pacjentów z wykrytym zakażeniem przy 138 978 hospitalizacjach), w 2016 – 1,8 (2502 pacjentów z wykrytym zakażeniem przy 138 907 hospitalizacjach), w I półroczu 2017 r. – wskaźnik ten wzrósł do 2,3 (1803 pacjentów z wykrytym zakażeniem przy 138 907 hospitalizacjach).

W oddziałach zabiegowych wskaźnik zachorowalności wynosił: w 2015 r. – 0,8 (1205 pacjentów z wykrytym zakażeniem przy 150 102 hospitalizacjach), w 2016 r. – 0,83 (1291 pacjentów z wykrytym zakażeniem przy 154 209 hospitalizacjach), w I półroczu 2017 r. – 0,8 (725 pacjentów z wykrytym zakażeniem przy 90 141 hospitalizacjach).

W Oddziałach Noworodkowych wskaźnik zachorowalności był najniższy i wynosił: w 2015 r. – 0,69 (100 pacjentów z rozpoznaniem zakażenia przy 14 323 hospitalizacjach), w 2016 r. – 0,91 (133 pacjentów z rozpoznaniem zakażenia przy 14 572 hospitalizacjach), w I półroczu 2017 r. – 0,37 (36 pacjentów z rozpoznaniem zakażenia przy 9492 hospitalizacjach).

W latach 2015–2017 (I półrocze) udział patogenów alarmowych w zakażeniach szpitalnych stanowił 65,5%.

Wyhodowane patogeny alarmowe

Spośród wyizolowanych 7809 patogenów alarmowych, wyszczególnionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie listy czynników alarmowych (...) – największy udział w zakażeniach szpitalnych stanowiły:

- pałeczki Gram-ujemne – Enterobacteriaceae spp. wytwarzające betalaktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (np. ESBL, AMPc, KPC) lub oporne na karbapenemy lub inne dwie grupy leków lub polimyksyny – 37,4% łącznej liczby wyizolowanych patogenów i 24,8% łącznej liczby zakażeń szpitalnych[108];
- szczepy chorobotwórcze laseczki beztlenowej Clostridium difficile oraz wytwarzane przez nie toksyny A i B – 22,6% łącznej liczby patogenów i 14,9% łącznej liczby zakażeń szpitalnych;
- Acinetobacter spp. oporne na karbapenemy lub inne dwie grupy leków lub polimyksyny – 10,4% łącznej liczby patogenów i 6,9% łącznej liczby zakażeń szpitalnych;
- biologiczne czynniki chorobotwórcze izolowane z krwi lub płynu mózgowo-rdzeniowego, odpowiedzialne za uogólnione lub inwazyjne zakażenia – 7,8% łącznej liczby patogenów i 5,2% łącznej liczby zakażeń szpitalnych;
- gronkowiec złocisty Staphylococcuc aureus oporny na metacyklinę (MRSA) lub glikopeptydy (VISA lub VRSA) lub oksazolidynony – 6,9% łącznej liczby patogenów i 4,6% łącznej liczby zakażeń szpitalnych;
- rotawirus – 5,7% łącznej liczby patogenów i 3,8% łącznej liczby zakażeń szpitalnych;

[108] W badanym okresie liczba zakażeń szpitalnych wyniosła 11 916.

– pałeczka ropy błękitnej (Pseudomonas aeruginosa) oporny na karbapenemy lub inne dwie grupy leków lub polimyksyny – 4,4% łącznej liczby patogenów i 2,9% łącznej liczby zakażeń szpitalnych.

Monitorowanie, zgodnie ze standardami akredytacyjnymi Kontroli Zakażeń[109], jest pierwszym etapem działań zmierzających do redukcji ryzyka zakażeń w szpitalu. Polega ono na wyszukiwaniu, rejestracji oraz analizie danych, stanowiących podstawę do podejmowania dalszych działań. Monitorowanie powinno dotyczyć w szczególności zakażeń: miejsca operowanego, dróg moczowych, dróg oddechowych, w tym zapalenia płuc u pacjentów leczonych respiratorem, łożyska naczyniowego (sepsa pierwotna, sepsa odcewnikowa).

W szpitalach objętych kontrolą, z wyjątkiem SPZOZ w Radziejowie, monitorowano wskaźniki: zachorowalności, chorobowości i śmiertelności z powodu zakażeń szpitalnych. W 16 szpitalach uzyskane dane z monitorowania posłużyły do oceny skuteczności działań podejmowanych w celu ograniczenia zakażeń i miały wpływ na zmianę praktyki opieki nad pacjentem poprzez m.in. zwiększenie świadomości pracowników co do konieczności mycia i dezynfekcji rąk, wzrost zużycia środków dezynfekcyjnych, stosowanie obłożenia pola operacyjnego i bielizny jednorazowego użycia, utworzenie izolatek, aktualizacji procedur postępowania. Natomiast w jednym szpitalu – Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Działdowie, dane uzyskane z monitorowania zakażeń nie miały wpływu na zmianę praktyk Szpitala w zakresie opieki nad pacjentem.

W **SPZOZ w Radziejowie** nie dokonywano oceny skuteczności wdrożonych procedur zapobiegających szerzeniu się zakażeń szpitalnych oraz nie analizowano danych dotyczących zachorowalności, chorobowości i śmiertelności z powodu zakażeń szpitalnych. Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora ds. medycznych, w Szpitalu najczęstszym sposobem zapobiegania szerzeniu się szpitalnych zakażeń dróg oddechowych, w tym zapaleń płuc, było mycie rąk.

W szpitalach zostały opracowane, zgodnie ze standardami akredytacyjnymi Kontroli Zakażeń KZ 1.10.[110], epidemiologiczne sposoby postępowania i izolacji chorych stanowiących zagrożenie epidemiologiczne.

Brak możliwości izolacji pacjenta

Trzy szpitale[111], spośród 18 skontrolowanych, nie posiadały izolatki, tj. pomieszczenia pozwalającego na izolację zakażonego pacjenta w celu uniemożliwienia przeniesienia biologicznego czynnika chorobotwórczego na inne osoby. Było to niezgodne z art. 14 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy o zwalczaniu zakażeń, stanowiącym, że kierownicy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne są obowiązani do wdrożenia i zapewnienia funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, obejmującego m.in. organizację udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób zapewniający warunki izolacji pacjentów z zakażeniem lub chorobą zakaźną oraz pacjentów szczególnie podatnych na zakażenia szpitalne.

[109] KZ 2. pn. „W szpitalu wprowadzono program monitorowania zakażeń".

[110] Pn. „Izolacja chorych zakażonych oraz pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia".

[111] Szpital Powiatowy im. Jana Mikulicza w Biskupcu (1), Szpital Powiatowy SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej (2), Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie (3).

Pozostałe szpitale posiadały izolatki spełniające wymagania § 21 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

W oddziałach Szpitala zlokalizowanych w **Mogilnie** brak było izolatek i innych pomieszczeń pozwalających na izolację zakażonego pacjenta. Dyrektor SPZOZ wyjaśnił, że Szpital dysponował izolatką z własnym węzłem sanitarnym w oddziale wewnętrznym w Strzelnie oraz że izolatka ta była udostępniana na potrzeby innych oddziałów.

5.2.6. Diagnostyka i leczenie posocznicy (sepsy)

Posocznica, znana także jako sepsa, nie jest chorobą, jest zespołem objawów organizmu pojawiających się w odpowiedzi na zakażenie. Jest to nadmierna reakcja układu odpornościowego człowieka, która może pojawić się w wyniku zakażenia krwi różnorodnymi gatunkami bakterii, grzybów, a nawet wirusów. Sepsa, ciężka sepsa i wstrząs septyczny to terminy określające nasilenie reakcji organizmu na zakażenie krwi. Sepsa stanowi bezpośrednie zagrożenie życia pacjenta, ponieważ w jej przebiegu dochodzi do niewydolności wielu kluczowych dla życia narządów, takich jak nerki, wątroba, serce i płuca. Najważniejsze w leczeniu jest jak najszybsze zastosowanie właściwej antybiotykoterapii. Najpierw stosuje się antybiotykoterapię empiryczną, a później, po uzyskaniu wyników badań mikrobiologicznych, na ich podstawie wprowadza się tzw. terapię celowaną. Dobór odpowiednich antybiotyków w terapii celowanej sepsy powinien być oparty na wynikach badań mikrobiologicznych, pozwalających na określenie, jakie antybiotyki najlepiej zadziałają na daną bakterię.

Z informacji otrzymanej z NFZ[112] wynika, że w badanym okresie liczba pacjentów (dorosłych) hospitalizowanych z powodu sepsy w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne wyniosła łącznie 51 537 pacjentów. W 2016 r., w porównaniu do 2015 r., odnotowano wzrost liczby hospitalizowanych pacjentów z rozpoznaniem sepsy o 13%, tj. z 19 053 w 2015 r. do 21 522 pacjentów w 2016 r. W I półroczu 2017 r. z powodu sepsy leczono w szpitalach 10 962 pacjentów. Wartość udzielonych świadczeń tym pacjentom w badanym okresie wyniosła 449 770,1 tys. zł, w tym: 164 210,2 tys. zł w 2015 r., 190 356,5 tys. zł w 2016 r., 95 203,4 tys. zł w I półroczu 2017 r.

Najwięcej pacjentów (dorosłych) z rozponaniem sepsy hospitalizowano w województwie mazowieckim – 9550 (18,5% ogółem hospitalizowanych z powodu sepsy), w tym w poszczególnych latach 2015–2017: 3699, 3912, 1939. Wartość udzielonych świadczeń hospitalizowanym pacjentom z powodu sepsy wyniosła łącznie 89 231,3 tys. zł, w tym 34 004,3 tys. zł w 2015 r., 37 541,4 tys. zł w 2016 r. i 17 685,6 tys. zł. Najmniej pacjentów z powodu sepsy hospitalizowano w województwie lubuskim, łącznie – 225, w tym 82 w 2015 r., 84 w 2016 r. i 59 pacjentów w I półroczu 2017 r. Wartość udzielonych świadczeń tym pacjentom wyniosła 10 870,1 tys. zł,

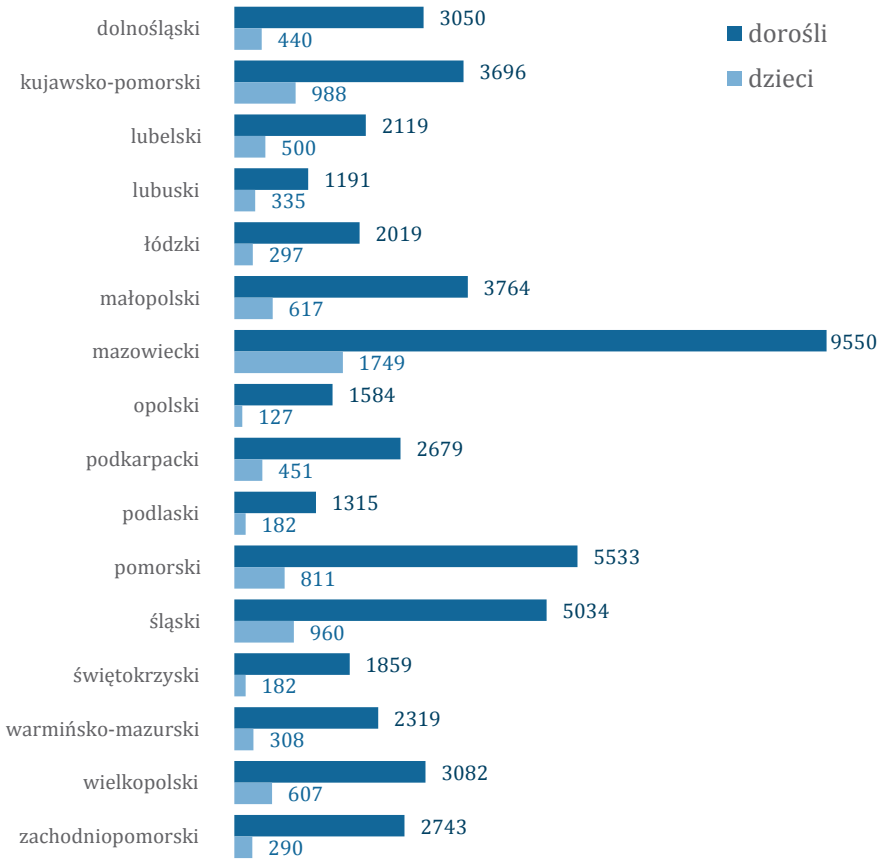
[112] Informacja otrzymana w dniu 17 listopada 2017 r. w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

w tym: 4424,7 tys. zł w 2015 r., 3801,3 tys. zł w 2016 r., 2644,1 tys. zł w I półroczu 2017 r.

W latach 2015–2017 (I półrocze) liczba pacjentów w wieku od 0 do 18 lat (dzieci) hospitalizowanych z powodu sepsy wyniosła 8844, w tym: 3468 w 2015 r., 3529 w 2016 r., 1847 w I półroczu 2017 r. Wartość świadczeń udzielonych tym pacjentom wyniosła 63 611 tys. zł. Odnotowano wzrost udzielonych świadczeń z 24 005 tys. zł w 2015 r. do 25 139 tys. zł w 2016 r., tj. o 4,7%. Wartość udzielonych świadczeń w I półroczu wyniosła 14 467,6 tys. zł.

Najwiecej pacjentów w wieku od 0 do 18 lat z rozpoznaniem sepsy hospitalizowano w województwie mazowieckim – 1749 (19,8% ogólnej liczby dzieci leczonych na sepsę), w tym: 722 w 2015 r., 657 w 2016 r., 370 w I półroczu 2017 r.

Infografika nr 8
Liczba pacjentów hospitalizowanych w Polsce z powodu sepsy w latach 2015–2017 (I półrocze), w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (dalej „NIZP-PZH"), został upoważniony przez Głównego Inspektora Sanitarnego do prowadzenia Rejestru zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną, zgonów z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ich podejrzeń oraz przypadków stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego. Według Raportów Epidemiologicznych sporządzonych przez

NIZP-PZH, w badanym okresie zarejestrowano łącznie 2.460 zachorowań na posocznicę w trzech jednostkach chorobowych, w tym: 954 w 2015 r., 872 w 2016 r. i 634 w I półroczu 2017 r.

Zgodnie z informacją przekazaną przez Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny (NIZP-PZH) z dnia 29 stycznia 2018 r.[113], Zakład nie dysponuje danymi o zachorowaniach na sepsę. W zgłoszeniach zachorowań na choroby zakaźne posocznica pojawia się jedynie jako postać kliniczna chorób wywołanych przez konkretne patogeny, np. Salmonellę, a dane w Raportach Epidemiologicznych w żadnym wypadku nie mogą być traktowane jako informacja o posocznicach w Polsce, szczególnie o posocznicach w podmiotach leczniczych.

W związku z nieprowadzeniem w Polsce rejestru obejmującego wszystkie rozpoznane przypadki sepsy, w grudniu 2016 r. Rzecznik Praw Pacjenta zwróciła sie do Ministra Zdrowia w sprawie utworzenia takiego rejestru. W uzasadnieniu Rzecznik stwierdziła, że jego wprowadzenie pozwoliłoby na stworzenie narodowego programu leczenia ciężkich zakażeń ogólnoustrojowych na wzór m.in. programu kardiologicznego, co w konsekwencji poprawiłoby skuteczność leczenia sepsy. Dotychczas nie został utworzony taki rejestr.

Minister Zdrowia poinformował, że Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia, pismem z dnia 2 stycznia 2017 r., zwrócił się do Rzecznika Praw Pacjenta z prośbą o przekazanie danych dotyczących rejestru przypadków ciężkiej sepsy, które pozwolą m.in. na podjęcie decyzji co do jego utworzenia w drodze rozporzadzenia Ministra Zdrowia[114].

W ocenie NIK, prowadzenie rejestru powoliłoby na pozyskanie wiarygodnych danych o rozpoznanych przypadkach sepsy, niezbędnych do sporządzania analiz objawów sepsy, sposobu jej leczenia i poziomu śmiertelności.

