NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Departament Zdrowia

KZD.410.005.04.2017
P/17/060

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa
T +48 22 444 55 17, F +48 22 444 55 61
kzd@nik.gov.pl
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/17/060 – Zakażenia w podmiotach leczniczych
Jednostka kontrolująca	Najwyższa Izba Kontroli, Departament Zdrowia.
Kontrolerzy	Jan Mosiej, doradca ekonomiczny, upoważnienie do przeprowadzenia kontroli nr KZD/39/2017 z 11 września 2017 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka – kontrolowana	Szpital Powiatowy SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej, ul Stanisława Dubois 68; 07 – 300 Ostrów Mazowiecka (dalej: „Szpital").
Kierownik jednostki kontrolowanej	Elżbieta Malec, Dyrektor Szpitala[1] (dalej: „Dyrektor" lub „Dyrektor Szpitala"). (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności[2]

Ocena ogólna

Stosownie do postanowień art. 14 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi[3], zwanej dalej „ustawą o zwalczaniu zakażeń", Dyrektor Szpitala zapewnił funkcjonowanie systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. W Szpitalu wdrożono procedury związane z obszarem zakażeń szpitalnych i zapewniono całodobowy dostęp do badań laboratoryjnych, a także wdrożono receptariusz szpitalny zawierający wskazania dla antybiotykoterapii.

Zadania w zakresie nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi, realizował Zespół Kontroli Zakażeń (dalej „ZKZ" lub „Zespół") i Komitet Kontroli Zakażeń (dalej „KKZ" lub „Komitet"), przy współpracy Zespołu ds. Antybiotykoterapii[4], Komitetu Transfuzjologicznego[5], Komitetu Terapeutycznego[6] oraz 10 innych komitetów i zespołów merytorycznych ds. zarządzania jakością.

W toku kontroli NIK stwierdziła jednak m.in. następujące nieprawidłowości:

- Przewodnicząca ZKZ, pełniąc tę funkcję po 31 grudnia 2015 r., nie posiadała wymaganych kwalifikacji, określonych w art. 67 ustawy o zwalczaniu zakażeń i § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych[7];
- funkcję Przewodniczącego KKZ powierzono Zastępcy Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej, który jednocześnie sprawował nadzór nad stanem epidemiologicznym, sanitarnym i porządkowym Szpitala, co stwarzało konflikt interesów, bowiem KKZ w myśl art. 14 ust. 4 ustawy o zwalczaniu zakażeń, powinien pełnić funkcję kontrolną i doradczą dla ZKZ;
- indywidualne karty rejestracji zakażenia szpitalnego, będące dokumentem źródłowym, i stanowiące podstawę wpisu do rejestru zakażeń, nie były zakładane przez lekarza, co było niezgodne z „Procedurą Zarządzania Niezgodnościami PD 4.3". Karty nie były również

[1] W okresie od 1 września 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. p.o. Dyrektora Szpitala i od 1 stycznia 2016 r. Dyrektor Szpitala.

[2] Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

[3] Dz. U. z 2016 r. poz. 1866 ze zm.

[4] Zarządzeniem wewnętrznym Nr 23/2015 r. Dyrektora Szpitala z dnia 30 kwietnia 2015 r. w sprawie powołania Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz Zespołu ds. Antybiotykoterapii i określenia ich zadań.

[5] Zarządzeniem wewnętrznym Nr 21/2015 Dyrektora Szpitala z dnia 30 kwietnia 2015 r. w sprawie powołania Komitetu Transfuzjologicznego i określenia jego zadań.

[6] Zarządzeniem wewnętrznym Nr 20/2015 Dyrektora Szpitala z dnia 30 kwietnia 2015 r. w sprawie powołania Komitetu Terapeutycznego.

[7] Dz.U. z 2014 r. poz. 746.

weryfikowane i potwierdzane przez lekarza prowadzącego pacjenta, przez co dane w nich zawarte mogły nie być w pełni wiarygodne;

1. Organizacja nadzoru nad zakażeniami w podmiocie leczniczym.

Opis stanu faktycznego

1.1. Zarządzeniem wewnętrznym nr 23/2015, z dnia 30 kwietnia 2015 r., Dyrektor Szpitala powołał ZKZ, KKZ i Zespół ds. Antybiotykoterapii oraz określił ich zadania.

W badanym okresie w skład ZKZ wchodziły cztery osoby, w tym przewodniczący, dwie pielęgniarki epidemiologiczne i diagnosta laboratoryjny, który realizował świadczenia zdrowotne w zakresie diagnostyki laboratoryjnej. Spośród tych osób:

- Przewodniczący zespołu – lekarz, posiadał specjalizację II stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych, oraz ukończone kursy m.in. w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych[8] oraz w zakresie zakażeń szpitalnych: mikrobiologia, klinika, epidemiologia i higiena[9]; zatrudniony był na stanowisku Zastępcy Kierownika Oddziału Chorób Wewnętrznych[10], na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy;
- dwie pielęgniarki epidemiologiczne, zatrudnione na stanowisku specjalisty ds. epidemiologii, w tym jedna, posiadała wykształcenie średnie medyczne z tytułem pielęgniarki i ukończonym kursem kwalifikacyjnym pielęgniarstwo epidemiologiczne oraz kursem dokształcającym w tym zakresie[11], zatrudniona była na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy. Druga z pielęgniarek posiadała wyższe wykształcenie medyczne w dziedzinie pielęgniarstwa, tytuł pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego oraz ponad trzyletnie doświadczenie w zawodzie pielęgniarki, zatrudniona była na podstawie umowy o pracę na 1/5 etatu. Obie pielęgniarki epidemiologiczne podlegały bezpośrednio Zastępcy Dyrektorowi ds. Opieki Zdrowotnej,
- diagnosta laboratoryjny jako specjalista ds. mikrobiologii, posiadała dyplom szkoły wyższej – kierunek analityka medyczna i tytuł specjalisty w dziedzinie „Mikrobiologia medyczna"[12], oraz ponad trzyletnie doświadczenie w zawodzie diagnosty laboratoryjnego.

Zakres obowiązków pielęgniarki epidemiologicznej, określony w Karcie stanowiska pracy, (łącznie 17 zadań), był zbieżny z „Ramowym zakresem czynności" opracowanym w 1996 r. przez Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych przy Biurze Naczelnej Pielęgniarki Kraju[13].

(dowód: akta kontroli str. 10-12)

Stosownie do postanowień art. 15 ust. 3 ustawy o zwalczaniu zakażeń, w skład 17 osobowego KKZ[14], Dyrektor Szpitala powołał: Zastępcę Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej - jako Przewodniczącego, czterech członków ZKZ, kierownika i sześciu ordynatorów oddziałów oraz

---

[8] W okresie od 13 do 14 listopada 2003 r. prowadzony przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego w Warszawie oraz w okresie od 5 do 6 stycznia 2001 r. prowadzony przez Centralne Laboratorium Surowic i Szczepionek w Warszawie.

[9] W okresie od 15 do 17 grudnia 2003 r. prowadzony przez Państwowy Zakład Higieny w Warszawie.

[10] Od 30 kwietnia 2015 r.

[11] Ponadto, posiadała wykształcenie wyższe w zakresie finansów i bankowości.

[12] Po złożeniu w 2011 r. Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego Diagnostów Laboratoryjnych.

[13] Zawierał on m.in. następujące obowiązki:
- współuczestnictwo w wypracowaniu strategii działań szpitala, standardów i zasad postępowania w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych,
- nadzorowanie i monitorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego szpitala,
- rejestrowanie i analizowanie zakażeń szpitalnych, patogenów alarmowych oraz opracowanie ognisk zakażeń,
- nadzór nad dezynfekcją i sterylizacją sprzętu medycznego,
- przeprowadzanie dochodzenia epidemiologicznego oraz przedstawianie wyników pracy kadrze kierowniczej,
- nadzór nad systemem izolacji pacjentów, którzy stanowią ryzyko zakażeń dla innych,
- uczestnictwo w planowaniu opieki nad pacjentami z zakażeniem szpitalnym,
- edukacja personelu medycznego z zakresu zakażeń szpitalnych,
- prowadzenie systematycznej sprawozdawczości i raportowania w zakresie występowania zakażeń szpitalnych, patogenów alarmowych i przedkładanie Dyrektorowi Szpitala,
- ścisła współpraca z pielęgniarkami oddziałowymi, ordynatorami/kierownikami w zakresie ograniczenia szerzenia się zakażeń szpitalnych, oraz Powiatową Stacja sanitarno-Epidemiologiczną,
- praca w Zespole Kontroli Zakażeń Szpitalnych w zakresie analizowania i oceny sytuacji epidemiologicznej Szpitala,
- uczestnictwo w naradach zespołu terapeutycznego.

[14] Powołanego zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora szpitala, nr 23/2015 z 30 kwietnia 2015 r.

Naczelną Pielęgniarkę, kierownika Apteki Szpitalnej, Lekarza Medycyny Pracy, Pełnomocnika ds. SZJ, Pielęgniarkę Koordynującą Bloku Operacyjnego[15].

Zgodnie z § 102 Regulaminu organizacyjnego Szpitala, Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej odpowiedzialny był za sprawowanie nadzoru nad stanem epidemiologicznym, sanitarnym i porządkowym oraz przestrzeganiem w tym zakresie przepisów. Natomiast koordynowanie prac komitetów i zespołów jakościowych przypisano Pełnomocnikowi Systemu Zarządzania Jakością[16] (dalej „SZJ").

(dowód: akta kontroli str. 259 – 260, 397 - 398, 521 – 526, 923 – 946, 953 – 956)

Zakres zadań ZKZ odpowiadał wymogom określnym w art. 15 ust. 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

1.2. Zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt 3c Szpital zapewnił udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej (badania analityczne i mikrobiologiczne oraz transfuzjologiczne z Bankiem Krwi na rzecz jego pacjentów) całodobowo, siedem dni w tygodniu. Szpital posiadał w strukturze organizacyjnej Centralne Laboratorium Analityczne oraz pięć odrębnych Pracowni[17], w tym m.in. Pracownię Diagnostyki Mikrobiologicznej odpowiedzialną m.in. za identyfikację czynników etiologicznych, zakażeń, ocenę wrażliwości na antybiotyki, interpretację kliniczną wyników badań. Do zadań Pracowni należał także udział w pracach m.in. Zespołu Terapeutycznego i ZKZ. Sposób sprawowania nadzoru nad działalnością Pracowni określała procedura PP3.5 „Procedura Pracowni Diagnostyki Mikrobiologicznej".

(dowód: akta kontroli str. 379 – 385, 392, 412, 606 – 613, 953 – 956)

1.3. Szczepienia przeciwko WZW typu B wykonano sześciu pracownikom Szpitala w latach 2011 – 2013. Natomiast w latach 2015 – 2016 nie wykonywano takich szczepień pomimo, że przyjęto 36 nowych pracowników, w tym ponad 20 osób na stanowiska medyczne[18].

Naczelna Pielęgniarka wyjaśniła, że nowo przyjętym pracownikom Szpitala wykonuje się badania antygenu HBs oraz przeciwciał anty HBs i zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych nie szczepi się osób uprzednio zaszczepionych, pomimo stężenia przeciwciał anty HBs poniżej poziomu ochronnego (10 j.m./l). U osób z obniżoną odpornością, o zastosowaniu dawki przypominającej decyduje lekarz.

(dowód: akta kontroli str. 636 – 637, 952, 957)

1.4. W Szpitalu wdrożono Procedurę KZ 9 postępowania po ekspozycji zawodowej[19], która dotyczyła: oddziałów szpitalnych, Izby Przyjęć, poradni specjalistycznych, placówek POZ, Pracowni Diagnostycznych i Poradni Medycyny Pracy. Z jej treścią zostali zapoznani kierownicy jednostek organizacyjnych Szpitala[20], a pozostali pracownicy podczas szkoleń prowadzonych przez pielęgniarkę epidemiologiczną. Procedura spełniała wymogi określone w § 9 pkt 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[21].

(dowód: akta kontroli str. 312 – 318, 953 – 956,)

---

[15] Nadzorująca pracę Centralnej Sterylizatorni.

[16] Zgodnie z § 103 Regulaminu organizacyjnego Szpitala.

[17] Tj. Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi; Diagnostyki Mikrobiologicznej; Endoskopii; Nieinwazyjnej Diagnostyki Układu Krążenia; Audiometryczna.

[18] W tym: 2015 r. – 14; (z tego m.in. lekarze- 2; pielęgniarki - 5; oraz po jednej osobie jako położne, opiekun medyczny, fizjoterapeuta). W 2016 – 19 (z tego m.in. lekarze - 6; pielęgniarki - 4; fizjoterapeuta –2 oraz po jednej ratownik medyczny, diagnosta. Do 26 października 2017 r. – 22 osoby (z tego m.in. lekarze - 7; pielęgniarki - 6; , opiekun medyczny - 2 oraz diagnosta - 1).

[19] Opracowana przez ZKZ i zatwierdzona przez Dyrektora 10 kwietnia 2009 r., 7-krotnie zmieniana (ostatnia 1 marca 2016 r.) m.in. poprzez wprowadzenie algorytmu w przypadku ekspozycji na materiał zakaźny, uszczegółowieniu zasad pobierania krwi na badania serologiczne, zmian umowy na świadczenia w zakresie opieki poekspozycyjnej, zmianie leków na Truvada – Kaletra.

[20] Potwierdzone datą zapoznania się z treścią dokumentu i podpisami.

[21] Dz.U. poz. 696. Zgodnie z § 9 pkt 2 rozporządzenia, procedura uwzględnia w szczególności konieczność oszacowania ryzyka zakażenia oraz podjęcia niezwłocznych działań profilaktycznych, w tym w szczególności przeprowadzenia badania lekarskiego, wykonania niezbędnych badań laboratoryjnych, przeprowadzenia w razie potrzeby poekspozycyjnego szczepienia ochronnego i uodpornienia biernego, lub profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego, a także wykonanie badań lekarskich oraz niezbędnych badań dodatkowych w regularnych odstępach czasu po narażeniu.

1.5. W latach 2015 – 2017 (lipiec) okresowe przeglądy instalacji i urządzeń wentylacji mechanicznej i klimatyzacji były przeprowadzane co dwa miesiące na OIT, natomiast na pozostałych oddziałach średnio co 2,5 miesiąca. W kartach technicznych odnotowywano, że przeglądy polegały m.in. na czyszczeniu, dezynfekcji lub wymianie elementów instalacji.

(dowód: akta kontroli str. 327 – 373)

1.6. Badania prób wody, przeprowadzone w 2017 r. przez Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny (dalej „PWIS"), pobranych z instalacji wody ciepłej w Szpitalu, w pięciu punktach[22], wykazały, „...znikome skażenie sieci/brak obecności bakterii Legionella w badanych próbach 100 ml wody, przy określonej najniższej dopuszczalnej normie (`...) poniżej 100 jtk/100 ml wody (...)". Zalecono powtórzenie badania na obecność Legionelli w marcu 2020 r."[23].

(dowód: akta kontroli str. 325, 517 – 518, 953 – 956)

Ustalone nieprawidłowości i uwagi dotyczące badanej działalności

1. Obowiązki Przewodniczącego ZKZ powierzono 30 kwietnia 2015 r. Zastępcy Kierownika Oddziału Chorób Wewnętrznych, posiadającej specjalizację II stopnia w zakresie chorób wewnętrznych, ponad dwuletnie doświadczenie w pracy w ZKZ, ukończone kursy specjalistyczne w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych. Z dniem 5 lipca 2017 r. Dyrektor Szpitala ponownie powołał na Przewodniczącą ZKZ ww. lekarza pomimo, że nie posiadała kwalifikacji określonych w § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia[24] z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych[25]

Dyrektor Szpitala wyjaśniła m.in., że osoba ta jest Przewodniczącą ZKZ od kilkunastu lat i posiada wieloletnie doświadczenie.