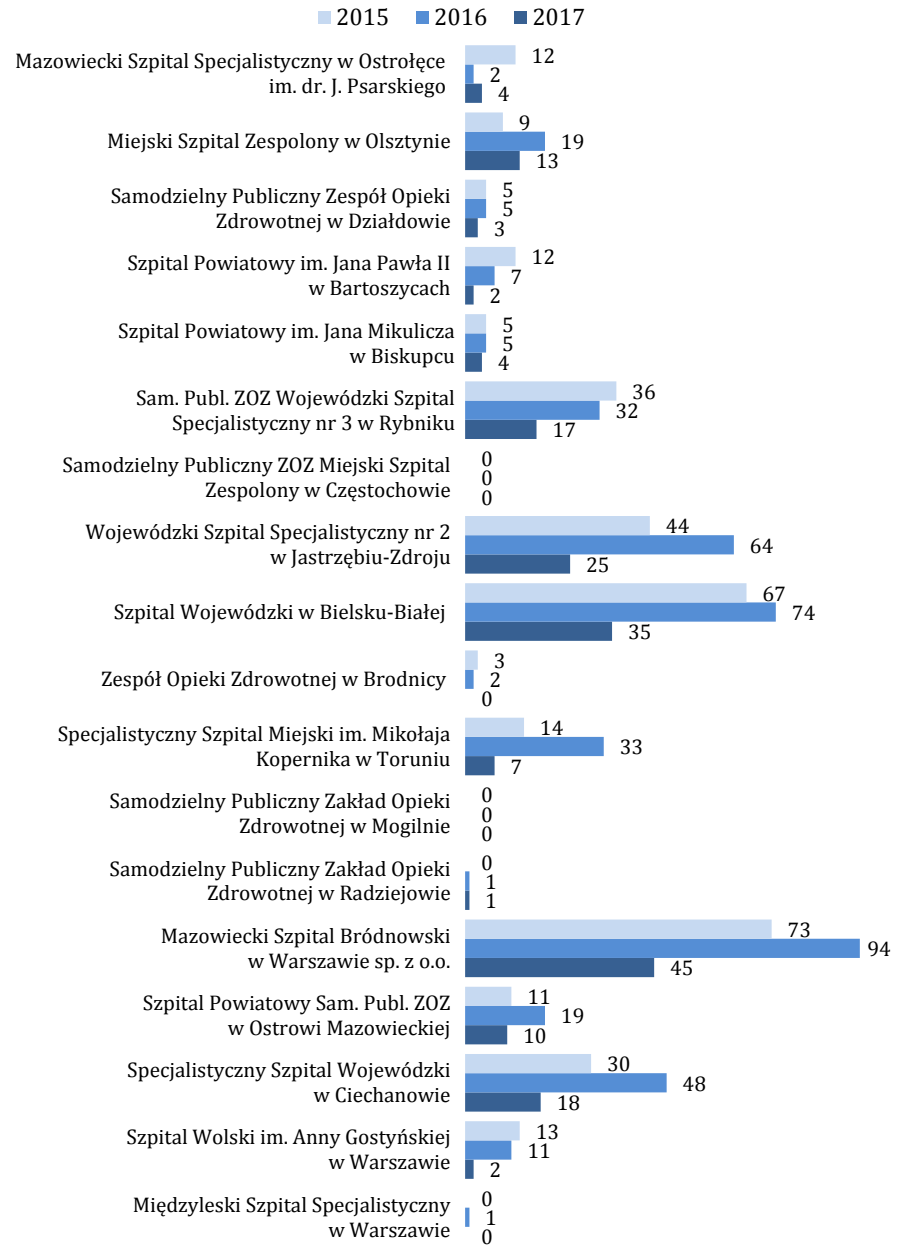
Wyniki kontroli NIK wskazują, że w latach 2015–2016 (I półrocze) w szpitalach objętych kontrolą wystąpiło 937 przypadków rozpoznania sepsy, w tym 521 (55,6%) w trzech szpitalach: Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim – 212 przypadków (22,6%), Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej – 176 (18,8%), Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Jastrzębiu Zdrój – 133 przypadki (14,2%). W pozostałych 15 szpitalach liczba przypadków rozpoznania sepsy w badanym okresie wynosiła od 0 do 96.

[113] Informacja dla NIK przekazana przez Kierownika Zakładu Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny (NIZP-PZH) z 29 stycznia 2018 r w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

[114] Informacja dla NIK przekazana przez Ministra Zdrowia 15 lutego 2018 r. w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

Infografika nr 9

Liczba przypadków rozpoznania sepsy w szpitalach skontrolowanych w okresie objętym kontrolą



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

W szpitalach objętych kontrolą (posiadających Izbę Przyjęć lub Szpitalny Oddział Ratunkowy) nie działał zespół szybkiego reagowania tzw. „sepsis team", który zgodnie z zaleceniami WHO, w każdym przypadku podejrzenia sepsy wykonuje niezwłocznie badania m.in.: a) mleczanów, b) krwi z posiewem. Jedną z przyczyn niepowstania tych zespołów były m.in. ograniczenia organizacyjne i osobowe.

W przypadku pacjentów zgłaszających się w ciężkim stanie do szpitala, w tym z podejrzeniem sepsy, po wstępnym badaniu w Izbie Przyjęć, pacjenci byli przyjmowani do oddziału szpitala, gdzie w trybie pilnym wykonywano niezbędną diagnostykę, a natępnie, w zależności od wyników badań, podejmowane były właściwe działania lecznicze.

W sprawozdawczości dotyczącej zakażeń szpitalnych sepsa nie była wykazywana. Rejestracji podlegały pierwotne i wtórne zakażenia krwi bez informacji o sepsie.

W okresie objętym kontrolą stwierdzono 830 przypadków ciężkiego przebiegu klinicznego zakażenia, 150 przypadków wstrząsu septycznego i 153 zgony.

5.3. Realizacja zaleceń i wniosków pokontrolnych Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Większość szpitali objętych kontrolą, w których stwierdzono nieprawidłowości, podjęła działania w celu realizacji zaleceń wynikających z decyzji wydanych przez organy inspekcji sanitarnej.

Organy inspekcji sanitarnej (państwowy powiatowy i wojewódzki inspektor sanitarny) przeprowadziły łącznie 305 kontroli w szpitalach w zakresie zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, o których mowa w art. 13 ustawy o zwalczaniu zakażeń oraz w zakresie spełniania wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

W czterech szpitalach (22,2%) kontrole inspekcji sanitarnej nie wykazały niewłaściwego stanu sanitarno-epidemiologicznego pomieszczeń Szpitala, jak również nieprawidłowości w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń.

Nieprawidłowości ujawnione przez PPIS i PWIS

W 14 szpitalach (77,8%) kontrole ujawniły nieprawidłowości, które skutkowały wydaniem 55 decyzji administracyjnych nakazujących ich usunięcie w wyznaczonym terminie.

Spośród nich większość, tj. 66,7%, zrealizowała zalecenia pokontrolne.

W **Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie** PPIS wydał sześć decyzji administracyjnych nakazujących natychmiastowe zamknięcie Oddziału Neonatologicznego i Położniczo-Ginekologicznego, w tym zaprzestanie przyjmowania nowych pacjentów i wstrzymanie ruchu wewnątrz oddziałów oraz natychmiastowe odsunięcie od pracy trzech członków personelu Oddziału Neonatologicznego, u których stwierdzono bezobjawowe nosicielstwo pałeczek Salmonella. Kontrola sprawdzająca potwierdziła wykonanie przez Szpital zaleceń wynikających z decyzji PPIS.

Do zakończenia czynności kontrolnych sześć szpitali nie wykonało dziewięć decyzji wydanych przez PPIS, tj. 16,4%.

Dwa szpitale[115] (11,1%) nie wykonały decyzji PPIS, w których nakazano zapewnienić w składzie osobowym ZKZS pielęgniarki lub położne w określonej liczbie i posiadające wymagane kwalifikacje (dwie decyzje) oraz lekarza posiadającego wymagane kwalifikacje do pełnienia funkcji przewodniczącego ZKZS (dwie decyzje).

[115] Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Działdowie (1), Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce (2).

W **Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Ostrołęce** od grudnia 2015 r.[116] nie podjęto skutecznych działań w celu zatrudnienia wymaganej liczby pielęgniarek epidemiologicznych. W składzie ZKZS zatrudniona była tylko jedna pielegniarka, podczas gdy, zgodnie z art. 15 ust. 1 pkt 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń, powinny być trzy. Dopiero w trakcie kontroli NIK Dyrektor Szpitala poinformował, że w celu zrealizowania zalecenia PPIS, w dniu 10 listopada 2017 r. ogłosił ofertę na zatrudnienie pielęgniarek epidemiologicznych.

W **Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Działdowie** nie wykonano decyzji PPIS z 2016 r. nakazującej zapewnienie udziału w ZKZS:
- lekarza posiadającego kwalifikacje wymagane do pełnienia funkcji przewodniczącego; w decyzji termin jej wykonania określono na 31 grudnia 2020 r. i wskazano, że przewodniczący ZKZS winien rozpocząć lub posiadać specjalizację w jednej z dziedzin wymienionych w § 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych;
- pielęgniarki epidemiologicznej posiadającej wymagane kwalifikacje do pełnienia funkcji w zespole, w terminie do 31 grudnia 2017 r.

W badanym okresie trzy szpitale[117] nie wykonały w wyznaczonym terminie pięciu decyzji, w których nakazano doprowadzenie do właściwego stanu sanitarno-technicznego pomieszczeń i urządzeń szpitala oraz doprowadzenie jakości wody ciepłej w instalacji szpitali do wymagań rozporządzenia w sprawie jakości wody.

Na wniosek tych szpitali, organy inspekcji sanitarnej wyrażały zgodę na prolongatę terminu wykonania obowiązków wynikających z decyzji, przy jednoczesnym zawieszeniu postępowania egzekucyjnego. Taka praktyka powodowała wydłużenie terminów usunięcia odstępstw od wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

W **Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim w Warszawie** nie wykonano dwóch decyzji PPIS, tj.:
- decyzji z 5 grudnia 2016 r., nakazującej zapewnienie skutecznej wentylacji w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych i w łazienkach dla pacjentów w Zespole Oddziałów Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Endokrynologii. Na wniosek Zarządu Szpitala termin wykonania decyzji przesunięto z 31 lipca 2017 r. na 31 października 2018 r.;
- decyzji z 7 grudnia 2016 r., stwierdzającej przekroczenie dopuszczalnej zawartości bakterii Legionella w instalacji wody ciepłej i doprowadzenie jakości wody do stosownych wymagań, w terminie do 31 marca 2017 r. Po uwzględnieniu wniosków Szpitala, wydłużono termin wykonania tej decyzji do dnia 31 maja 2018 r.

[116] W wyniku dwóch kontroli przeprowadzonych przez PPIS w dniach od 7 do 9 grudnia 2015 r. oraz od 5 do 16 grudnia 2016 r. stwierdzono zbyt małą liczbę pielęgniarek epidemiologicznych w składzie ZKZS, w związku z tym, że zatrudniona była jedna, a powinny być trzy. Do dnia zakończenia kontroli zalecenie PPIS w tym zakresie nie zostało zrealizowane.

[117] Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie (1), Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju (2), Samodzielny Publiczny ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku (3).

W **Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Jastrzębiu Zdroju** nie wykonano w wyznaczonym terminie dwóch decyzji, w tym jednej z dnia 25 maja 2016 r. dotyczącej usunięcia nieprawidłowości w Oddziale Intensywnej Terapii Dziecięcej, z terminem realizacji 10 lipca 2016 r. oraz decyzji z dnia 20 kwietnia 2017 r. dotyczącej zapewnienia właściwego stanu technicznego m.in. szafek i mebli w Oddziale Pediatrii, z terminem realizacji zaleceń 31 lipca 2017 r. PPIS wyraził zgodę na przedłużenie terminu wykonania tych decyzji odpowiednio do 31 grudnia 2017 r. i 31 lipca 2018 r.

W **Samodzielnym Publicznym ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 3 w Rybniku** PPIS nakazał, decyzją z 5 czerwca 2017 r., doprowadzenie do właściwego stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń poszczególnych Oddziałów oraz usunięcie ubytków w wykładzinie podłogowej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, a także odnowienie zniszczonej stolarki drzwiowej w brudowniku Oddziału Urologicznego, w terminie do 30 września 2017 r. Ponadto, nakazał odnowienie brudnych ścian, sufitów z odpadającej farby w łazienkach oraz odnowienie skorodowanych uchwytów przy prysznicach w łazienkach przy salach chorych na Oddziale Otolaryngologii Dzieci i Oddziale Chirurgii Dziecięcej w terminie do 21 grudnia 2017 r. oraz odnowienie ścian i sufitów w zakładzie anatomopatologii we wszystkich pomieszczeniach w terminie do 30 kwietnia 2018 r. W dniu 15 września 2017 r. PPIS wydał decyzję, na podstawie której termin usunięcia tych nieprawidłowości został przesunięty do 30 czerwca 2018 r.

Nie dostosowano pomieszczeń i urządzeń szpitala do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia

Dwa szpitale nie podjęły działań w celu dostosowania pomieszczeń i urządzeń do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Zgodnie z art. 207 ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[118], termin dostosowania szpitali określono na dzień 31 grudnia 2017 r.

Szpital Powiatowy SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej w programie dostosowawczym pozytywnie zaopiniowanym przez PWIS w czerwcu 2011 r. wykazał m.in. 44 odstępstwa od wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. oraz sposób i termin ich usunięcia. Do czasu zakończenia kontroli NIK w Szpitalu nie podjęto żadnych działań w celu realizacji programu dostosowawczego.

Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że głównym powodem był brak środków finansowych na zrealizowanie programu. W ostatnim okresie Szpital podpisał umowę na przebudowę SOR ze środków unijnych na kwotę ponad 6 mln zł, a w innym programie na remont i modernizację Oddziału Pediatrycznego i Ginekologiczno-Położniczego na kwotę ponad 8 mln zł. W znacznej mierze pozwoli to na zrealizowanie wymogów programu dostosowawczego.

Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce nie dostosował Centralnej Sterylizatorni i ZPO do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia, mimo że w programie dostosowawczym zobowiązał się do realizacji programu w terminie do 31 grudnia 2016 r. Do dnia zakończenia czynności kontrolnych NIK pomieszczenia i urządzenia Centralnej Sterylizatorni i ZPO nie zostały dostoso-

[118] Dz. U. z 2018 r. poz. 160, ze zm.

wane do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że zaniechano poprawy stanu technicznego pomieszczeń, w których zlokalizowany był ZPO, ze względu na brak środków finansowych, ale podjęto kroki w celu przekazania tej działalności podmiotowi zewnętrznemu, na co zgodę wyraziła Rada Społeczna Szpitala[119].

Nieterminowe przekazywanie PPIS raportów wstępnych

W czterech szpitalach[120] (22,2%) stwierdzono nieprawidłowości polegające m.in. na nieterminowym przekazywaniu PPIS raportów wstępnych o podejrzeniu lub stwierdzeniu wystąpienia ogniska epidemicznego lub sporządzaniu ich nierzetelnie, tj. niezgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala (§ 5 ust. 1 pkt 1)[121].

W **Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie** w raportach wstępnych z 2016 r. nie podano godziny powzięcia podejrzenia wystąpienia ogniska i godziny potwierdzenia epidemicznego wzrostu liczby zakażeń o podejrzeniu wystąpienia ogniska, pomimo że we wzorze tego raportu, będącym załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala – przewidziano podanie takich informacji.

Z opóźnieniem od sześciu do 11 dni przekazano do PPIS cztery raporty wstępne o podejrzeniu wystąpienia ogniska, co było niezgodne z § 5 ust. 2 tego rozporządzenia, który stanowi, że kierownik podmiotu leczniczego przekazuje je właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu w terminie 24 godzin od powzięcia podejrzenia wystąpienia ogniska.

W **Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Ostrołęce** raporty wstępne o podejrzeniu lub wystąpieniu ogniska epidemicznego przekazywano z opóźnieniem wynoszącym od trzech do 11 dni w porównaniu do terminu określonego w § 5 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie czynników alarmowych. Ponadto, raporty były sporządzone niezgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie czynników alarmowych. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że nieprawidłowość wynikała z niedopatrzenia oraz że zadanie to zostanie przypisane pielęgniarce epidemiologicznej.

W **Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Działdowie** raporty wstępne o podejrzeniu lub wystąpieniu ogniska epidemicznego oraz raporty końcowe o wygaszeniu ogniska epidemicznego sporządzone były niezgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 i nr 3 do rozporządzenia o czynnikach alarmowych (§ 5 ust. 1 pkt 1).

[119] Uchwała nr 9/2016 z 15 września 2016 r.

[120] Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy (1), Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce (2), Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie (3), Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Działdowie (4).

[121] Stwierdzona nieprawidłowość w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Działdowie polegała na sporządzaniu raportów niezgodnie ze wzorem określnym w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia o czynnikach alarmowych.

5.4. Koszty leczenia zakażeń szpitalnych i funkcjonowania systemu przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym

Mimo, iż w okresie objętym kontrolą szpitale ponosiły coraz wyższe koszty związane z utrzymaniem systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń, to nie wpłynęło to jednak na zmniejszenie liczby zakażonych pacjentów oraz nie spowodowało zmniejszenia ponoszonych przez szpitale kosztów związanych z przedłużeniem hospitalizacji będących konsekwencją zakażeń szpitalnych.

W okresie objętym kontrolą zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych regulowała ustawa o działalności leczniczej, która określa m.in. zasady wykonywania działalności leczniczej i zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami, np. SPZOZ. Przepisy tej ustawy nie zobowiązują świadczeniodawców do prowadzenia rachunku kosztów, w tym kosztów leczenia osób z rozpoznaniem zakażenia szpitalnego, mimo że koszty ich leczenia obciążają finanse szpitali. Taki obowiązek na publiczne zakłady opieki zdrowotnej nakładała ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej[122], która z dniem 1 lipca 2011 r. została uchylona.

Nieprowadzenie ewidencji kosztów związanych z leczeniem zakażeń szpitalnych

W siedmiu szpitalach[123] (38,9%) nie prowadzono ewidencji księgowej kosztów związanych z leczeniem zakażeń szpitalnych.

Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach nie posiadał danych dotyczących m.in. szacunkowych kosztów związanych z przedłużeniem hospitalizacji pacjentów, u których wystąpiło zakażenie szpitalne. Brak takich danych oraz analiz w tym zakresie Dyrektor Szpitala tłumaczył niedoskonałością posiadanych narzędzi informatycznych, a w szczególności brakiem współpracy pomiędzy systemem informatycznym liczącym koszty a systemem medycznym CLININET.

W **Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Radziejowie** prowadzona ewidencja księgowa uniemożliwiała przypisanie ponoszonych kosztów lub ich części do działań związanych z profilaktyką i leczeniem pacjentów z zakażeniem szpitalnym. W związku z tym w Szpitalu nie było możliwe monitorowanie i analizowanie kosztów w takim ujęciu.

Szacunkowe koszty ponoszone przez szpitale z powodu leczenia pacjentów z zakażeniem szpitalnym

Średni pobyt pacjenta w szpitalu, u którego nie stwierdzono zakażenia szpitalnego, wynosił 5,64 dnia, podczas gdy pobyt pacjenta z rozpoznanym zakażeniem szpitalnym był znacznie dłuższy i wynosił 16,35 dnia. Jak wynika z wyjaśnień dyrektorów szpitali, wydłużony czas pobytu pacjenta w szpitalu jest kluczowym czynnikiem wpływającym na koszty leczenia pacjenta z rozpoznanym zakażeniem szpitalnym. Szacunkowe koszty związane z przedłużeniem hospitalizacji 11 488 pacjentów, u których rozpoznano zakażenie szpitalne, wyniosły 85 774 tys. zł. Do oszacowania tych kosztów przyjęto: wydłużony czas pobytu pacjenta z zakażeniem w dniach,

[122] Dz. U. z 2007 r. Nr 14 poz. 89, ze zm.

[123] Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radziejowie (1), Specjalistyczny Szpital Miejski im. Mikołaja Kopernika w Toruniu (2), Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie (3), Szpital Powiatowy SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej (4), Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy (5), Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach (6), Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Działdowie (7).

średni koszt osobodnia wyliczony dla hospitalizacji sfinansowanych przez NFZ oraz liczbę pacjentów hospitalizowanych z powodu zakażeń szpitalnych.

W **Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie** koszty związane z leczeniem pacjentów, u których rozpoznano zakażenie szpitalne, wyniosły 10 373,4 tys. zł, w tym 3288,4 tys. zł w 2015 r., 4407,2 tys. zł w 2016 r. i 2677,8 tys. zł w I półroczu 2017 r. W latach 2015–2017 (I półrocze) w Szpitalu hospitalizowano z tego powodu łącznie 1240 pacjentów, w tym: 383 w 2015 r., 352 w 2016 r. i 505 w I półroczu 2017 r. Przeciętne wydłużenie hospitalizacji zakażonego pacjenta w poszczególnych latach wyniosło odpowiednio: 7, 9 i 5 dni. Średni koszt leczenia pacjenta, u którego wykryto zakażenie szpitalne, wynosił 8365,6 zł (8585,9 zł w 2015 r., 12 520,5 zł w 2016 r., 5302,6 zł w I półroczu 2017 r.).

W **Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim w Warszawie** z powodu zakażenia szpitalnego hospitalizowano 1647 pacjentów, a szacunkowe koszty ich leczenia wyniosły 7106,8 tys. zł. Średni szacunkowy koszt leczenia pacjenta w badanym okresie wynosił 4315 zł.

Koszty funkcjonowania systemu przeciwdziałania zakażeniom spitalnym

Koszty funkcjonowania systemu przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym

W latach 2015–2017 (I półrocze) w szpitalach objętych kontrolą szacunkowe koszty związane z utrzymaniem systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń wyniosły łącznie 388 177 tys. zł, w tym 147 621,4 tys. zł w 2015 r., 157 434,1 w 2016 r. i 83 121,5 tys. w I półroczu 2017 r. W porównaniu do 2015 r. poniesione koszty w 2016 r. były wyższe o 9812,7 tys. zł, tj. o 6,6%.

Największy udział w kosztach poniesionych na funkcjonowanie systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń ogółem stanowiły koszty zużycia sprzętu jednorazowego użytku 40,9% (158 728,1 tys. zł).

Na koszty związane z funkcjonowaniem systemu, w łącznej wysokości 229 448,9 tys. zł, złożyły się koszty dotyczące zatrudnienia personelu medycznego związanego ze zwalczaniem zakażeń szpitalnych[124] 15 453,1 tys. zł (4%), w tym koszty zatrudnienia pielęgniarki epidemiologicznej 4602,2 tys. zł (1,2%) oraz pozostałe koszty w kwocie 213 995,8 tys. zł, w tym m.in. koszty badań mikrobiologicznych – 18 945,6 tys. zł (4,9%), koszty zużycia antybiotyków – 20 189,9 tys. zł (5,2%), koszty utrzymania czystości i dezynfekcji powierzchni szpitalnych – 88 291,0 tys. zł (22,7%), w tym koszty zużycia środków dezynfekcyjnych – 8787,8 tys. zł (2,3%) i koszty zużycia środków czystościowych – 4245,4 tys. zł (1,1%) oraz koszty związane z procesem sterylizacji i dekontaminacji – 43 795,1 tys. zł (11,3%), koszty utylizacji odpadów medycznych – 8051,8 tys. zł (2,1%), koszty utrzymania pralni szpitalnej – 23 194,3 tys. zł (6%).

[124] Wynagrodzenia osobowe wraz z pochodnymi od tych wynagrodzeń.

Koszty badań mikrobiologicznych związanych z profilaktyką i leczeniem zakażeń wyniosły łącznie 18 945,6 tys. zł, w tym: 7277,1 tys. zł w 2015 r., 7750,7 tys. zł w 2016 r., 3917,8 tys. zł w I półroczu 2017 r.

Postępowania sądowe przeciwko szpitalowi

W latach 2016–2017 prowadzono przeciwko 12 szpitalom (66,7%) postępowania sądowe związane z wystąpieniem zakażenia szpitalnego. Spośród 28 wniosków, na dzień 30 czerwca 2017 r., pięć zostało oddalonych przez sąd jako niezasadne, 13 nie było zakończonych prawomocnym orzeczeniem, natomiast w przypadku 11 wniosków zakończonych wydaniem prawomocnego orzeczenia zasądzono na rzecz pacjentów łączną kwotę 180,9 tys. zł oraz pokrycie kosztów sądowych w łącznej kwocie 21,1 tys.zł.

Przeciwko **Szpitalowi Powiatowemu im. Jana Mikulicza w Biskupcu** wszczęte zostało jedno postępowanie sądowe z tytułu zakażeń szpitalnych (zakończone we wrześniu 2016 r.). W jego wyniku Szpital został obciążony kosztami w łącznej wysokości 17,91 tys. zł[125], które zostały pokryte z jego polisy ubezpieczeniowej.

5.5. Nadzór epidemiologiczny nad szpitalami oraz zakres i kompletność danych zbieranych o sytuacji epidemiologicznej

Sprawowanie przez organy Państwowej Inpekcji Sanitarnej nadzoru epidemiologicznego polegało między innymi na przeprowadzaniu kontroli w szpitalach. Stwierdzone w ich wyniku nieprawidłowości były jednak usuwane z opóźnieniem lub też – w przypadku złej sytuacji finansowej – nieusuwane w ogóle. Kontrola NIK wykazała również nieprawidłowości w funkcjonowaniu samych stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Realizacja przez podmioty lecznicze działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz prowadzenie dokumentacji tych działań podlega, zgodnie z właściwością, kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń, kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej podlegają działania obejmujące w szczególności: ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych[126], stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych, wykonywanie badań laboratoryjnych oraz analizę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej, pro-

[125] W tym: 15,38 tys. zł zadośćuczynienia, 2,37 tys. zł tytułem zwrotu kosztów procesu i 0,16 tys. zł tytułem zwrotu kosztów sądowych.

[126] W tym dekontaminacji: a) skóry i błon śluzowych lub innych tkanek, b) wyrobów medycznych, wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, wyposażenia wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro i aktywnych wyrobów medycznych do implantacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych oraz powierzchni pomieszczeń i urządzeń.

wadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji działań, oraz prowadzenie dokumentacji tych działań, w tym wyniki kontroli wewnętrznej.

Zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej na terenie powiatu wykonywane są przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego (PPIS) przy pomocy podległej mu powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej, będącej podmiotem leczniczym, finansowanym z budżetu państwa.

NIK skontrolowała cztery powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne[127] (PSSE) spośród 318 wykonujacych zadania Panstwowej Inspekcji Sanitarnej na terenie powiatu[128].

Niespełnianie wymagań przez pracowników PSSE

Spośród czterech PSSE, w dwóch Stacjach w Toruniu i Ciechanowie pracownicy zatrudnieni na stanowisku odpowiednio kierownika Sekcji Mikrobiologii Oddziału Laboratoryjnego i p.o. kierowanika Sekcji Epidemiologii nie spełniali wymagań określonych w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególne stanowiska pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej[129].

W **PSSE w Toruniu** obowiązki kierownia Sekcji Mikrobiologii Oddziału Laboratoryjnego powierzono kolejno dwóm pracownikom, którzy nie posiadali wymaganej przepisami prawa specjalizacji.

Dyrektor **PSSE w Ciechanowie** wyjaśniła, że poprzedni kierownik Sekcji przeszedł na emeryturę w czerwcu 2014 r., a wśród pracowników Sekcji nie było osoby posiadającej wymagane kwalifikacje, natomiast podjęte próby zatrudnienia osoby o takich kwalifikacjach nie powiodły się.

W latach 2016–2017 (I półrocze) Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni w Ciechanowie, Olsztynie, Rybniku i Toruniu sprawowali nadzór sanitarno-epidemiologiczny nad 19 szpitalami, w tym PPIS w Toruniu i w Olsztynie[130]po siedem szpitali, PPIS w Rybniku[131] cztery, PPIS w Ciechanowie jeden – Specjalistyczny Szpital Wojewódzki.

W okresie objętym kontrolą, pracownicy PSSE przeprowadzili w szpitalach łącznie 125 kontroli, przy czym najwiecej kontroli przeprowadziła PSSE w Toruniu – 71 (średnio ok. 10 w każdym szpitalu), a najmniej PSSE w Olsztynie łącznie 7 (po jednej kontroli w szpitalu)[132].

Zakres kontroli przeprowadzonych w szpitalach

Spośród 125 kontroli – 53 (42,4%) dotyczyło spełniania wymagań higieniczno-sanitarnych w ramach bieżącego nadzoru, 25 – (20%) związanych było z wystąpieniem ognisk epidemicznych, 17 – (13,6%) sprawdzajacych wykonanie decyzji wydanych w okresie wcześniejszym, 20 – (16%) realizacji działań zapobiegających szerzeniu zakażeń i chorób zakaźnych, w tym

[127] W Ciechanowie, Olsztynie, Rybniku, Toruniu.

[128] Według Głównego Inspektora Sanitarnego, w Polsce zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej są realizowane przez 344 stacje sanitarno–epidemiologiczne, tj. 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych (WSSE), 318 powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych (PSSE) i 10 granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych.

[129] Dz. U. Nr 48, poz.283.

[130] Obszarem działania PSSE jest miasto Olsztyn i powiat olsztyński.

[131] Obszarem działania PSSE jest powiat rybnicki oraz miasta na prawach powiatu Rybnik i Żory.

[132] W badanym okresie 30 kontroli przeprowadziła PSSE w Rybniku, a 16 PSSE w Ciechanowie.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5 kontroli dotyczyło nadzoru nad działalnością zespołów i komitetów kontroli zakażeń szpitalnych.

PSSE w Ciechanowie, w związku z wystąpieniem ośmiu ognisk[133] epidemicznych[134], przeprowadziła w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie 10 kontroli doraźnych, obejmujących m.in. sprawdzenie stanu sanitarno-higienicznego w oddziałach szpitalnych oraz przestrzeganie przez personel obowiązujących procedur w zakresie ochrony pacjentów przed przenoszeniem się zakażeń wewnątrzzakładowych. Kontrole te zostały przeprowadzone i udokumentowane zgodnie z Procedurą techniczną PTN-01/EPN z dnia 30 marca 2015 r. pn. „Postępowanie w ognisku zakażenia szpitalnego".

W wyniku przeprowadzonych kontroli doraźnych PSSE wydała sześć decyzji administracyjnych, w których nakazano natychmiastowe zamknięcie Oddziału Neonatologicznego i Położniczo-Ginekologicznego, w tym zaprzestanie przyjmowania nowych pacjentów i wstrzymanie ruchu wewnątrz oddziałów oraz natychmiastowe odsunięcie od pracy trzech członków personelu Oddziału Neonatologicznego, u których stwierdzono bezobjawowe nosicielstwo pałeczek Salmonella.

W wyniku przeprowadzenia sześciu kontroli sprawdzających stwierdzono wykonanie przez Szpital decyzji nakazujących usunięcie nieprawidłowości w wyznaczonym terminie.

W wyniku kontroli przeprowadzonych przez pracowników PSSE w Rybniku w zakresie zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, stwierdzono w dwóch szpitalach nieprawidłowości, które dotyczyły:

- powołania przewodniczącej ZKZS niespełniającej wymagań określonych w § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych – w Szpitalu Miejskim[135];
- wyznaczenia, jako przewodniczącego ZKZS, lekarza nieposiadającego kwalifikacji określonych w § 2 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia oraz braku w zespole jednej pielęgniarki lub położnej specjalisty do spraw epidemiologii lub higieny epidemiologii, co stanowiło naruszenie art. 15 ust. 1 pkt 1 i pkt 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń – w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych[136].

[133] W tym:
– cztery ogniska w 2016 r., w tym trzy wywołane przez Klebsiella pneumoniae MBL+ na oddziałach: Neurologicznym, Chirurgii Ogólnej i Wewnętrznym oraz jedno wywołane pałeczkami Salmonella infantis na Oddziale Neonatologicznym;
– cztery ogniska w I półroczu 2017 r., w tym trzy wywołane przez Klebsiella pneumoniae MBL+ na oddziałach: Neurologicznym, Chirurgii Ogólnej i Wewnętrznym oraz jedno wywołane przez Clostridium diffiicile na Oddziale Chirurgii Ogólnej. Według raportów wstępnych o podejrzeniu lub wystąpieniu ww. ognisk epidemicznych przebywało w nich ogółem 12 pacjentów z zakażeniem objawowym oraz 12 z bezobjawowym nosicielstwem. Wg raportów końcowych z wygaszenia ww. ognisk epidemicznych, liczba pacjentów w tych ogniskach z zakażeniem objawowym wzrosła do 23, a z bezobjawowym nosicielstwem do 49. Ponadto zostało wykryte bezobjawowe nosicielstwo pałeczek Salmonella u trzech członków personelu Oddziału Neonatologicznego.

[134] Wystąpienie co najmniej dwóch epidemiologicznie powiązanych przypadków zachorowań, w których czynnikiem etiologicznym jest taki sam drobnoustrój o identycznym lub podobnym profilu oporności lub identycznym profilu genetycznym.

[135] Nieprawidłowość stwierdzona w czasie kontroli w dniu 24 maja 2016 r. protokół kontroli nr 128/125/NS/E/2016.

[136] Nieprawidłowość stwierdzona w czasie kontroli w dniu 30 września 2016 r. protokół kontroli nr 245/125/NS/E/2016.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny, działając na podstawie art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej[137], obciążył szpitale karami finansowymi w łącznej kwocie 237,5 zł[138], natomiast nie wydał decyzji administracyjnej w trybie art. 27 ust. 1 nakazującej usunięcie nieprawidłowości w wyznaczonym terminie. Jak wyjaśnił Powiatowy Inspektor Sanitarny w Rybniku: „(...) w obu przypadkach zważywszy na racjonalność działania, PPIS odstąpił od wydawania decyzji nakazowej przyjmując, że poczynione działania przez strony spowodują w najbliższym czasie poprawę sytuacji w/w zakresie, PPIS nie stwierdził innych istotnych uchybień w zakresie działalności ZKZS, mogących mieć ujemne skutki dla zdrowia publicznego. (...). Fakt usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości sprawdzony zostanie podczas kontroli sanitarnej". W ocenie NIK, tak niskie kary nie spełniają swojej prewencyjnej roli.

W wyniku przeprowadzonych przez **PSSE w Rybniku** kontroli w zakresie spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego stwierdzono dziewięć nieprawidłowości w dwóch szpitalach:

- w Szpitalu nr 3 stwierdzono cztery nieprawidłowości stanowiące naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń, które dotyczyły stanu technicznego pomieszczeń i urządzeń. PPIS decyzją z dnia 29 marca 2016 r. nakazał usunięcie ww. nieprawidłowości w terminie do 15 grudnia 2016 r. oraz decyzją z 30 marca 2016 r. obciążył Szpital kwotą w wysokości 105 zł. Na wnioski Dyrektora Szpitala z 14 grudnia 2016 r. i 28 czerwca 2017 r. Powiatowy Inspektor Sanitarny dwukrotnie prolongował termin usunięcia nieprawidłowości, ustalając go do dnia 30 czerwca 2018 r.
- w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych stwierdzono pięć nieprawidłowości dotyczących stanu technicznego pomieszczeń i urządzeń, co stanowiło naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń. PPIS decyzją z 9 stycznia 2017 r. nakazał usunięcie ww. nieprawidłowości w terminie do 31 lipca 2017 r. i do 31 grudnia 2017 r. oraz decyzją z 9 stycznia 2017 r. PPIS obciążył Szpital kwotą w wysokości 90 zł. Na wniosek Dyrektora Szpitala z 12 lipca 2017 r. i 18 lipca 2017 r. Powiatowy Inspektor Sanitarny prolongował termin usunięcia nieprawidłowości do 31 grudnia 2017 r.