(dowód: akta kontroli str. 414 -420, 1017 – 1022)

W ocenie NIK wymagane kwalifikacje dla lekarza pełniącego funkcje przewodniczącego ZKZ zostały określone w art. 67 pkt 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń, stanowiącym, że jedynie 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.

2. W zarządzeniach wewnętrznych Dyrektora Szpitala, powołujących ZKZ i KKZ oraz w „Procedurze PD 4: Doskonalenie SZJ", nie przypisano funkcji nadzorczych nad zakażeniami szpitalnymi do żadnego z wymienionych stanowisk, np. lekarza, pielęgniarki, specjalisty ds. epidemiologii.

Dyrektor wyjaśnił, że „Procedura PD 4" pkt. 3 „Podział odpowiedzialności" nadzór nad zakażeniami przypisano Specjaliście ds. Epidemiologii, natomiast nadzór nad niezgodnościami dla wszystkich komórek zakładu – Pełnomocnikowi ds. SZJ.

Najwyższa Izba Kontroli nie podziela wyjaśnień Dyrektora Szpitala w tej sprawie, bowiem odpowiedzialność pielęgniarki epidemiologicznej określona w pkt. 3 ww. Procedury obejmowała tylko: „...Codzienne monitorowanie sytuacji w oddziałach (...), wdrażanie postępowania (...) wspólnie z Ordynatorami i Zespołem ds. Kontroli Zakażeń (...) codzienna kontrola wyników badań mikrobiologicznych w Pracowni Bakteriologicznej (...) informowanie Ordynatora o podejrzeniu zakażenia (...) sporządzanie kwartalnych, rocznych raportów z zakażeń...".

(dowód: akta kontroli str. 325, 471, 484, 925, 953 – 956, 1060 -1063, 1133 - 1134)

---

[22] Sprawozdanie z badań wody nr. HKL.501.615-619.2017 z 10.04.2017 r. pobrane 28.03.2017 r. wykazało na Oddziałach: Chirurgii Ogólnej – 5 jtk/100 ml; Pediatryczny - nie wykryto; Ginekologiczny – 35 jtk/100 ml; Kardiologiczny – nie wykryto; Rehabilitacji Narządu Ruchu – nie wykryto.

[23] W załącznikach nr 1, nr 1E , nr 6 i nr 8 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody do spożycia przez ludzi, określono odpowiednio: podstawowe wymagania mikrobiologiczne wody (załącznik nr 1), wymagania mikrobiologiczne jakim powinna odpowiadać ciepła woda, obejmujące badanie wody na obecność bakterii Legionella (załącznik nr 1E), minimalną częstotliwość pobierania próbek wody do badań (ustalenie częstotliwości zależy od właściwego państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, jednak nie rzadziej niż dwie próbki na rok dla monitoringu kontrolnego; jedną próbkę na dwa lata dla monitoringu przeglądowego (załącznik nr 6,) minimalną częstotliwość pobierania próbek ciepłej wody oraz procedury postępowania w zależności od wyników badania bakteriologicznego (załącznik nr 8).

[24] Tj. Tytułu specjalisty lub specjalizacji I stopnia w jednej z następujących dziedzin medycyny: epidemiologia lub higiena i epidemiologia, mikrobiologia lub mikrobiologia lekarska, choroby zakaźne, organizacja ochrony zdrowia, zdrowie publiczne.

[25] Dz. U. z 2014 r. poz. 746.

3. Szpital nie określił zasad/reguł prowadzenia indywidualnych kart rejestracji zakażenia szpitalnego[26], a także rejestru zakażeń, a obowiązujący od 2006 r. system czynnej rejestracji zakażeń zakładowych był nieaktualny, z powodu m.in. wprowadzenia w Szpitalu nowego oprogramowania komputerowego.

Jak wyjaśnił Z-ca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej „Nie zawsze firmy komputerowe oferujące oprogramowanie uwzględniają aktualne wymaganie w ustawach i rozporządzeniach o służbie zdrowia" oraz, że Szpital zwróci się do firmy komputerowej o pilne dostosowanie oprogramowania.

(dowód: akta kontroli str. 70, 84, 99, 112, 124, 1023-1025, 1133 – 1134)

4. Podstawowy dokument w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych „Indywidualna karta rejestracji zakażenia szpitalnego" nie była zakładana przez lekarza, jak określono w „Procedurze Zarządzania Niezgodnościami PD 4.3", w której odpowiedzialność „za zakładanie dokumentacji zakażenia szpitalnego" przypisywano lekarzowi.

(dowód: akta kontroli str. 680 -903, 923 – 933)

5. Według Regulaminu i schematu organizacyjnego Szpitala stanowisko Pielęgniarki Epidemiologicznej podlegało bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych, który jednocześnie pełnił funkcję Przewodniczącego KKZ. W ocenie NIK takie podporządkowanie utrudniało jej egzekwowanie od lekarzy realizacji nałożonych obowiązków w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń. Pielęgniarka epidemiologiczna pełni istotną rolę w systemie kontroli wewnętrznej i dobrą praktyką, zapewniającą niezależność kontroli wewnętrznej, jest jej bezpośrednia podległość kierownikowi jednostki.