Dyrektorzy Szpitali jako przyczynę niewykonania decyzji wskazywali na trudną sytuację finansową Szpitali i szeroki zakres robót.

Niespełnianie wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia

Sposród 19 szpitali nadzorowanych przez PPIS 10 szpitali (52,6%) nie spełniało wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Pięć szpitali z siedmiu nadzorowanych przez **PPIS w Toruniu** było w trakcie realizacji programów dostosowania do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r., mimo że termin ich dostosowania upłynął – zgodnie z art. 207 ust.1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – 31 grudnia 2017 r. Głównym powodem niezrealizowania przez pięć

[137] Dz. U. z 2017 r. poz. 1261, ze zm.

[138] Szpital Miejski decyzją z 7 czerwca 2016 r. (0444/16) PPIS kwotą w wysokości 135 zł, a Szpital dla Nerwowo i Psychicznie chorych decyzją z 17 października 2016 r. (0857/16) kwotą w wysokości 102,50 zł.

nadzorowanych szpitali, programów dostosowania, jak wyjaśnił PPIS, był brak środków finansowych, trudności wynikające z architektury budynków, zbyt małej powierzchni i liczby pomieszczeń, a także szeroki zakres przedsięwziętych działań (budowa nowych i modernizacja istniejących budynków – WSzZ Rydygiera) i związanych z tym dużych nakładów finansowych. W obiektach całodobowych najwięcej trudności sprawiało zapewnienie w salach chorych dostępu do łóżek z trzech stron oraz utworzenie pokoi przygotowawczych przy punktach pielęgniarskich w oddziałach.

Cztery szpitale nadzorowane przez **PPIS w Rybniku** nie były dostosowane do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. Odstępstwa od wymagań dotyczyły m.in. lokalizacji pomieszczeń, dostępności do łóżek, odstępów między łóżkami, szerokości pokojów łóżkowych, pomieszczeń porządkowych, materiałów z jakich wykonano podłogi, szerokości drzwi w pomieszczeniach, instalacji wodnych i oświetleniowych, pokoi dla obserwowanych noworodków, śluzy umywalkowo-fartuchowej, zapewnienia izolatki w oddziale dziecięcym, odrębnych wózków na terenie centralnej sterylizatorni, bezpośredniej obserwacji pacjentów na stanowisku nadzoru pielęgniarskiego. PPIS w Rybniku wydał dwie decyzje merytoryczne nakazujące usunięcie nieprawidłowości w ustalonym terminie i siedem decyzji zmieniających termin ich wykonania. Ponadto, wydał cztery decyzje płatnicze na łączną kwotę 432,50 zł. Ostateczne terminy usunięcia nieprawidłowości wynikających z wydanych decyzji zostały wyznaczone na 31 grudnia 2017 r. i 30 czerwca 2018 r. Jak wyjaśnił Powiatowy Inspektor Sanitarny, stwierdzone w toku prowadzonych kontroli nieprawidłowości, o których mowa w art. 27 i art. 28 ustawy o PIS, nie powodowały według niego bezpośredniego zagrożenia dla życia lub zdrowia ludzi i w związku z tym nie było konieczności zawiadamiania o stwierdzonych uchybieniach organu powołanego do sprawowania nadzoru nad tą jednostką.

PPIS w Ciechanowie decyzją z dnia 25 stycznia 2017 r. nakazał Szpitalowi: zapewnienie należytego stanu powierzchni odbojników przyściennych w salach przygotowawczych z bezpośrednim dostępem do sal operacyjnych, w terminie do 30 czerwca 2017 r oraz dostosowania pomieszczeń z napisem „Izolatka" w Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym do wymogów określonych w § 21 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r., w terminie do 30 października 2018 r. W okresie od 16 października do 14 listopada 2017 r. pracownicy PSSE przeprowadzili planową, kompleksową kontrolę w Szpitalu, ale do 22 listopada 2017 r. nie sporządzono protokołu kontroli.

Zakres i kompletność zbieranych danych o stanie epidemiologicznym szpitali

Zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt 5 i 6 ustawy o zwalczaniu zakażeń, kierownicy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne są zobowiązani do sporządzania i przekazywania właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala i zgłaszania w ciągu 24 godzin potwierdzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych.

Wzory oraz sposób sporządzania raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala oraz tryb i terminy ich przekazywania właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu określa rozporządzenie Ministra

Zdrowia w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala[139].

W okresie od 1 stycznia 2015 r. do 30 czerwca 2017 r. zgłoszono PSSE łącznie 56 ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych, obejmujących 381 pacjentów i 10 pracowników szpitali. Najwiecej ognisk epidemicznych 23 (41% wszystkich ognisk) zgłoszono PSSE w Toruniu, które dotyczyły 159 pacjentów (117 osób w 2015 r., dziewięć osób w 2016 r. oraz 33 osoby w pierwszym półroczu 2017 r.), a także 10 pracowników szpitali.

Według raportów przekazywanych przez szpitale do PSSE, dominującymi czynnikami alarmowymi odpowiedzialnymi za zakażenia szpitalne były:
- pałeczki Gram-ujemne – Enterobacteriaceae spp. – 2063 zgłoszeń,
- rotawirus – 1486 zgłoszeń,
- szczepy chorobotwórcze laseczki beztlenowej Clostridium difficile – 730 zgłoszeń,
- biologiczne czynniki chorobotwórcze izolowane z krwi lub płynu mózgowo-rdzeniowego – 684 zgłoszeń.

Dane te były zawarte w przekazywanych PSSE przez szpitale raportach o bieżącej sytuacji epidemiologicznej (wstępnych, okresowych i końcowych), przesyłanych następnie PWIS wraz ze sprawozdaniami Powiatowej Stacji (okresowymi, rocznymi i końcowymi).

Sekcja Epidemiologii **PSSE w Ciechanowie** prowadziła, na podstawie zgłoszeń, o których mowa w art. 27 ust. 1 i art. 29 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń, rejestr zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną, zgonów z powodu zakażenia lub ich podejrzeń oraz przypadków stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych. Rejestr ten zawierał dane określone w art. 30 ust. 1 i ust. 3 ustawy o zwalczaniu zakażeń oraz informacje, o których mowa w § 2 ust. 1 rozporządzenia w sprawie prowadzenia rejestru. Na podstawie tego rejestru sporządzane były m.in. sprawozdania o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach – MZ-56.

W rejestrze za 2016 r. i I-sze półrocze 2017 r. odnotowano, odpowiednio 37 i siedem wszystkich zgłoszeń, które wykazano w sprawozdaniach MZ-56, przy czym: na 28 zgłoszeń ze Szpitala, 16 z nich nie zawierało informacji określonych w części III zgłoszenia pt. „Inne informacje". Mimo brakujących danych w zgłoszeniu (formularz ZLK-1), PSSE nie zwróciła się do Szpitala o ich uzupełnienie, zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie prowadzenia rejestru.

PSSE w Ciechanowie nie prowadziła na bieżąco rejestru ognisk zakażeń szpitalnych, zgodnie z pkt 5.2.3. Procedury nr PTN-01/EPN, zatwierdzonej przez PWIS w Warszawie. Pełniący obowiązki kierownika Sekcji Epidemiologii potwierdził, że rejestr ten nie był prowadzony na bieżąco z uwagi na dużą ilość obowiązków. PSSE nie sporządzała również raportów o zakażeniach i zachorowaniach na choroby zakaźne, ich podejrzeniach oraz o przypadkach stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego, o których mowa w § 6 ust. 2 rozporzadzenia z dnia 18 maja 2010 r. w sprawie sposobu prowadzenia reje-

[139] Dz. U. z 2011 r. Nr 294 poz. 1741, dalej: „rozporządzenie w sprawie czynników alarmowych".

stru zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną oraz zgonów spowodowanych zakażeniem lub chorobą zakaźną, ich podejrzeń, przypadków stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego oraz wzorów i terminów przekazywania raportów zawierających te informacje[140], zwanym dalej „rozporządzeniem w sprawie prowadzenia rejestru".

Do czasu przeprowadzenia kontroli NIK nie sporządzała także raportów o zgonach z powodu zakażeń lub chorób zakaźnych za poszczególne miesiące i cały 2016 r. oraz za styczeń 2017 r., tj. raportów, o których mowa w § 6 ust. 3 ww. rozporządzenia.

Pełniący obowiązki kierownika Sekcji Epidemiologii wyjaśnił, że od 2010 r. WSSE nie wymagała od PSSE sporządzania raportów o zakażeniach i zachorowaniach na choroby zakaźne. W kwestii braku raportów o zgonach z powodu zakażeń lub chorób zakaźnych wyjaśnił, że PSSE, mimo licznych interwencji telefonicznych i wysłanego pisma do Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie, nie otrzymywała informacji. Ponieważ w 2016 r. podmioty lecznicze, w tym Szpital, nie zgłaszały zgonów z powodu chorób zakaźnych, PSSE przyjmowała taki stan jako faktyczny. Dopiero 8 lutego 2017 r. zwrócono się pisemnie do Szpitala o przekazanie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zgonu z powodu zakażenia lub choroby (formularz ZLK-5), które uzyskano wraz z pismem 14 lutego 2017 r. W odpowiedzi Szpital przedstawił wykaz 19 zgonów z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej w 2016 r., informując jednocześnie, że zaległe zgłoszenia o zgonach dostarczą poszczególne oddziały szpitalne. Według stanu na dzień 17 listopada 2017 r., Szpital przekazał informację o 11 zgonach – wszystkie w dniu 20 lutego 2017 r. Dopiero 30 października 2017 r. Stacja poinformowała dyrektora Szpitala, że wśród zgłoszeń występują przypadki, o których Stacja nie została poinformowana na właściwych formularzach ZLK-5. Do 22 listopada 2017 r. Szpital nie przekazał 27 formularzy ZLK-5 za okres od 1 stycznia do 31 października 2017 r. oraz ośmiu formularzy ZLK-5 za 2016 r. Do zakończenia kontroli NIK pisma Stacji pozostały bez odpowiedzi.

Sposród 19 szpitali nadzorowanych przez PSSE objętych kontrolą, dziewięć (47,4%) nie spełniało wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

[140] Dz.U. Nr 94 poz. 610.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny kontroli

Celem głównym kontroli było udzielenie odpowiedzi na pytanie: czy system przeciwdziałania zakażeniom wewnątrzszpitalnym jest skuteczny?

Cele szczegółowe

Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe:

1) Czy nadzór epidemiologiczny w podmiocie leczniczym zorganizowany był zgodnie z obowiązującymi przepisami, w sposób umożliwiający jego skuteczne funkcjonowanie?
2) Czy działania w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych były prawidłowe i skuteczne?
3) Czy podmiot leczniczy realizował zalecenia i wnioski pokontrolne państwowej inspekcji sanitarnej?
4) Jakie koszty poniesiono w związku z leczeniem zakażeń szpitalnych i funkcjonowaniem systemu przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym?
5) Jak funkcjonował nadzór epidemiologiczny nad szpitalami, czy dane zbierane o sytuacji epidemiologicznej były kompletne?

Zakres podmiotowy

Kontrolą objęto 22 jednostki, w tym: 18 podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne i cztery powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne.

Kryteria kontroli

Kontrolę przeprowadzono w:

- 18 podmiotach leczniczych (szpitalach), w tym: w 17 działających w formie SPZOZ, utworzonych przez JST, oraz w jednym podmiocie działającym w formie spółki prawa handlowego pod firmą „Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Warszawie sp. z o.o.”[141], na podstawie art. 2 ust. 2 oraz art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli[142], z uwzględnieniem kryteriów: legalności, rzetelności i gospodarności;
- czterech powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych, będących podmiotami leczniczymi finansowanymi z budżetu państwa, na podstawie art. 2 ust. 1 oraz art. 5 ust.1 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów: legalności, gospodarności, celowości, i rzetelności.

Okres objęty kontrolą

Kontrolą objęto lata 2016–2017, z uwzględnieniem okresów wcześniejszych, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na kontrolowany okres.

Czynności kontrolne przeprowadzono w okresie od dnia 29 sierpnia 2017 r. do dnia 29 grudnia 2017 r.

Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK

W trakcie postępowania kontrolnego, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, uzyskano dodatkowe informacje od:

[141] Udział Samorządu Województwa Mazowieckiego: 100%.

[142] Dz. U. z 2017 r. poz. 524., zwana dalej: „ustawą o NIK”.

– Ministra Zdrowia[143] w następujących sprawach:
  a) kwalifikacji lekarza pełniącego funkcję przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych określonych w § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, w świetle postanowień art. 67 ustawy o zwalczaniu zakażeń, który stanowi, że do dnia 31 grudnia 2015 r. przewodniczącym zespołu kontroli zakażeń szpitalnych może być lekarz, który posiada specjalizację inną niż określona na podstawie art. 15 ust. 5 oraz ukończył kurs specjalistyczny z zakresu epidemiologii i kontroli zakażeń szpitalnych;
  b) utworzenia rejestru posocznicy (sepsy);
  c) przyczyn nieuwzględnienia zadań i uprawnień pielęgniarki epidemiologicznej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. poz. 497);
  d) nieokreślenia w instrukcji wypełniania Sprawozdania z działalności szpitala ogólnego MZ – 29, według jakiej przyczyny – wyjściowej, wtórnej czy bezpośredniej, świadczeniodawcy winni wykazywać liczbę zgonów;
– Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej w Warszawie w sprawie liczby lekarzy zarejestrowanych w Centralnym Rejestrze Lekarzy posiadających tytuł specjalisty lub specjalizacji pierwszego stopnia w dziedzinach: Epidemiologia, Higiena i epidemiologia, Mikrobiologia, Mikrobiologia lekarska, Choroby zakaźne, Organizacja ochrony zdrowia, Zdrowie publiczne; z podziałem na grupy wiekowe, według stanu na koniec 2015 r. i 2016 r. oraz na dzień 30 czerwca 2017 r.[144];
– Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położonych w sprawie[145] liczby pielęgniarek Polsce w badanym okresie, z podziałem na grupy wiekowe;

[143] Pismo NIK nr KZD.4121.006.2017 z dnia 30 stycznia 2018 r. Informacja otrzymana 13 lutego 2018 r. w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

[144] Pismo NIK nr KZD.4121.006.2017 z dnia 15 listopada 2017 r. Informacja otrzymana w dniu 29 listopada 2017 r. w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

[145] Pismo NIK nr KZD.4121.006.2017 r. z dnia 20 listopda 2017 r. Informacja otrzymana 7 grudnia 2017 r. w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

ZAŁĄCZNIKI

- Dyrektora Narodowego Instytutu Leków[146] w sprawie liczby hospitalizowanych pacjentów, u których zidentyfikowano m.in. Klebsiella pneumoniae NDM oraz liczby lekarzy, którzy ukończyli kurs specjalistyczny w zakresie epidemiologii dla przewodniczących zespołów kontroli zakażeń szpitalnych;
- Prezesa Nardowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia liczby pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaniem zakażenia szpitalnego i rozpoznaniem sepsy (posocznicy) w ramach umów podpisanych ze świadczeniodawcami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w latach 2015–2017, liczby pacjentów zmarłych podczas hospitalizacji w latach 2016–2017, w tym liczby pacjentów zmarłych z rozpoznaniem współistniejącym – zakażenie szpitalne[147];
- Dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w Warszawie w sprawie liczby szpitali udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, liczby łóżek szpitalnych, liczby pacjentów hospitalizowanych (dorosłych i dzieci), w tym z powodu zakażeń wewnątrzszpitalnych, liczby osobodni leczonych stacjonarnie, liczby zgonów, w tym z powodu zakażeń wewnątrzszpitalnych[148];
- Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie liczby wniosków i przyznanych przez Wojewódzkie Komisje do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych odszkodowań z tytułu zakażenia szpitalnego[149];

---

[146] Pod auspicjami Narodowego Instytutu Leków prowadzone są następujące ośrodki referencyjne:
1) Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Lekowrażliwości (KORLD), powołany decyzją Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 stycznia 1997 r. (pismo nr PNN-01-80-EP/96). Główne zadania Ośrodka to m.in.: opracowywanie aktualnych "Rekomendacji doboru testów do oznaczania wrażliwości bakterii na antybiotyki i chemioterapeutyki", monitorowanie rozprzestrzeniania się w środowisku szpitalnym i pozaszpitalnym opornych szczepów gatunków bakterii, istotnych z punktu widzenia klinicznego i epidemiologicznego na obszarze Polski, identyfikacja nowych mechanizmów oporności przy użyciu metod fenotypowych i genotypowych, identyfikacja oraz oznaczanie lekowrażliwości nadsyłanych do Ośrodka szczepów bakteryjnych pochodzących z groźnych zakażeń oraz sprawiających trudności diagnostyczne, ze szczególnym uwzględnieniem patogenów alarmowych takich jak: enterokoki oporne na wankomycynę (fenotyp VRE), gronkowce oporne na meticilinę (MRSA i MRCNS), pneumokoki oporne na penicylinę, pałeczki Enterobacteriaceae wytwarzające laktamazy (AmpC, ESBL), szczepy pałeczek niefermentujących Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter spp., Stenotrophomonas maltophilia i innych wieloopornych, z uwzględnieniem produkcji metalo-?-laktamaz (MBL) oraz edukacja mikrobiologów, lekarzy i epidemiologów w zakresie metod oznaczania lekowrażliwości i klinicznej interpretacji wyników antybiogramów oraz analizy epidemiologicznej ognisk zakażeń.
2) Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego (KOROUN), powołany decyzją Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 1997 r. Ośrodek działa w obrębie Zakładu Epidemiologii i Mikrobiologii Klinicznej Narodowego Instytutu Leków. Celem działania KOROUN jest monitorowanie pozaszpitalnych bakteryjnych zakażeń ośrodkowego układu nerwowego i innych inwazyjnych zakażeń bakteryjnych nabytych poza szpitalem, w szczególności tych wywoływanych przez następujące gatunki bakteryjne: Neisseria meningitidis (dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, meningokoki); Streptococcus pneumoniae (dwoinki zapalenia płuc, pneumokoki); Haemophilus influenzae (pałeczki hemofilne); Streptococcus pyogenes (paciorkowce ropotwórcze grupy A); Streptococcus agalactiae (paciorkowce grupy B); Listeria monocytogenes.

[147] Informacja otrzymana 16 listopada 2017 r. w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

[148] Pismo NIK nr KZD.4121.006.2017 z dnia 20 września 2017 r. Informacja otrzymana 22 września 2017 r. (I wersja) i 16 stycznia 2018 r. (II wersja), w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

[149] Pismo NIK nr KZD.4121.006.2017 z dnia 18 stycznia 2018 r. Informacja otrzymana w dniu 24 stycznia 2018 r. w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

– Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych w sprawie liczby zarejestrowanych medycznych laboratoriów diagnostycznych i liczby diagnostów laboratoryjnych w poszczególnych latach z podziałem na województwa[150];
– Zakładu Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny (NIZP-PZH) w sprawie rejestru sepsy oraz liczby zachorowań i zapadalności na 100 tys. ludności na Clostridium difficile.

Udział innych organów kontroli na podstawie art. 12 ustawy o NIK

Do udziału w czynnościach kontrolnych nie powołano biegłych i specjalistów oraz nie współpracowano z organami kontroli, rewizji i inspekcji działającymi w administracji publicznej.

Pozostałe informacje

W trakcie kontroli nie zachodziła konieczność uzyskania dostępu do dokumentów niejawnych.

Wyniki kontroli przedstawiono w 22 wystąpieniach pokontrolnych. W 20 wystąpieniach pokontrolnych sformułowano 103 wnioski pokontrolne. Kierownicy dwóch szpitali zgłosili łącznie sześć zastrzeżeń do ocen, uwag i wniosków zawartych w wystąpieniach pokontrolnych, z których cztery oddalono, dwa uwzględniono w całości.

W wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do dyrektorów szpitali wnioskowano m.in. o:
– zapewnienie wymaganej liczby pielęgniarek epidemiologicznych w składzie ZKZS, tj. nie mniejszej niż jedna na 200 łóżek szpitalnych;
– podjęcie działań w celu zapewnienia w składzie ZKZS lekarza (przewodniczącego) posiadającego wymagane kwalifikacje;
– uzupełnienie składu KKZS o lekarza wykonującego zadania służby medycyny pracy;
– zapewnienie warunków realizacji zadań przypisanych ZKZS, dotyczących w szczególności: kontroli wewnętrznej działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń szpitalnych oraz kontroli zasadności ordynacji antybiotyków, konsultowania osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną, weryfikowania kart zakażenia szpitalnego, dokonywania oceny skuteczności wdrożonych procedur epidemiologicznych, gromadzenia i analizy danych dotyczących zachorowalności, chorobowości i śmiertelności z powodu zakażeń szpitalnych, rzetelnego dokumentowania powyższych działań;
– wprowadzenie procedury określającej zasady zakładania, weryfikowania i potwierdzania indywidualnych kart rejestracji zakażenia szpitalnego oraz rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych;
– uaktualnienie wzoru indywidualnej karty zakażenia szpitalnego, w drodze zarządzenia;
– dokumentowanie prowadzonych przez ZKZS konsultacji osób podejrzanych lub u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną;

[150] Pismo NIK nr KZD.4121.006.2017 z dnia 20 listopada 2017 r. Informacja otrzymana 27 listoopada 2017 r. w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

- zapewnienie realizacji obowiązku konsultowania przez ZKZS osób podejrzanych o zakażenie szpitalne lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie;
- zapewnienie uczestnictwa w posiedzeniach ZKZS pracownika firmy zewnętrznej realizującej świadczenia diagnostyki laboratoryjnej;
- rozdzielenie funkcji przewodniczącego KKZS i osoby sprawującej nadzór nad działalnością Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych;
- zobowiązanie KKZS do dokumentowania realizowanych zadań;
- zapewnienie udziału kierownika apteki szpitalnej w pracach KKZS;
- opracowanie przez KKZS standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w Szpitalu;
- zweryfikowanie szpitalnej listy antybiotyków w celu dostosowania do nowych pozycji antybiotyków umieszczonych w wykazie leków receptariusza szpitalnego;
- ujęcie w receptariuszu szpitalnym trybu zamawiania i zasad stosowania antybiotyków;
- organizowanie systematycznych, nie rzadziej niż raz na pół roku, posiedzeń KKZS;
- zobowiązanie lekarzy do bieżącego wypełnia kart zakażenia szpitalnego, tj. w momencie rozpoznania zakażenia i niezwłocznego ich przekazywania ZKZS;
- prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych w formie określonej przepisami prawa powszechnie obowiązującego;
- prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych na podstawie dokumentów, o których mowa w § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych;
- dokonywanie oceny ryzyka występowania zakażenia przy przyjmowaniu pacjentów do szpitala;
- wyeliminowanie przypadków nierzetelnego wypełniania karty oceny ryzyka wystąpienia zakażenia u pacjentów przyjmowanych na hospitalizację;
- wdrożenie jednolitych standardów oraz metodologii raportowania danych o zakażeniach oraz przeprowadzanie analiz porównawczych, a w przypadku stwierdzenia trendu wskazującego na pogorszenie się sytuacji w obszarze zakażeń, wdrażanie działań naprawczych;
- egzekwowanie od personelu medycznego pisemnego poświadczenia o zapoznaniu się z treścią procedur obowiązujących w szpitalu w zakresie epidemiologii szpitalnej oraz o zobowiązaniu się do przestrzegania zawartych w nich zapisów;
- dokumentowanie prowadzonych ocen skuteczności wdrożonych procedur zapobiegających szerzeniu się zakażeń szpitalnych oraz analiz dotyczących zachorowalności, chorobowości i śmiertelności z powodu zakażeń szpitalnych;
- prowadzenie dokumentacji zaszczepienia przeciw WZW typu B pracowników wykonujących zawód medyczny, narażonych na zakażenie;
- szkolenie wszystkich nowo przyjętych pracowników z obszaru działalności medycznej, z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych;

- wyeliminowanie przypadków dopuszczenia do pracy osób wykonujących zawód medyczny bez obowiązkowych szczepień ochronnych przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B;
- podjęcie działań w celu zastosowania rozwiązań chroniących pracowników przed zranieniem ostrymi narzędziami w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych;
- dokonywanie oceny prawidłowości i skuteczności wykonywania profilaktyki i terapii antybiotykowej;
- przeprowadzanie kontroli wewnętrznych w zakresie określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających się szerzeniu zakażeń i chorób zakaźnych oraz ich właściwe dokumentowanie w sporządzanych raportach;
- zatwierdzanie przez przewodniczącego ZKZS raportów z przeprowadzanych kontroli wewnętrznych;
- sporządzanie raportów z kontroli wewnętrznych ZKZS zawierających wszystkie wymagane informacje i dokumentowanie przekazania ich dyrektorowi szpitala i zatwierdzania przez przewodniczącego Zespołu;
- dostosowanie „Karty stanowiska pracy" członków ZKZS do struktury organizacyjnej obowiązującej w Szpitalu;
- terminowe zgłaszanie Powiatowemu Państwowemu Inspektorowi Sanitarnemu podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej,
- sporządzanie wstępnych raportów o podejrzeniu lub wystąpieniu ogniska epidemicznego oraz raportów końcowych o wygaszeniu ogniska epidemicznego zgodnie z obowiązującymi wzorami;
- zapewnienie terminowego przekazywania Państwowej Inspekcji Sanitarnej raportów o podejrzeniu ogniska epidemicznego;
- terminowe zgłaszanie właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznego czynnika chorobotwórczego oraz podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej;
- uzyskiwanie potwierdzeń zgłoszenia dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznego czynnika chorobotwórczego oraz podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej;
- dokumentowanie zgłaszania do właściwego Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego podejrzenia lub rozpoznania zakażeń szpitalnych;
- podjęcie działań w celu wykonania zaleceń Państwowego Inspektora Sanitarnego w zakresie doprowadzenia jakości wody ciepłej w instalacji szpitala do stosownych wymagań oraz zapewnienia skutecznej wentylacji w pomieszczeniach szpitala;
- poinformowanie adresata sprawozdań o działalności szpitala ogólnego MZ-29 o niezgodności danych ze stanem faktycznym za lata 2015–2016 oraz podjęcie działań w celu rzetelnego ich sporządzania w przyszłości,
- dokumentowanie okresowych przeglądów, czyszczenia lub dezynfekcji albo wymiany elementów instalacji i urządzeń wentylacji mechanicznej oraz klimatyzacji w celu terminowego ich wykonania, zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej niż co 12 miesięcy;

– terminowe przeprowadzanie przeglądów urządzeń wentylacji mechanicznej i klimatyzacji;
– dokonywanie z wymaganą częstotliwością czyszczenia lub dezynfekcji instalacji oraz urządzeń wentylacji mechanicznej i klimatyzacji;
– uwzględnienie w regulaminie organizacyjnym szpitala stanowiska specjalisty do spraw epidemiologii i higieny.

W wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych wnioskowano o:
– podjęcie działań zmierzających do zatrudnienia na stanowisku kierownika sekcji pracownika posiadającego specjalizację w dziedzinie medycyny mającej zastosowanie w realizacji zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej;
– podjęcie skutecznych działań na rzecz zatrudnienia na stanowisku kierownika Sekcji Epidemiologii osoby z wymaganymi kwalifikacjami;
– realizację obowiązków wynikających z § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 maja 2010 r. w sprawie sposobu prowadzenia rejestru zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną oraz zgonów spowodowanych zakażeniem lub chorobą zakaźną, ich podejrzeń, przypadków stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego oraz wzorów i terminów przekazywania raportów zawierających te informacje, tj. o sporządzanie:
  – raportów o zakażeniach i zachorowaniach na choroby zakaźne, ich podejrzeniach oraz przypadkach stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego,
  – raportów o zgonach z powodu zakażeń lub chorób zakaźnych oraz o wykazywaniu w nich rzetelnych i zgodnych ze stanem faktycznym danych;

oraz o prowadzenie Rejestru ognisk zakażeń szpitalnych, zgodnie z pkt 5.2.3. Procedury technicznej nr PTN-01/EPN z dnia 30 marca 2015 r. pn. „Postępowanie w ognisku zakażenia szpitalnego".

Według stanu na dzień 28 lutego 2018 r., z ogólnej liczby 103 wniosków pokontrolnych 32 zrealizowano, 36 pozostawały w fazie realizacji, a 35 wniosków nie zrealizowano.

Wykaz jednostek kontrolowanych

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności
1.	**Delegatura w Bydgoszczy**			
1.1.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radziejowie	Zbigniew Skonieczny, Dyrektor	Ocena opisowa
1.2.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie	Marek Gotowała, Dyrektor	Ocena negatywna

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności
1.3.		Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika w Toruniu	Krystyna Zaleska, Dyrektor	Ocena opisowa
1.4.		Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy	Dariusz Szczepański, Dyrektor	Ocena opisowa
1.5.		Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Toruniu	Hanna Wolska, Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny	Ocena opisowa
2.	**Delegatura w Katowicach**			
2.1.		Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	Ryszard Batycki, Dyrektor	Ocena opisowa
2.2.		Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	Grażyna Kuczera, Dyrektor	Ocena opisowa
2.3.		SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie	Wojciech Konieczny, Dyrektor	Ocena opisowa
2.4.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	Bożena Mocha – Dziechciarz, Dyrektor	Ocena opisowa
2.5.		Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Rybniku	Michał Dudek, Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny	Ocena opisowa
3.	**Delegatura w Olsztynie**			
3.1.		Szpital Powiatowy im. Jana Mikulicza w Biskupcu	Marek Pietras, p.o. Dyrektora	Ocena opisowa
3.2.		Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach	Sławomir Wójcik, Dyrektor	Ocena opisowa
3.3.		Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Działdowie	Elżbieta Leżuchowska, Dyrektor	Ocena opisowa
3.4.		Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie	Joanna Szymankiewicz-Czuździaniuk, Dyrektor	Ocena opisowa

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności
3.5.		Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Olsztynie	Teresa Parys, Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny	Ocena opisowa
4.	**Delegatura w Warszawie**			
4.1.		Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce	Wojciech Miazga, Dyrektor	Ocena opisowa
4.2.		Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Ciechanowie	Wiesława Krawczyk, Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny	Ocena opisowa
5.	**Departament Zdrowia**			
5.1.		Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie	Robert Mazur, Dyrektor	Ocena opisowa
5.2.		Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie	Jarosław Rosłon, Dyrektor	Ocena opisowa
5.3.		Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie	Andrzej Kamasa, Dyrektor	Ocena opisowa
5.4.		Szpital Powiatowy im. M. Skłodowskiej-Curie Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Ostrów Mazowiecka	Elżbieta Malec, Dyrektor	Ocena opisowa
5.5.		Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie sp. z o.o.	Teresa Maria Bogiel, Prezes Zarządu Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego	Ocena opisowa

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych

Uwarunkowania prawne

Najważniejszymi aktami prawnymi regulującymi zagadnienia dotyczące zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne są:
1) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[151],
2) ustawa o świadczeniach zdrowotnych,
3) ustawa o zwalczaniu zakażeń,
4) ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej[152],
5) ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia[153].

1. W okresie objętym kontrolą zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych regulowała ustawa o działalności leczniczej, która określa m.in. zasady wykonywania działalności leczniczej i zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami; zasady prowadzenia rejestru tych podmiotów; normy czasu pracy pracowników i zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (art. 1 pkt 1–5).

Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy o działalności leczniczej, użyte w ustawie określenie – szpital oznacza zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne.

Podmiotami leczniczymi są m.in. przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej i samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, zwane dalej również „SPZOZ" (art. 4 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej). Przepisy zawarte w dziale II rozdział 3 tej ustawy pn. „Podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami" regulują funkcjonowanie m.in. SPZOZ.

Nadzór nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (m.in. SPZOZ), pod względem zgodności jego działań z przepisami prawa, statutem i regulaminem organizacyjnym, sprawuje podmiot tworzący (art. 121 ust. 1 i 2 ww. ustawy).

Wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej, zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą[154].

2. W ustawie o świadczeniach zdrowotnych określony został m.in. zakres i warunki udzielania świadczeń medycznych oraz zasady i tryb ich finansowania ze środków publicznych, a także zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do tych świadczeń (art. 1 pkt 1–3).

Świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia,

[151] Dz. U. z 2018 r. poz.160, ze zm.
[152] Dz. U. z 2017 r. poz. 1261, ze zm.
[153] Dz. U. z 2016 r. poz. 2135.
[154] Dz. U. poz. 739.

zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie (art. 15 ust. 1 ww. ustawy). Świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu m.in. leczenia szpitalnego (art. 15 ust. 2 pkt 3 tej ustawy).

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez NFZ jest umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu (art. 132 ust. 1 ww. ustawy). Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w dziale VI ww. ustawy (art. 132 ust. 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych).

Wykaz i warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, zwanych dalej „świadczeniami gwarantowanymi", zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego[155].

3. Ustawa o zwalczaniu zakażeń określa:

1) zasady i tryb zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w tym zasady i tryb rozpoznawania i monitorowania sytuacji epidemiologicznej oraz podejmowania działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych w celu unieszkodliwienia źródeł zakażenia, przecięcia dróg szerzenia się zakażeń i chorób zakaźnych oraz uodpornienia osób podatnych na zakażenie;
2) zadania organów administracji publicznej w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
3) uprawnienia i obowiązki świadczeniodawców oraz osób przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (art. 1 pkt 1 – 3 tej ustawy).

Przepisy ustawy stosuje się do zakażeń i chorób zakaźnych, których wykaz jest określony w załączniku do tej ustawy oraz biologicznych czynników chorobotwórczych wywołujących te zakażenia i choroby (art. 3 ust. 1 tej ustawy).

W rozdziale III ustawy o zwalczaniu zakażeń przepisy dotyczą zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz innych czynności, w trakcie wykonywania których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek ludzkich.

Na podstawie art. 11 ust. 1 i 2 tej ustawy kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, które obejmują m.in:

– ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych;

[155] Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.

– monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń;
– opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym dekontaminacji m.in. skóry i błon śluzowych lub innych tkanek, wyrobów medycznych oraz powierzchni pomieszczeń i urządzeń;
– stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych;
– wykonywanie badań laboratoryjnych oraz analizę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej;
– prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

Przepisy art. 12 ust. 1 tej ustawy zobowiązują kierowników podmiotów leczniczych do prowadzenia dokumentacji realizacji działań, o których mowa w art. 11.