(dowód: akta kontroli str. 386 – 387, 396, 413)

6. W badanym okresie, KKZ nie dostrzegał potrzeby prowadzenia dokumentacji realizowanych zadań wymienionych w art. 15 ust. 4 ustawy o zwalczaniu zakażeń, tj.: opracowywania planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, oceny wyników kontroli wewnętrznej przedstawianych przez ZKZ, opracowywania i aktualizacji standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w szpitalu. Obowiązek dokumentowania działań KKZ wynika z art. 12 i 13 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

Przewodniczący KKZ wyjaśnił, że: „W małym szpitalu w skład różnych zespołów, komisji wchodzą najczęściej te same osoby i ich spotkania w różnych gremiach, na których omawia się problemy Szpitala obejmują w przekroju całokształt działalności".

W uzupełnieniu wyjaśnień Dyrektor Szpitala stwierdziła, że „...Uzgodnienia i ustalenia w tym zakresie dokonywane są na bieżąco, z których nie prowadzi się notatek (...) po zakończeniu roku kalendarzowego ZKZ dokonuje przeglądu procedur akredytacyjnych Kontroli Zakażeń i w przypadku zmiany przepisów prawnych, wytycznych, dokonuje zmian w procedurach, które są sprawdzane przez przewodniczącą ZKZ i zatwierdzane przez Dyrektora".

(dowód: akta kontroli str.200 – 202, 269 – 323, 1060 – 1063, 1133 – 1134)

7. Szpital nie posiadał danych o poziomie wyszczepienia pracowników przeciw WZW typu B oraz grypie, co nie wypełniało standardów akredytacyjnych KZ 1.8 „Kontroli Zakażeń" zatwierdzonych przez Ministra Zdrowia w dniu 18 stycznia 2010 r., dotyczących „szczepienia personelu".

Dyrektor Szpitala wyjaśniał , że „Według stanu na 30 czerwca 2017 r. cały personel medyczny Szpitala, który może być narażony na działanie czynnika biologicznego, posiada szczepienie (w innym przypadku nie byłby dopuszczony do pracy)."

(dowód: akta kontroli str. 1027, 1060 – 1063)

2. Zapobieganie i zwalczanie zakażeń szpitalnych.

Opis stanu faktycznego

W drodze zarządzenia Dyrektora[27] ZKZ powierzono realizację zadań określonych w art. 11 ust. 2 pkt 2 - 6 ustawy o zwalczaniu zakażeń. Zakres zadań formalnie nie obejmował oceny

[26] W tym m.in. dotyczących założenia karty przez lekarza prowadzącego, daty zatwierdzana i weryfikacji zgodnie z zapisami ustawy o zwalczaniu zakażeń i rozporządzenia w tej sprawie.

[27] Zarządzenie wewnętrzne nr 23/2015 Dyrektora SPZZOZ z 30 kwietnia 2015 r. w sprawie powołania KKZ i ZKZ.

ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych[28]. Zadania tego nie powierzono również innej jednostce organizacyjnej Szpitala. W okresie objętym kontrolą nie dokonywano zmian tego aktu.

Zadania ZKZ obejmowały m.in. opracowywanie rocznych programów kontroli; bieżące monitorowanie i rejestrację zakażeń (również drobnoustrojów alarmowych); zwalczanie ognisk epidemicznych i endemicznych; planowanie i realizację doraźnych działań; konsultowanie osób podejrzanych lub z rozpoznanym zakażeniem; wprowadzanie oraz kontrolę realizacji procedur i standardów; prowadzenie kontroli wewnętrznej, a także przedstawianie wyników i wniosków KKZ i dyrekcji szpitala; udział w planowaniu zakupów materiałów, sprzętu i środków dotyczących zwalczania zakażeń; edukacja personelu; sporządzanie i przekazywanie dyrekcji i KKZ kwartalnych i rocznych analiz oraz raportów; stała współpraca z jednostkami w zakresie całościowej oceny sytuacji epidemiologicznej Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 200- 202)

W okresie kontrolowanym w Szpitalu obowiązywały 24 procedury z zakresu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, odnoszące się do działalności oddziałów/komórek organizacyjnych Szpitala oraz Laboratorium[29], a także 59 procedur szczegółowych, opisujących sposoby postępowania, jako wytyczne do działalności jednego oddziału/komórki, w tym m.in dla Oddziału: Neonatologii - 23 procedury; Bloku Operacyjnego – 6; Ginekologii i Położnictwa - 6; OIT - 5 oraz Apteki Szpitalnej; Sterylizatorni, Izby Przyjęć; Poradni i Przychodni. Procedury opracowane przez ZKZ[30] były zatwierdzane przez Dyrektora Szpitala[31].

W Szpitalu opracowano także procedury czyszczenia, mycia, dezynfekcji sprzętu i powierzchni, stosowanych środków, transportu odpadów medycznych, które przekazano do zapoznania i stosowania przez personel oraz udostępniono w systemie komputerowym, w folderze „SZJ".