Sposób dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych określił Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji[156].

Zgodnie z § 1 ww. rozporządzenia, dokumentację z realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, zwaną dalej „dokumentacją", stanowią:
1) dokumenty zawierające opis sposobu postępowania w przypadku podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych;
2) oświadczenia pracowników podmiotów prowadzących dokumentację o zaznajomieniu się z dokumentami, o których mowa w pkt 1;
3) dokumenty zawierające opis wyników kontroli realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, wniosków pokontrolnych oraz zaleceń;
4) dokumenty zawierające opis działań mających na celu monitorowanie zagrożeń, czynników alarmowych, w szczególności w związku z pojawieniem się biologicznych czynników chorobotwórczych o szczególnej zjadliwości lub odporności na leczenie;
5) dokumenty zawierające opis działań mających na celu monitorowanie stanu zdrowia pracowników podmiotów prowadzących dokumentację, narażonych na działanie biologicznych czynników chorobotwórczych w miejscu pracy;
6) wyciągi, odpisy lub kopie dokumentów, o których mowa w pkt 1–5 (§ 1).

[156] Dz. U. Nr 100 poz. 645.

Na podstawie art. 13 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń realizacja działań, o których mowa w art. 11 i 12, oraz prowadzenie dokumentacji tych działań, w tym wyniki kontroli wewnętrznej, podlegają, zgodnie z właściwością, kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Minister Zdrowia, w rozporządzeniu z dnia 27 maja 2010 r. określił zakres i sposób prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, częstotliwość jej prowadzenia, sposób dokumentowania, a także warunki udostępniania i przechowywania tej dokumentacji[157].

Zgodnie z § 2 ust. 1 tego rozporządzenia, zakres kontroli wewnętrznej dotyczącej realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, zwanej dalej „kontrolą", obejmuje ocenę prawidłowości i skuteczności:
1) oceny ryzyka występowania zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
2) monitorowania czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń;
3) procedur zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym procedur dekontaminacji;
4) stosowania środków ochrony indywidualnej i zbiorowej;
5) wykonywania badań laboratoryjnych;
6) analizy lokalnej sytuacji epidemiologicznej;
7) profilaktyki i terapii antybiotykowej.

W ramach kontroli dokonuje się oceny działań określonych w § 2 w zakresie:
1) poprawności realizacji poszczególnych działań;
2) skuteczności realizacji tych działań.

Przepis § 3 ust. 2 ww. rozporządzenia stanowi, że ocena, o której mowa w ust. 1, jest oparta o:
1) ogólnodostępne standardy i wytyczne ośrodków referencyjnych,
2) zasady współczesnej wiedzy medycznej,
3) wytyczne konsultantów krajowych w odpowiednich dziedzinach medycyny znajdujących zastosowanie w działalności świadczeniodawcy, dotyczące zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych.

Zgodnie § 4 ust. 1 ww. rozporządzenia, kontrola jest prowadzona okresowo, nie rzadziej niż co 6 miesięcy. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości powtórną kontrolę przeprowadza się nie później niż w terminie 3 miesięcy od dnia przekazania raportu (§ 4 ust. 4 tego rozporządzenia).

Wyniki i wnioski z kontroli zamieszcza się w raporcie zawierającym: 1) informacje dotyczące celu i zakres kontroli; 2) imiona i nazwiska osób uczestniczących w kontroli; 3) datę przeprowadzenia kontroli; 4) opis stanu faktycznego; 5) informację o stwierdzonych nieprawidłowościach; 6) zalecenia pokontrolne. Raport z kontroli jest przekazywany: w zakładzie opieki zdrowotnej – kierownikowi zakładu; u innego świadczeniodawcy

[157] Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych (Dz. U. Nr 100, poz. 646).

– osobie odpowiedzialnej za udzielanie świadczeń zdrowotnych. W przypadku szpitali lub zespołów zakładów opieki zdrowotnej, w skład których wchodzi szpital, raport z kontroli jest zatwierdzany przez przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, a następnie przekazywany kierownikowi zakładu (§ 5 ust. 1–3 ww. rozporządzenia).

Kierownicy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, na podstawie art. 14 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń, są obowiązani do wdrożenia i zapewnienia funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, obejmującego:
- powołanie i nadzór nad działalnością zespołu i komitetu kontroli zakażeń szpitalnych;
- ocenę ryzyka i monitorowanie występowania zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych;
- organizację udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób zapewniający:
  a) zapobieganie zakażeniom szpitalnym i szerzeniu się czynników alarmowych,
  b) warunki izolacji pacjentów z zakażeniem lub chorobą zakaźną oraz pacjentów szczególnie podatnych na zakażenia szpitalne,
  c) możliwość wykonywania badań laboratoryjnych w ciągu całej doby,
  d) wykonywanie badań laboratoryjnych, umożliwiających identyfikację biologicznych czynników chorobotwórczych wywołujących zakażenia i choroby zakaźne oraz ich weryfikację przez podmioty, o których mowa w art. 9 ust. 2,
  e) ograniczenie narastania lekooporności biologicznych czynników chorobotwórczych w wyniku niewłaściwego stosowania profilaktyki i terapii antybiotykowej;
- monitorowanie i rejestrację zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych;
- sporządzanie i przekazywanie właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala;
- zgłaszanie w ciągu 24 godzin potwierdzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu.

Na podstawie art. 14 ust. 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń, kierownicy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne są obowiązani do gromadzenia w szpitalu informacji o zakażeniach szpitalnych i czynnikach alarmowych oraz prowadzenia rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych.

Stosownie do postanowień art. 14 ust. 4 ustawy o zwalczaniu zakażeń, informacje o zakażeniach szpitalnych i czynnikach alarmowych zawierają:
1) rozpoznanie kliniczne zakażenia szpitalnego lub czynnika alarmowego;
2) charakterystykę podstawowych objawów klinicznych;
3) okoliczności wystąpienia zakażenia, zachorowania lub zgonu z powodu zakażenia szpitalnego lub czynnika alarmowego, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka oraz charakterystyki biologicznego czynnika zakaźnego oraz inne informacje niezbędne do sprawowania nadzoru epidemiologicznego, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej.

Rejestr winien zawierać następujące dane osób, u których rozpoznano zakażenie szpitalne lub czynnik alarmowy:
1) imię i nazwisko;
2) datę urodzenia;
3) numer PESEL, a w przypadku gdy osobie nie nadano tego numeru – serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych;
4) płeć;
5) adres miejsca zamieszkania;
6) rozpoznanie kliniczne zakażenia szpitalnego lub czynnika alarmowego oraz charakterystykę podstawowych objawów klinicznych oraz okoliczności wystąpienia zakażenia, zachorowania lub zgonu z powodu zakażenia szpitalnego lub czynnika alarmowego, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka oraz charakterystyki biologicznego czynnika chorobotwórczego oraz inne informacje niezbędne do sprawowania nadzoru epidemiologicznego, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej (art. 14 ust. 5 ustawy o zwalczaniu zakażeń).

Rejestr zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych może być prowadzony w formie papierowej lub w systemie elektronicznym, a dane w nim zgromadzone są udostępniane podmiotom, o których mowa w art. 30 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń[158] (art. 14 ust. 6 tej ustawy).

Mając na względzie zapewnienie skuteczności zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz cele nadzoru epidemiologicznego, na podstawie art. 14 ust. 7 ustawy o zwalczaniu zakażeń, minister właściwy do spraw zdrowia określił w drodze rozporządzenia[159]:
1) listę czynników alarmowych;
2) sposób prowadzenia rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych, udostępniania danych nim objętych oraz okres ich przechowywania,
3) wzory oraz sposób sporządzania raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala, o których mowa w ust. 1 pkt 5 oraz tryb i terminy ich przekazywania właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu.

Zgodnie z art. 15 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń, w skład zespołu kontroli zakażeń szpitalnych wchodzą:
1) lekarz jako przewodniczący zespołu;
2) pielęgniarka lub położna jako specjalista do spraw epidemiologii lub higieny i epidemiologii, w liczbie nie mniejszej niż jedna na 200 łóżek szpitalnych;

[158] Przepisy art. 30 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń stanowią, że państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni, państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni lub wskazane przez nich specjalistyczne jednostki, właściwe ze względu na rodzaj zakażenia lub choroby zakaźnej, oraz Główny Inspektor Sanitarny lub wskazane przez niego krajowe specjalistyczne jednostki, właściwe ze względu na rodzaj zakażenia lub choroby zakaźnej, prowadzą rejestr zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną, zgonów z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ich podejrzeń oraz przypadków stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego (....).

[159] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala (Dz. U. Nr 294 poz.1741).

3) diagnosta laboratoryjny jako specjalista do spraw mikrobiologii, jeżeli lekarz wymieniony w pkt 1 nie posiada specjalizacji z dziedziny mikrobiologii lekarskiej.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych zostały określone kwalifikacje członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych.

Przewodniczący zespołu powinien posiadać co najmniej 3-letnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalu oraz:
1) posiadać tytuł specjalisty lub uzyskać specjalizację I stopnia w jednej z następujących dziedzin medycyny:
   a) epidemiologia lub higiena i epidemiologia,
   b) mikrobiologia lub mikrobiologia lekarska,
   c) choroby zakaźne,
   d) organizacja ochrony zdrowia,
   e) zdrowie publiczne lub
2) rozpocząć specjalizację w jednej z dziedzin wymienionych w pkt 1 lub posiadać inną specjalizację oraz co najmniej 2-letnie doświadczenie w pracy w zespole kontroli zakażeń szpitalnych i ukończyć kurs specjalistyczny w zakresie epidemiologii szpitalnej i posiadać świadectwo jego ukończenia lub być w trakcie odbywania kursu specjalistycznego w zakresie epidemiologii szpitalnej (§ 2).

Specjalista do spraw epidemiologii lub higieny i epidemiologii powinien: 1) posiadać specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, epidemiologii lub higieny i epidemiologii; 2) posiadać średnie medyczne lub wyższe wykształcenie w dziedzinie pielęgniarstwa; 3) posiadać co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie pielęgniarki lub w zawodzie położnej wykonywanym w szpitalu (§ 3).

Z kolei specjalista do spraw mikrobiologii powinien: 1) posiadać specjalizację w dziedzinie mikrobiologii, mikrobiologii medycznej lub mikrobiologii lekarskiej; 2) posiadać co najmniej 2-letnie doświadczenie w zawodzie diagnosty laboratoryjnego w szpitalnym laboratorium mikrobiologicznym albo innym laboratorium mikrobiologicznym wykonującym badania na rzecz szpitali (§ 4).

W art. 67 pkt 1–2 ustawy o zwalczaniu zakażeń postanowiono, że do dnia 31 grudnia 2015 r.:

1) przewodniczącym zespołu kontroli zakażeń szpitalnych może być lekarz, który posiada specjalizację inną niż określona na podstawie art. 15 ust. 5 oraz ukończył kurs specjalistyczny z zakresu epidemiologii i kontroli zakażeń szpitalnych;
2) w skład zespołu kontroli zakażeń szpitalnych mogą wchodzić pielęgniarki i położne, które do tego dnia zostały zatrudnione na stanowisku pielęgniarki epidemiologicznej oraz ukończyły kurs kwalifikacyjny z zakresu pielęgniarstwa epidemiologicznego.

Do zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, zgodnie z art. 15 ust. 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń, należy:

1) opracowywanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych;
2) prowadzenie kontroli wewnętrznej, o której mowa w art. 11 ust. 2 pkt 6, oraz przedstawianie wyników i wniosków z tej kontroli kierownikowi szpitala i komitetowi zakażeń szpitalnych;
3) szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych;
4) konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną.

W skład komitetu kontroli zakażeń szpitalnych, zgodnie z art. 15 ust. 3 ustawy o zwalczaniu zakażeń, wchodzą pracownicy szpitala:
1) kierownik szpitala lub jego przedstawiciel oraz wyznaczeni przez niego kierownicy komórek organizacyjnych szpitala, w tym działu diagnostyki mikrobiologicznej, centralnej sterylizatorni, apteki szpitalnej – jeżeli szpital posiada takie komórki organizacyjne;
2) przewodniczący oraz członkowie zespołu kontroli zakażeń szpitalnych;
3) osoba kierująca pracą pielęgniarek w szpitalu;
4) lekarz wykonujący zadania służby medycyny pracy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy.

Do zadań komitetu kontroli zakażeń szpitalnych, zgodnie z art. 15 ust. 4 ww. ustawy, należy:
1) opracowywanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych;
2) ocena wyników kontroli wewnętrznej przedstawianych przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych;
3) opracowywanie i aktualizacja standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w szpitalu.

Zgodnie z art. 16 ust. 1–3 ustawy o zwalczaniu zakażeń, osoby inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych podejmujące czynności, w trakcie wykonywania których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek ludzkich, są obowiązane do wdrożenia i stosowania procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami oraz chorobami zakaźnymi (ust. 1); procedury powinny regulować sposób postępowania przy wykonywaniu czynności, w trakcie których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek ludzkich, zasady stosowania sprzętu poddawanego sterylizacji oraz sposoby przeprowadzania dezynfekcji skóry i błon śluzowych oraz dekontaminacji pomieszczeń i urządzeń (ust. 2). Na wniosek podmiotu obowiązanego do wdrożenia i stosowania procedur, państwowy powiatowy inspektor sanitarny opiniuje te procedury (ust. 3).

W celu zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych wśród pracowników narażonych na działanie biologicznych czynników chorobotwórczych przeprowadza się zalecane szczepienia ochronne wymagane przy wykonywaniu czynności zawodowych, określonych na podstawie ust. 4.

Pracodawca lub zlecający wykonanie prac informuje pracownika lub osobę mającą wykonywać pracę, narażonych na działanie biologicznych czynników chorobotwórczych, przed podjęciem czynności zawodowych, o rodzaju zalecanego szczepienia ochronnego wymaganego przy wykonywaniu czynności zawodowych, określonych na podstawie ust. 4.

ZAŁĄCZNIKI

Działając na podstawie art. 20 ust. 4 ustawy o zwalczaniu zakażeń, Rada Ministrów w rozporządzeniu[160] z dnia 3 stycznia 2012 r. określiła wykaz rodzajów czynności zawodowych oraz zalecanych szczepień ochronnych wymaganych m.in. u pracowników zatrudnionych lub wyznaczonych do wykonywania tych czynności, stanowiący załącznik do rozporządzenia. Koszty przeprowadzania szczepień oraz zakupu szczepionek ponosi pracodawca (art. 20 ust. 2 i 3 ustawy o zwalczaniu zakażeń).

Na podstawie art. 21 ust. 1 i 2 ustawy o zakażeniach, lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje wystąpienie niepożądanego odczynu poszczepiennego, ma obowiązek, w ciągu 24 godzin od powzięcia podejrzenia jego wystąpienia, zgłoszenia takiego przypadku do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca powzięcia podejrzenia jego wystąpienia. Zgłoszenie zawiera dane osoby, u której podejrzewa się lub rozpoznano wystąpienie niepożądanego odczynu poszczepiennego: 1) imię i nazwisko; 2) datę urodzenia; 3) numer PESEL, a w przypadku gdy osobie nie nadano tego numeru – serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych; 4) płeć; 5) adres miejsca zamieszkania; 6) dane o stanie zdrowia oraz inne informacje niezbędne do sprawowania nadzoru nad występowaniem odczynów poszczepiennych, zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną (art. 21 ust. 1 i 2 ustawy o zakażeniach).

Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej[161] określił:

- wykaz zakażeń i chorób zakaźnych, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu są dokonywane zgłoszenia;
- podmioty, którym są przekazywane zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej;
- sposób dokonywania zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej;
- wzory formularzy zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej;
- tryb dokonywania zgłoszeń.

Zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej są przekazywane państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu albo państwowemu granicznemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla miejsca rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej (§ 8 tego rozporządzenia).

[160] Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 stycznia 2012 r. w sprawie wykazu rodzajów czynności zawodowych oraz zalecanych szczepień ochronnych wymaganych u pracowników, funkcjonariuszy, żołnierzy lub podwładnych podejmujących pracę, zatrudnionych lub wyznaczonych do wykonywania tych czynności (Dz. U. z 2012 r. poz. 40).

[161] Dz. U. z 2013 r. poz. 848.

Zgodnie z art. 27 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń, lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie, chorobę zakaźną lub zgon z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, jest obowiązany do zgłoszenia tego faktu właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu. Zgłoszenia dokonuje się niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili powzięcia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej.

W myśl art. 28 pkt 1–2 i pkt 4 tej ustawy, lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie, chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną kieruje osobę podejrzaną o zakażenie lub zachorowanie oraz zakażoną lub chorą na chorobę zakaźną do szpitala specjalistycznego zapewniającego izolację i leczenie tej osoby oraz niezwłocznie informuje szpital o tym fakcie, organizuje transport uniemożliwiający przeniesienia zakażenia na inne osoby, a także niezwłocznie powiadamia państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca podejrzenia, rozpoznania choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej lub stwierdzenia zgonu o podjętych działaniach.

Przepisy art. 29 ust. 1 powołanej ustawy stanowią, że diagnosta laboratoryjny lub inna osoba uprawniona do samodzielnego wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej, w przypadku uzyskania dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznego czynnika chorobotwórczego, są obowiązani do zgłoszenia tego faktu właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili uzyskania wyniku.

Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 25 marca 2014 r. w sprawie biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, wzorów formularzy zgłoszeń dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz okoliczności dokumentowania zgłoszeń[162] określił m.in.:
- 56 biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu,
- okoliczności dokonywania zgłoszenia dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych,
- wzór formularza zgłoszenia dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych w załączniku nr 2 do ww. rozporządzenia.

Zgodnie z § 4 tego rozporządzenia, zgłoszenie dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych, jest przekazywane również instytutowi badawczemu, ośrodkowi referencyjnemu, wojewódzkiej stacji sanitarno-epidemiologicznej lub powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej, właściwym ze względu na rodzaj biologicznego czynnika chorobotwórczego – w przypadku przekazywania do nich materiału klinicznego lub wyizolowanego biologicznego czynnika chorobotwórczego w celu przeprowadzenia dalszych badań.

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń, państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni, państwowi wojewódzcy inspektorzy

[162] Dz. U. poz. 459.

sanitarni lub wskazane przez nich specjalistyczne jednostki, właściwe ze względu na rodzaj zakażenia lub choroby zakaźnej oraz Główny Inspektor Sanitarny lub wskazane przez niego krajowe specjalistyczne jednostki, właściwe ze względu na rodzaj zakażenia lub choroby zakaźnej, prowadzą rejestr zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną, zgonów z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ich podejrzeń oraz przypadków stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego, zawierający:

– dane ze zgłoszeń ,
– dane uzyskane w ramach indywidualnego nadzoru epidemiologicznego, obejmujące: a) charakterystykę podstawowych objawów klinicznych, b) opis okoliczności wystąpienia zakażenia, zachorowania lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka, c) charakterystykę biologicznego czynnika chorobotwórczego.

Rejestr zawiera dane osób, u których podejrzewano albo rozpoznano zakażenie, chorobę zakaźną lub stwierdzono zgon z tego powodu oraz osób, u których stwierdzono dodatni wynik badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych: imię i nazwisko; datę urodzenia; numer PESEL, a w przypadku, gdy osobie nie nadano tego numeru - serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych, płeć, adres zamieszkania, rozpoznanie kliniczne zakażenia lub choroby zakaźnej, charakterystykę podstawowych objawów klinicznych, okoliczności wystąpienia zakażenia, zachorowania lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka, charakterystyki biologicznego czynnika zakaźnego oraz inne informacje niezbędne do sprawowania nadzoru epidemiologicznego, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej; rodzaj biologicznego czynnika chorobotwórczego i jego charakterystykę oraz inne informacje istotne dla sprawowania nadzoru epidemiologicznego, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej (art. 30 ust. 3 tej ustawy).

Dane gromadzone w rejestrach zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną, zgonów z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ich podejrzeń oraz przypadków stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego są przekazywane w formie raportów następującym podmiotom: państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, państwowemu wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu lub wskazanej przez nich specjalistycznej jednostce, właściwej ze względu na rodzaj zakażenia lub choroby zakaźnej oraz Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu lub wskazanej przez niego krajowej specjalistycznej jednostce, właściwej ze względu na rodzaj zakażenia lub choroby zakaźnej oraz krajowemu punktowi kontaktowemu wspólnotowego systemu wczesnego ostrzegania i reagowania oraz krajowemu punktowi centralnemu do spraw Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych, działającemu na podstawie odrębnych przepisów (art. 30 ust. 4 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi).

Sposób prowadzenia rejestru zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną, zgonów z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ich podejrzeń oraz przypadków stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego w kie-

runku biologicznych czynników chorobotwórczych, zwany dalej „rejestrem", sposób udostępniania danych objętych tym rejestrem oraz okres przechowywania tych danych, wzory i terminy przekazywania raportów o zakażeniach i zachorowaniach na chorobę zakaźną, zgonach z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ich podejrzeniach oraz przypadkach stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych, określił Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 18 maja 2010 r. w sprawie sposobu prowadzenia rejestru zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną oraz zgonów spowodowanych zakażeniem lub chorobą zakaźną, ich podejrzeń, przypadków stwierdzenia dodatniego badania laboratoryjnego oraz wzorów i terminów przekazywania raportów zawierających te informacje[163].

Raporty o zakażeniach i zachorowaniach na chorobę zakaźną, zgonach z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ich podejrzeniach oraz przypadkach stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych są sporządzane przez podmiot prowadzący rejestr co miesiąc, co kwartał oraz co rok (§ 6 ust. 1 rozporządzenia).

Wzór raportu o zakażeniach i zachorowaniach na choroby zakaźne, ich podejrzeniach oraz przypadkach stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych określa załącznik nr 1 do ww. rozporządzenia.

Wzór raportu o zgonach z powodu zakażeń lub chorób zakaźnych oraz podejrzeniach zgonów z ich powodów określa załącznik nr 2 do ww. rozporządzenia.

Zgodnie z § 6 ust. 5–6 przedmiotowego rozporządzenia, państwowy powiatowy inspektor sanitarny oraz specjalistyczne jednostki wskazane do prowadzenia rejestru przez państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego przekazują państwowemu wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu raporty, o których mowa w ust. 1, w terminie:

1) siedem dni od dnia następującego po ostatnim dniu miesiąca, którego raport dotyczy;
2) 10 dni od dnia następującego po ostatnim dniu kwartału, którego raport dotyczy;
3) 20 dni od dnia następującego po ostatnim dniu roku, którego raport dotyczy.

Państwowy wojewódzki inspektor sanitarny przekazuje raporty, o których mowa w ust. 1, Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostce, a także krajowemu punktowi kontaktowemu wspólnotowego systemu wczesnego ostrzegania i reagowania oraz krajowemu punktowi centralnemu do spraw Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych w terminie:

1) 10 dni od dnia następującego po ostatnim dniu miesiąca, którego raport dotyczy;

[163] Dz. U. Nr 94, poz. 610.

2) 20 dni od dnia następującego po ostatnim dniu kwartału, którego raport dotyczy;
3) 40 dni od dnia następującego po ostatnim dniu roku, którego raport dotyczy.

4. W ustawie z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej[164], zwanej dalej również „ustawą o PIS", określone zostały zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zgodnie z art. 1 pkt 7 tej ustawy, Państwowa Inspekcja Sanitarna jest powołana do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności poprzez sprawowanie nadzoru m.in. nad warunkami higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne - w celu ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych.

Do zakresu działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w dziedzinie zapobiegania i zwalczania chorób, o których mowa w art. 2, należy m.in.: dokonywanie analiz i ocen epidemiologicznych, opracowywanie programów i planów działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej, przekazywanie ich do realizacji podmiotom leczniczym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz kontrola realizacji tych programów i planów, a także wydawanie zarządzeń i decyzji lub występowanie do innych organów o ich wydanie - w wypadkach określonych w przepisach o zwalczaniu chorób zakaźnych (art. 5 pkt 1, 2 i 4 tej ustawy).

Zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonują m.in. następujące organy:
1) Główny Inspektor Sanitarny,
2) państwowy wojewódzki inspektor sanitarny jako organ rządowej administracji zespolonej w województwie,
3) państwowy powiatowy inspektor sanitarny jako organ rządowej administracji zespolonej w powiecie (art. 10 ust. 1 pkt 1–3 ustawy o PIS).

Obszar działania państwowego powiatowego inspektora sanitarnego może obejmować kilka powiatów (art. 10 ust. 1a ustawy o PIS). Uprawnienia podmiotu tworzącego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej w stosunku do wojewódzkiej i powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej posiada wojewoda (art. 10 ust. 4a ustawy o PIS).

Państwowy inspektor sanitarny wykonuje zadania przy pomocy podległej mu stacji sanitarno-epidemiologicznej, będącej podmiotem leczniczym finansowanym z budżetu państwa (art. 15 ust. 1 i 3 ustawy o PIS).

Minister Zdrowia, w rozporządzeniu z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie wykazu stacji sanitarno-epidemiologicznych wykonujących badania laboratoryjne i pomiary ze wskazaniem obszaru[165], określił dla każdego województwa wykaz stacji sanitarno-epidemiologicznych wykonujących badania laboratoryjne i pomiary ze wskazaniem obszaru terytorialnego.

[164] Dz. U. z 2017 r. poz. 1261, ze zm.

[165] Dz. U. Nr 55, poz. 336.

Stacje sanitarno-epidemiologiczne określone w wykazach, wykonują badania laboratoryjne w zakresie nadzoru sanitarnego, działając w zintegrowanym systemie badań laboratoryjnych i pomiarów. Przez zintegrowany system badań laboratoryjnych i pomiarów rozumie się jednolity sposób wykonywania badań laboratoryjnych i pomiarów (art. 15a ust. 1 ustawy o PIS).

Za badania laboratoryjne i inne czynności wykonywane w związku ze sprawowaniem bieżącego nadzoru sanitarnego przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie pobiera się opłat od osób oraz jednostek organizacyjnych obowiązanych do przestrzegania wymagań higienicznych i zdrowotnych, jeżeli w wyniku badań nie stwierdzono naruszenia tych wymagań (art. 36 ust. 1 i 2 ustawy o PIS).

Państwowy inspektor sanitarny lub Główny Inspektor Sanitarny w związku z wykonywaną kontrolą ma prawo wstępu m.in. do obiektów użyteczności publicznej oraz wszystkich pomieszczeń wchodzących w ich skład; żądania pisemnych lub ustnych informacji oraz wzywania i przesłuchiwania osób; żądania okazania dokumentów i udostępniania wszelkich danych; pobierania próbek do badań laboratoryjnych (art. 25 ust. 1 ustawy o PIS).

W razie stwierdzenia naruszenia wymagań higienicznych i zdrowotnych, państwowy inspektor sanitarny nakazuje, w drodze decyzji, usunięcie w ustalonym terminie stwierdzonych uchybień. Jeżeli naruszenie wymagań spowodowało bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia ludzi, państwowy inspektor sanitarny nakazuje m.in. zamknięcie obiektu użyteczności publicznej lub wyrobu mogącego mieć wpływ na zdrowie ludzi albo podjęcie lub zaprzestanie innych działań; decyzje w tych sprawach podlegają natychmiastowemu wykonaniu (art. 27 ust. 1 i 2 ustawy o PIS).

Zgodnie z art. 29a ustawy o PIS, uzyskane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w trakcie kontroli informacje, dokumenty i inne dane zawierające tajemnicę prawnie chronioną kontrolowanego nie mogą być przekazywane innym organom ani ujawniane, jeżeli nie jest to konieczne ze względu na ochronę życia lub zdrowia człowieka, z wyłączeniem żądania sądu lub prokuratora w związku z toczącym się postępowaniem.

W przypadku stwierdzenia istotnych uchybień w działalności kontrolowanej jednostki, mogących mieć wpływ na stan zdrowia lub życie ludzi, państwowy inspektor sanitarny, niezależnie od przysługujących mu środków, o których mowa w art. 27–28, zawiadamia o stwierdzonych uchybieniach kierownictwo kontrolowanej jednostki lub jednostkę albo organ powołany do sprawowania nadzoru nad tą jednostką. Jednostka organizacyjna lub organ, do którego skierowano zawiadomienie, jest obowiązany w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w ust. 1 i 2, powiadomić o podjętych i wykonanych czynnościach właściwego państwowego inspektora sanitarnego. W razie stwierdzenia uchybień, o których mowa w ust. 1, w stosunku do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, państwowy inspektor sanitarny jest obowiązany powiadomić o stwierdzonych uchybieniach właściwy organ rejestrowy (art. 30 ust. 3 i 4 ustawy o PIS).

Zalecenia pokontrolne oraz inne dane wynikające z czynności kontrolnych są wpisywane przez upoważnionych pracowników właściwego państwowego inspektora sanitarnego do książki kontroli prowadzonej na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej (art. 31 ust. 1 ustawy o PIS).

5. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia[166] określa zasady i tryb udzielania akredytacji, która ma na celu potwierdzenie spełniania przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych[167] standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania tego podmiotu, zwanych dalej „standardami akredytacyjnymi".

Zgodnie z art. 2 tej ustawy, standardy akredytacyjne opracowuje ośrodek akredytacyjny będący jednostką podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie monitorowania jakości świadczeń zdrowotnych, zwany dalej „ośrodkiem akredytacyjnym". Ośrodek akredytacyjny przedstawia standardy akredytacyjne Radzie Akredytacyjnej, zwanej dalej „Radą", w celu ich akceptacji.

Rada w terminie 30 dni od dnia otrzymania standardów akredytacyjnych akceptuje je albo zgłasza zastrzeżenia. Zaakceptowane standardy akredytacyjne Rada przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w celu ich zatwierdzenia. Po zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw zdrowia standardy akredytacyjne są publikowane w drodze obwieszczenia w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia.

W załączniku do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali[168] opublikowano standardy kontroli zakażeń zatwierdzone przez Ministra Zdrowia w dniu 18 stycznia 2010 r.

[166] Dz. U. z 2016 r. poz. 2135.

[167] Tj. podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.

[168] Dz. Urz. MZ. Nr 2 poz. 24.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2017 r. poz. 524).
2. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz. 151).
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2016 r. poz. 2135).
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1261, ze zm.).
7. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922, ze zm.).
8. Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 2245).
9. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, ze zm.).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji (Dz. U. Nr 100, poz. 645).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych (Dz. U. Nr 100, poz. 646).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala (Dz. U. Nr 294, poz.1741).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych (Dz. U. z 2014 r. poz. 746).
14. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 stycznia 2012 r. w sprawie wykazu rodzajów czynności zawodowych oraz zalecanych szczepień ochronnych wymaganych u pracowników, funkcjonariuszy, żołnierzy lub podwładnych podejmujących pracę, zatrudnionych lub wyznaczonych do wykonywania tych czynności (Dz. U. poz. 40).

15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 maja 2010 r. w sprawie sposobu prowadzenia rejestru zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną oraz zgonów spowodowanych zakażeniem lub chorobą zakaźną, ich podejrzeń, przypadków stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego oraz wzorów i terminów przekazywania raportów zawierających te informacje (Dz. U. Nr 94, poz. 610).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej (Dz. U. poz. 848).
17. 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).
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz. U. Nr 81 poz. 716, ze zm.).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2009 r. w sprawie Rady Akredytacyjnej (Dz. U. Nr 130, poz. 1074).
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.).
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739).
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. poz. 497).
24. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 stycznia 2012 r. w sprawie wykazu rodzajów czynności zawodowych oraz zalecanych szczepień ochronnych wymaganych u pracowników, funkcjonariuszy, żołnierzy lub podwładnych podejmujących pracę, zatrudnionych lub wyznaczonych do wykonywania tych czynności (Dz. U. poz. 40).
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2014 r. w sprawie biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, wzorów formularzy zgłoszeń dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz okoliczności dokumentowania zgłoszeń (Dz. U. poz. 459).

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. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
8. Sejmowa Komisja Zdrowia
9. Senacka Komisja Zdrowia
10. Minister Zdrowia
11. Rzecznik Praw Pacjenta
12. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli

Minister Zdrowia

DNM.0911.2.2018.8.KCZ

Warszawa, 17 -05- 2018

Pan
Wojciech Kutyła
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli
ul. Filtrowa 57
00-950 Warszawa

Szanowny Panie Prezesie

w nawiązaniu do przeprowadzonej kontroli P/17/060 ***„Zakażenia w podmiotach leczniczych"*** oraz Informacji o wynikach kontroli z dnia 23 kwietnia 2018 r. o znaku: KZD.430.001.2018, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego stanowiska do tego dokumentu.

I. Część 3. „Synteza", str. 12.

Informacje zawarte na stronie 12 dotyczące liczby lekarzy mikrobiologów i epidemiologów są niespójne z danymi zawartymi na stronach 10 i 19. Wątpliwość budzi także podejście metodologiczne Najwyższej Izby Kontroli (dalej „NIK") wskazujące na niedostateczną liczbę personelu medycznego o wymaganych kwalifikacjach (str. 10) istotnych z punktu zapobiegania zakażeniom szpitalnym i (str. 12) sprawowania ciągłego i bieżącego nadzoru epidemiologicznego powołanych w skład Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych (dalej „ZKZS") i Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych (dalej „KKZS").

Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dnia 5 grudnia 2008 r.[1] w art. 15 ust. 1 wskazuje, że skład zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, jako przewodniczący zespołu wchodzi lekarz. Zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Telefon: (22) 634 96 00
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.mz.gov.pl

zakażeń szpitalnych z dnia 27 maja 2010 r.[2], przewodniczący zespołu posiada co najmniej 3-letnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalu oraz:

1) posiada tytuł specjalisty lub uzyskał specjalizację I stopnia w jednej z następujących dziedzin medycyny:
   a) epidemiologia lub higiena i epidemiologia,
   b) mikrobiologia lub mikrobiologia lekarska,
   c) choroby zakaźne,
   d) organizacja ochrony zdrowia,
   e) zdrowie publiczne lub
2) rozpoczął specjalizację w jednej z dziedzin wymienionych w pkt 1 lub posiada inną specjalizację oraz co najmniej 2-letnie doświadczenie w pracy w zespole kontroli zakażeń szpitalnych i ukończył kurs specjalistyczny w zakresie epidemiologii szpitalnej i posiada świadectwo jego ukończenia lub jest w trakcie odbywania kursu specjalistycznego w zakresie epidemiologii szpitalnej prowadzonego przez podmioty, o których mowa w art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty[3].