(dowód: akta kontroli str.1043 – 1048)

Dyrektor Szpitala, w zarządzeniach wprowadzających ww. procedury, zobowiązał wszystkich pracowników do zapoznania się i bezwzględnego stosowania ich w praktyce. Za realizację procedur odpowiedzialni byli ordynatorzy, kierownicy, pielęgniarki oddziałowe i koordynujące, natomiast nadzór nad ich wdrożeniem i stosowaniem sprawowali: Z-ca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej, Pełnomocnik ds. SZJ; Naczelna Pielęgniarka; Pielęgniarka Epidemiologiczna i inne osoby funkcyjne.

(dowód: akta kontroli str. 267 - 283, 908 - 922, 923 – 933, 934 – 938)

W latach 2015 – 2017 (I półrocze), ZKZ prowadził kontrole wewnętrzne w obszarach wskazanych w § 2 rozporządzenia 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[32].

W poszczególnych miesiącach planowano od jednej do pięciu kontroli.

Zgodnie z zarządzeniem Dyrektora z dnia 14 lutego 2012 r.[33], do przeprowadzania kontroli wewnętrznych upoważniony był ZKZ, określało ono imienny trzyosobowy skład zespołu, zakres i częstotliwość kontroli w obszarze zakażeń, zawartość oraz przechowywanie i udostępnianie raportu z kontroli.

ZKZ przeprowadził łącznie 167 kontroli wewnętrznych w oddziałach i innych komórkach Szpitala, w tym 69 w 2015 r.; 58 w 2016 r. i 40 w 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 36 – 56, 126 – 199, 591 – 605, 1049-1051)

W okresach półrocznych sprawdzono czystość mikrobiologiczną (badanie metodą odcisku) w najbardziej newralgicznych oddziałach, tj. OIT, Blok Operacyjny i Sala Cięć Cesarskich. Wyniki wymazów czystościowych metodą odcisków były prawidłowe, nie wyhodowano drobnoustrojów alarmowych.

---

[28] Określone w art. 11 ust. 2 pkt 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń.
[29] Np. Procedura zasad pobierania, przechowywania i transportu materiału do badań mikrobiologicznych.
[30] Procedury szczegółowe były uzupełniane przez ordynatorów oddziałów szpitala.
[31] Każda procedura zawierała metryczkę o dokonanych zmianach.
[32] Dz. U. Nr 100, poz. 646.
[33] Zarządzenie wewnętrzne Nr 8/2012 w sprawie prowadzenia kontroli wewnętrznej.

Od 2016 r. ocenę sprzątania w środowisku szpitalnym przeprowadzano za pomocą znaczników fluorescencyjnych. W 2016 r. w oddziałach OIT, Blok Operacyjny, SOR, Sala Cięć Cesarskich wyniki ocen czystości były pozytywne w ponad 85%. Wyniki dwóch ocen przeprowadzonych w 2017 r. wykazały: w siedmiu oddziałach 91,0% wyników pozytywnych (na 83 znaczniki) oraz w sześciu oddziałach 96,4% wyników pozytywnych (na 98 znaczników). Wyniki niespełniające wymaganego poziomu, rozpatrywano indywidualnie i omawiano z osobą odpowiedzialną i kierownikiem ekipy sprzątającej.

W jednym przypadku zalecono dekontaminację środowiska oddziału oraz ścisłe przestrzeganie dezynfekcji rąk, w związku ze stwierdzeniem u pacjenta obecności Enterococus fecium, opornego na Vancomycynę.

(dowód: akta kontroli str. 126 – 199, 254 - 315, 1043 – 1048, 1060 – 1063, 1108 - 1125)

2.1. Szpital prowadził szkolenia swoich pracowników w zakresie zakażeń szpitalnych. W planach sporządzonych przez ZKZ, ujęto tematy szkoleń[34] dla pracowników poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala, planując ich dwukrotne szkolenie w miesiącach: marzec i październik lub listopad, a dla personelu nowo przyjętego - przez cały rok.

W 2015 r. w szkoleniach zewnętrznych i wewnętrznych, w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych, uczestniczyło łącznie 1.220 osób, w tym: 823 osoby w 11 szkoleniach prowadzonych przez podmioty zewnętrzne i 397 osób w 29 szkoleniach wewnętrznych. W roku 2016 przeszkolono łącznie 792 osoby, w tym: 441 osób w ramach 6 szkoleń prowadzonych przez firmy zewnętrzne i 351 osób w ramach 31 szkoleń wewnętrznych.

(dowód: akta kontroli str.468, 481, 498 - 502, 614,- 617, 1060 – 1063)

2.2. Zużycie antyseptyków do dezynfekcji rąk w całym szpitalu wynosiło w 2015 r.– 1 196,5 litrów, w 2016 r.– 1 353,0 oraz w I połowie 2017 r. – 738,0 litrów, przy średnim zużyciu antyseptyku w badanym okresie odpowiednio: 19,3; 27,1 i 41,5 litra/1 000 pacjentodni. Zużycie antyseptyku w tym okresie na Oddziałach wyniosło: OIT – 95,0; 107,9 i 102,6; Położniczo – Ginekologicznym – 28,8, 50,1 i 80,8; Urazowo – Ortopedycznym 23,7, 29,5 i 51,5 Pediatrycznym – 17,4, 22,2 i 27,0 oraz Chirurgii Ogólnej – 13,1; 30,2 i 24,7. Na pozostałych oddziałach zużycie antyseptyków wynosiło 10 i mniej l/1000 pacjentodni.