Z powyższego wynika, że łączna liczba potencjalnych lekarzy możliwych do pełnienia funkcji przewodniczącego ww. zespołu na terenie danego województwa jest sumą liczby dostępnych lekarzy o kwalifikacjach w pkt 1 i pkt 2, którzy spełnią dodatkowo wymaganie obligatoryjnego posiadania co najmniej 3-letniego doświadczenia w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalu. O ile łączna liczba lekarzy zarejestrowanych w danym czasie dla danego województwa, o których mowa w § 2 pkt 1 rozporządzenia jest policzalna, o tyle liczba dostępnych lekarzy spełniających wymagania pkt 2) może być nieograniczona, pod warunkiem podjęcia kursu specjalistycznego w zakresie epidemiologii szpitalnej oraz posiadania 2-letniego doświadczenia w pracy w zespole kontroli zakażeń szpitalnych.

Jednocześnie, zgodnie z art. 67 ustawy zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, do dnia 31 grudnia 2015 r. przewodniczącym zespołu kontroli zakażeń szpitalnych mógł być lekarz, który posiada specjalizację inną niż określona na podstawie art. 15 ust. 5 oraz ukończył kurs specjalistyczny z zakresu epidemiologii i kontroli zakażeń szpitalnych.

---

[1] Dz. U. z 2018 r. poz. 151.
[2] Dz. U. z 2014 r. poz. 746, t.j.
[3] Dz. U. z 2018 r. poz. 617, z późn. zm.

Natomiast zgodnie z art. 15 ust. 3 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w skład komitetu kontroli zakażeń szpitalnych wchodzą pracownicy szpitala, w tym lekarz wykonujący zadania służby medycyny pracy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy[4] Rozporządzenie z dnia 18 czerwca 2010 r. Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarskich niezbędnych do wykonywania orzecznictwa w zakresie chorób zawodowych[5], wydane na podstawie art. 9 ust. 3 ustawy o służbie medycyny pracy, wskazuje w poszczególnych paragrafach, co następuje:

- zgodnie z § 1 ww. rozporządzenia, specjalizacjami lekarskimi, niezbędnymi do wykonywania orzecznictwa lekarskiego w zakresie chorób zawodowych, z zastrzeżeniem § 2 i 3, są:
  1) medycyna pracy;
  2) medycyna przemysłowa;
  3) medycyna morska i tropikalna;
  4) medycyna lotnicza;
  5) medycyna kolejowa;
  6) medycyna transportu,
- zgodnie z § 2 ww. rozporządzenia, orzecznictwo lekarskie w zakresie chorób zawodowych zakaźnych i pasożytniczych wykonuje lekarz specjalista chorób zakaźnych albo lekarz specjalista medycyny pracy lub medycyny przemysłowej, po zasięgnięciu opinii lekarza specjalisty chorób zakaźnych, a w przypadku gruźlicy – po zasięgnięciu opinii lekarza specjalisty chorób płuc,
- zgodnie z § 3 ww. rozporządzenia, orzecznictwo lekarskie w zakresie choroby zawodowej, w odniesieniu do pracownika leczonego w zakładzie opieki stacjonarnej z powodu wystąpienia ostrych objawów choroby mogącej być chorobą zawodową, wykonuje specjalista w dziedzinie medycyny odpowiedniej dla tej choroby, zatrudniony w tym zakładzie.

Z powyższego zatem wynika, że zadania lekarza wykonującego zadania służby medycyny pracy mogą również wykonywać lekarze różnych specjalności.

Podsumowując: przedstawiona w Informacji NIK, infografika nr 3 (str. 20-21) oraz informacje o niedoborze wykwalifikowanej kadry medycznej uniemożliwiającej skuteczną realizację zadań nałożonych na komórki organizacyjne mające na celu

[4] Dz. U. z 2014 r. poz. 1184.
[5] Dz. U. Nr 110, poz. 736.

zapobieganie zakażeniom (str. 17, także str. 10, 12, 19), mogą wprowadzać w błąd opinię publiczną pod kątem faktycznie dostępnej w kraju kadry lekarskiej spełniającej wymogi obowiązujących przepisów prawnych do zabezpieczenia pracy członków ZKZS i KKKZS.

. **Część 4. „Wnioski", wniosek nr 2 do Ministra Zdrowia, str. 17.**

W perspektywie doświadczeń i wiedzy na temat funkcjonowania systemu zakażeń szpitalnych w Polsce należy się w pełni zgodzić z oceną NIK, iż pielęgniarka/położna epidemiologiczna powinny mieć zagwarantowaną samodzielność w podejmowaniu decyzji i wykonywaniu zadań, zgodnie z kompetencjami, a także być w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego bezpośrednio podporządkowane dyrektorowi szpitala, co zwiększyłoby suwerenność tej grupy zawodowej w realizacji zadań na rzecz bezpieczeństwa pacjenta.

Jednocześnie nie podzielam opinii, co do potrzeby określania w przepisach prawa krajowego zakresu zadań na poszczególnych stanowiskach pracy. Regulowanie zakresów obowiązków przedstawicieli danej grupy zawodowej na poziomie ustawy, czy rozporządzenia mija się z założeniami przepisów prawa pracy, które wskazują, że zakres zadań jest kwestią umowy bilateralnej między pracodawcą a pracownikiem.

Od 2001 r. w Polsce rozpoczęto kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w dynamicznie rozwijającej się dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego. Ramowy program kształcenia ewoluował i obecnie przygotowywana jest kolejna edycja kursu specjalizacyjnego. Na przestrzeni lat systemowe podejście do zadań pielęgniarki/położnej epidemiologicznej uległo radykalnej zmianie – od realizacji zadań dotyczących zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, czy utrzymania porządku i ładu ogólnoprzestrzennego do obecnie realizowanego doskonalenia metod nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi i standardów higieny szpitalnej. Zakres zadań pielęgniarki epidemiologicznej znacznie ewoluował i ostatecznie ukształtował się w toku edukacji podyplomowej w ramach specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego. Dlatego też wspomniany zakres zadań pielęgniarki z 1996 r. należałoby traktować jako archaizm.

Jednocześnie w założeniach szerszej nowelizacji ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Główny Inspektor Sanitarny planuje dokonanie nowelizacji Rozdziału 3 pt.: „Zakażenia związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz innych czynności, w trakcie wykonywania których dochodzi

do naruszenia ciągłości tkanek ludzkich", w szerokiej konsultacji ze środowiskiem pielęgniarek/położnych epidemiologicznych.

III. **Część 4. „Wnioski", wniosek nr 3 do Ministra Zdrowia, str. 17-18.**

Odnosząc się do wniosku dotyczącego zadań Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (dalej „CSIOZ") w kontekście gromadzenia danych na formularzu MZ-29, należy zwrócić uwagę, że kompetencje kontrolne CSIOZ, będącego jednostką odpowiedzialną za informatyzację w ochronie zdrowia, obejmują zadania związane z kontrolą baz danych funkcjonujących w systemie informacji w ochronie zdrowia, a nie kontrolą merytoryczną występowania zakażeń w szpitalach. W myśl art. 40 ust. 3 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia[6] do jego zadań, jako administratora systemu, należy:

1) sprawowanie nadzoru nad funkcjonowaniem i bezpieczeństwem baz danych gromadzonych w systemie informacji;
2) dbanie o rozwój systemu informacji;
3) prowadzenie stałego audytu rejestrów medycznych w ochronie zdrowia i systemów teleinformatycznych obsługujących te rejestry.

CSIOZ składa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia raz w roku, w terminie do dnia 31 marca, sprawozdanie z funkcjonowania systemu informacji. Sprawozdanie składa się za poprzedni rok kalendarzowy.

Nie ma więc uzasadnienia dla rozszerzania uprawnień kontrolnych CSIOZ o zadania związane z kontrolą przestrzegania przez podmioty lecznicze przepisów ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Do zadań tych powołane są jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

IV. **Część 5. „Ważniejsze wyniki kontroli", pkt 5.1. „Organizacja nadzoru epidemiologicznego w podmiotach leczniczych", str. 23.**

Wskazania wymaga, że informacje zawarte na stronie 23 w akapicie pt. *Liczba aktywnych zawodowo pielęgniarek spełniających kryteria kwalifikacyjne pielęgniarki epidemiologicznej* różnią się od danych znajdujących się w posiadaniu Ministerstwa Zdrowia. Źródłem tych danych jest Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (dalej „CKPPiP") – jednostka organizacyjna Ministerstwa Zdrowia. Dane te są ogólnodostępne na stronie internetowej CKPPiP w folderze Opracowania i analizy, w rozdziale Dane statystyczne kształcenia.

Dane znajdujące się w Ministerstwie Zdrowia są następujące: na koniec 2015 r. specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego posiadało 1640 pielęgniarek i położnych; 1773 na koniec 2016 r. i 1822 na 30 czerwca 2017 r. Oznacza to, że na koniec czerwca 2017 r. 0,7% pielęgniarek i położnych posiadało wymagane kwalifikacje do pełnienia funkcji pielęgniarki epidemiologicznej w ZKZS.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Józefa Szczurek-Żelazko

[6] Dz. U. z 2017 r. poz. 1845, z późn. zm.

6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra

PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
KRZYSZTOF KWIATKOWSKI

KZD.430.001.2018

Warszawa, 17 maja 2018 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[1] do Informacji o wynikach kontroli „Zakażenia w podmiotach leczniczych"

W przesłanym stanowisku Minister Zdrowia nie przedstawił żadnych informacji podważających ustalenia Najwyższej Izby Kontroli, w szczególności dotyczące wzrostu liczby zakażeń wewnątrzszpitalnych w okresie objętym kontrolą, w tym zakażeń tzw. bakteriami lekoopornymi, a także braku precyzyjnych danych o skali zjawiska zakażeń wewnątrzszpitalnych.

Najwyższa Izba Kontroli podtrzymuje swoją ocenę wskazującą na niedostateczną liczbę personelu medycznego o wymaganych kwalifikacjach istotnych z punktu zapobiegania zakażeniom szpitalnym i sprawowania ciągłego, bieżącego nadzoru epidemiologicznego. Jak wykazała kontrola, w większości szpitali (55,6%) funkcję przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych powierzono lekarzowi, który nie posiadał wymaganych przepisami kwalifikacji. Natomiast w 33,4% skontrolowanych szpitalach posiadających powyżej 200 łóżek szpitalnych w skład zespołu kontroli zakażeń powołano mniejszą liczbę pielęgniarek epidemiologicznych niż wynikało z przepisu art. 15 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi[2], który stanowi, że liczba pielęgniarek powinna być nie mniejsza niż 1 na 200 łóżek szpitalnych. Jako przyczynę takiego stanu dyrektorzy kontrolowanych szpitali wskazywali na niedostateczną liczbę personelu medycznego o wymaganych kwalifikacjach.

Odnosząc się do przedstawionego stanowiska Ministra Zdrowia w sprawie niespójności danych dotyczących liczby lekarzy specjalistów w dziedzinach: mikrobiologia lekarska i epidemiologia, Najwyższa Izba Kontroli stwierdza zgodność przedstawionych danych w informacji z danymi przekazanymi przez Naczelną Izbę Lekarską w dniu 29 listopada 2017 r. Na dzień 30 czerwca 2017 r. czynnych zawodowo było 110 lekarzy specjalistów w dziedzinie mikrobiologia lekarska oraz 219 lekarzy specjalistów w dziedzinie epidemiologia. Dane takie zostały przedstawione w informacji na str. 10 oraz na str. 19 i 20. Na str.12 stwierdzono, że liczba lekarzy specjalistów w dziedzinach: mikrobiologia lekarska i epidemiologia była niewystarczająca oraz, że na dzień 30 czerwca 2017 r. w Polsce czynnych zawodowo było tylko 110 lekarzy specjalistów w dziedzinie mikrobiologia lekarska.

Upoważnienie do wydania przez Ministra Zdrowia rozporządzenia określającego wymagane kwalifikacje członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, z uwzględnieniem konieczności realizacji zadań takiego zespołu, zostało zawarte w art. 15 ust. 5 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Jednocześnie w ustawie tej zamieszczony został przepis przejściowy - art. 67, określający granicę czasową rozszerzenia takich kwalifikacji. Przepis ten pozwalał na okresowe pełnienie funkcji przewodniczącego zespołu przez lekarza innej specjalizacji niż wymienione w rozporządzeniu. Wykonanie zaś ustawowej delegacji nastąpiło kilkanaście miesięcy po wejściu w życie ustawy, poprzez wydanie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27

[1] Dz. U. z 2017 r. poz. 524.
[2] Dz. U. z 2018 r. poz. 151.

maja 2010 r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych[3] obowiązującego od 3 lipca 2010 r.

Tak szeroko określony zakres kwalifikacji zawodowych przewodniczącego zespołu obowiązywał do 31 grudnia 2015 r. **Od 1 stycznia 2016 r.** lekarz, który posiadał specjalizację inną niż określone ww. rozporządzeniem i ukończył kurs specjalistyczny z zakresu epidemiologii i kontroli zakażeń szpitalnych **nie spełniał** już kwalifikacji uprawniających do sprawowania funkcji przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych.

Zdaniem NIK, przyjęty sposób uregulowania przedmiotowej materii wskazuje na zamierzone działanie ustawodawcy, pozwalające na rozłożone w czasie przygotowanie właściwych kadr czuwających nad systemem zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. Upoważniając właściwego ministra do określenia m.in. kwalifikacji przewodniczącego zespołu, wprowadził też do ustawy przepis umożliwiający wykonywanie tej funkcji przez lekarzy o innych specjalizacjach, niż wymienione w rozporządzeniu. Zastosowanie tego przepisu stworzyło więc możliwość dostosowania się podmiotów zainteresowanych do nowych wymogów, poprzez pozostawienie im odpowiedniego czasu, np. na uzupełnienie wykształcenia przez lekarzy. Udzielając informacji NIK w sprawie wymaganych kwalifikacji przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych (pismo z dnia 30 stycznia 2018 r.) Minister Zdrowia poinformował m.in., że „w procedowanym obecnie projekcie ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz niektórych innych ustaw (UD 90) zaproponowane zostanie wprowadzenie zmian, które usuną wątpliwości w powyższym zakresie".

Konsultant Krajowy w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej w sprawozdaniu z działalności w 2016 r. wskazuje na **„alarmujący brak lekarzy podejmujących specjalizację z mikrobiologii lekarskiej, co skutkuje brakiem wykwalifikowanej kadry dla potrzeb diagnostyki chorób zakaźnych i zakażeń, kontroli zakażeń i racjonalnej antybiotykoterapii".** Zdaniem Konsultanta Krajowego **„powinny być podjęte natychmiastowe działania celem poprawy tej sytuacji (dziedzina priorytetowa, obowiązek zatrudniania jako przewodniczących zespołów ds. zakażeń szpitalnych i przewodniczących zespołów ds. antybiotykoterapii lekarzy po specjalizacji z mikrobiologii lekarskiej".**

Odnośnie wniosku NIK dotyczącego określenia, w przepisach powszechnie obowiązujących, zadań pielęgniarki epidemiologicznej oraz jej usytuowania w strukturze podmiotu leczniczego, Najwyższa Izba Kontroli podtrzymuje wniosek uznając go w pełni za uzasadniony. Zdaniem NIK, brak uregulowań prawnych tych kwestii powoduje, że w szpitalach stosuje się „Ramowy zakres czynności" opracowany w 1996 r. przez Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych przy Biurze Naczelnej Pielęgniarki Kraju oraz różnorodną praktykę przyporządkowania tego stanowiska.

Najwyższa Izba Kontroli podtrzymuje także wniosek dotyczący konieczności zapewnienia wykazywania, w rocznych Sprawozdaniach o działalności szpitala ogólnego MZ-29, wszystkich leczonych z powodu zakażeń szpitalnych oraz zmarłych z tego powodu. W rocznych „Sprawozdaniach o działalności szpitala ogólnego" za 2016 r. ponad 56% szpitali stacjonarnych w Polsce nie ujawniło danych o liczbie pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaniem zakażenia wewnątrzszpitalnego i liczbie zgonów z tego powodu. W efekcie nie jest znana pełna skala analizowanego zjawiska. Podczas kontroli w siedmiu szpitalach z 18 skontrolowanych (38,9%) stwierdzono nieprawidłowości polegające na wykazywaniu w sprawozdaniach MZ-29 błędnych danych o zakażeniach szpitalnych.

Źródłem danych zawartych w informacji na temat liczby aktywnych zawodowo pielęgniarek spełniających kryteria kwalifikacyjne pielęgniarki epidemiologicznej była Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, która prowadzi Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych na podstawie art. 43 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej[4].

Dane przedstawione w informacji są zgodne z danymi przekazanymi NIK przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych przy piśmie z dnia 7 grudnia 2017 r.

[3] Dz. U. z 2014 r. poz. 746.
[4] Dz. U. z 2018 r. poz.123, ze zm.