Wzrost zużycia antyseptyków na poszczególnych oddziałach spowodowany był zainstalowaniem od 2016 r., przy każdym łóżku, dozownika z płynem dezynfekcyjnym do rąk oraz przeprowadzone szkolenia WHO pn. „pięć momentów higieny rąk", co zdaniem Dyrektora Szpitala „...spowodowało wzrost świadomości personelu (...) zróżnicowanie zużycia wynika ze specyfiki oddziałów i realizowanych procedur."

(dowód: akta kontroli str. 478, 490, 493, 495 - 497, 953 – 956)

Konsultacje mikrobiologiczne prowadzone przez członków ZKZ odnotowywane były w rejestrze „Konsultacje mikrobiologiczne". Według rejestru przeprowadzono: 49 konsultacji w 2015 r., 50 w 2016 r. oraz 27 konsultacji w I półroczu 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 467 – 484, 1042)

2.3. W latach 2015 – 2017 (I półrocze) ZKZ odbył łącznie 59 spotkań (średnio dwa na miesiąc), z których sporządzano notatkę, podpisaną przez uczestników spotkania. W żadnym z tych spotkań nie uczestniczyła Pielęgniarka Epidemiologiczna, zatrudniona na 1/5 etatu.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że udział w pracach ZKZ pielęgniarki epidemiologicznej polegał na uczestnictwie w spotkaniach Dyrektora z kadrą kierowniczą, gdzie poruszane były problemy dotyczące zakażeń szpitalnych.

Roczne programy pracy dla Specjalisty ds. Epidemiologii w Powiatowej Przychodni Zdrowia – jednostki Szpitala, jako jedno z zadań wymieniały „ Współuczestnictwo w wypracowywaniu strategii Szpitala w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych (Zespół i Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych.)

(dowód: akta kontroli str.,126 – 199, 467 – 480, 481 – 497,953 - 956)

---

[34] Tematy szkoleń obejmowały: 1). Zapoznanie personelu z sytuacją epidemiologiczną szpitala i oddziału 2) Najczęściej występujące problemy z zakażeniami szpitalnymi w oddziale, 3). Procedury kontroli zakażeń szpitalnych lub 4) Przypomnienie procedur kontroli zakażeń szpitalnych, m.in. higiena rąk.

Stwierdzone nieprawidłowości

Sprawozdania z działalności ZKZ sporządzane były nierzetelnie, zawierały m.in. błędne dane dotyczące zakażeń ran operacyjnych w 2015 r.; liczby zakażeń na poszczególnych oddziałach, które w trakcie kontroli korygowano.

NIK zwraca uwagę, że karty stanowiska pracy członków ZKZ nie były aktualizowane i zawierały nazwy jednostek organizacyjnych Szpitala, które nie występowały w obowiązującym Regulaminie organizacyjnym, co potwierdziła Dyrektor Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 325, 471, 484, 925, 953 – 956, 1060 -1063, 1133 - 1134)

Opis stanu faktycznego

2.4. KKZ powołany przez Dyrektora Szpitala nie obradował cyklicznie. Zgodnie ze standardami akredytacyjnymi Kontroli Zakażeń (KZ), spotkania KKZ odbywają się, nie rzadziej niż raz na pół roku.

W jedynym protokole z okresu objętego kontrolą, z dnia 29 maja 2017 r., omówiono wyhodowanie szczepów CPE (pacjenci hospitalizowani wcześniej w innych placówkach), mikrobiolog szpitalny przedstawił opcje terapeutyczne, a ZKZ i KKZ zaopiniowali pozytywnie opcje antybiotykoterapii.

Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej, będący Przewodniczącym KKZ nie wyjaśnił przyczyny braku dokumentacji z działalności i posiedzeń KKZ, podając m.in.: „Co miesiąc Dyrektor Szpitala zwołuje naradę kadry kierowniczej na której omawiane są zagadnienia dotyczące leczenia pacjentów, badania laboratoryjne (...) serologiczne (...) badania mikrobiologiczne (...) koszty apteczne (...), analizowane okresy, jest to praktycznie realizacja zadań KKZ, w której uczestniczą wszyscy członkowie KKZ."

W 22 spotkaniach Dyrektora z kadrą kierowniczą Szpitala (w 2015 – 13; w 2016 – 6, w 2017 – 3), udział potwierdziło od 65% - do 91% osób wykazanych na listach obecności. Główne tematy tych spotkań dotyczyły: kosztów leczenia (Apteka Szpitalna; ilości i koszty zlecanych przez oddziały badań przez CLA), badań mikrobiologicznych, a także zakażeń szpitalnych, gospodarki krwią w oddziałach, rzadziej ograniczenia kosztów antybiotykoterapii i hospitalizacji, sytuacji epidemiologicznej.

(dowód: akta kontroli str. 670 – 671, 958, 1133 - 1134)

2.5. Receptariusz Szpitala, obowiązujący od 2012 r. był 7 - krotnie[35] zmieniany, w tym dwukrotnie w 2015 r. i dwukrotnie w 2016 r. Przeglądarka internetowa udostępniała wszystkie dokumenty związane z receptariuszem, dotyczące obrotu lekami na poziomie „apteka – oddział", w zakresie polityki antybiotykowej, a także szczegółowe informacje na temat leków (aktualne ceny przetargowe, karty charakterystyk produktów leczniczych, dawki DDD).

W Szpitalu obowiązywało 16 standardów z zakresu farmakoterapii obejmujących m.in procedury: zaopatrywania oddziałów w leki, przechowywania, zlecania, uzyskiwania w trybie nagłym, postępowania z niewykorzystanymi i przeterminowanymi lekami, znakowania oraz nadzoru. Aktualizacja standardów farmakoterapii odnotowywana była w rejestrze załączonym do procedury, w którym odnotowywano datę i zakres dokonanych zmian.

(dowód: akta kontroli str. 657 – 669, 1043 – 1046, 1052 – 1056)

2.6. W latach 2015 – 2017 (I półrocze) zakażenia szpitalne wykryto u 1,6% (z 28 731 hospitalizowanych), w tym: w 2015 r. - 1,2% (spośród 12.652 pacjentów); w 2016 r. - 1,8% (spośród 10.789 pacjentów) i w 2017 r. - 1,9% (5.290 spośród pacjentów). W celu ustalenia antybiotykogramu dla 48,8% pacjentów z wykrytym zakażeniem wykonano łącznie 217 badań mikrobiologicznych, w tym: w 2015 r. - 44,0% (66 badań); 2016 r. - 47,2% (91 badań) oraz w 2017 r. - 58,8% (60 badań).

Kierownik Pracowni Diagnostyki Mikrobiologicznej wyjaśniła, że: „Zgłaszanie telefoniczne wyhodowania Alert Patogenu dokonywane jest bezpośrednio w chwili pierwszego podejrzenia w trakcie odczytu – do pielęgniarki epidemiologicznej i do lekarza prowadzącego na oddział (24 – 48 godzin od momentu dostarczenia materiału (...) Wynik końcowy wydawany jest w formie papierowej (...) na oddział i do pielęgniarki epidemiologicznej (...) zarówno z nosicielstwa jak i zakażenia".

Wykonana liczba badań mikrobiologicznych, w Szpitalu, wynosiła średnio 0,37/ łóżko szpitalne, w tym na oddziałach: zabiegowych - 0,44 i zachowawczych - 0,31 badania/łóżko. Najwyższa

[35] Decyzje Komitetu Terapeutycznego.

częstość badań mikrobiologicznych występowała na Oddziałach: OIOM - gdzie wykonywano średnio 3,5 badania/łóżko (w tym w 2015 r. - 2,5; w 2016 - 4,5 oraz w 2017 - 1,7), na Oddziale Chirurgii Ogólnej – 0,9 badania/łóżko (odpowiednio 0,9; 0,5 i 0.7) i Chorób Wewnętrznych – 0,5 badania /łóżko (odpowiednio 0,2; 0,4 i 0,7).

(dowód: akta kontroli str. 512 - 513, 476 - 477, 488 – 489, 1042)

W latach 2015– 2017 (I półrocze) odnotowano łącznie 445 zakażeń szpitalnych, w tym: w 2015 r.- 150; w 2016 - 193 i w 2017 - 102. W badanym okresie dominowały zakażenia: układu pokarmowego - 23,4% (16,7%; 23,8% i 32,4%); miejsca operowanego – 20,9% (26,0%; 17,6%, i 19,6%); układu moczowego - 11,5% (5,3%; 15,0% i 13,7%); Sepsa – 9,0% (7,3%; 9,8% i 9,8%), oraz zapalenia płuc - 4,7% (7,3%; 3,1%,3,9%). Pozostałe zakażenia stanowiły 30,6% (37,3%; 30,6% i 20,6%) i obejmowały m.in. zakażenia skóry, zakażenia układu oddechowego, zakażenia tkanek miękkich.

Z ogólnej liczby zakażeń szpitalnych przypadało: 22,5% na Oddziały: Chirurgii Ogólnej; 22,5%; Kardiologiczny z Intensywną Opieką Kardiologiczną; 21,6% Chorób Wewnętrznych, 14,8% OIT oraz 11 % na Oddział Pediatryczny. Pozostałe 7,5% zakażeń występowało na Oddziałach Neonatologicznym, Ginekologiczno-Położniczym oraz Urazowo – Ortopedycznym.

(dowód: akta kontroli str. 469 – 470, 508)

Według danych przedstawionych przez Szpital, w latach 2015 - 2017 (I półrocze), również w raportach do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego (PPIS), nie wykazano zgonów, których bezpośrednią przyczyną były zakażenia szpitalne.

ZKZ opracował i wdrożył procedurę postępowania w przypadku występowania w poszczególnych oddziałach szpitali czynników alarmowych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala i ich lekowrażliwości[36].

Laboratorium szpitalne sporządzało wykaz wyników badań stwierdzających obecność patogenów alarmowych w Szpitalu - raz na pół roku, w postaci mapy mikrobiologicznej.

W latach 2015 i 2016 Pracownia Diagnostyki Mikrobiologicznej uzyskała pozytywne wyniki sprawdzianu wiarygodności badań mikrobiologicznych w zakresie identyfikacji, lekowrażliwości i mechanizmów oporności na leki bakteryjnych czynników etiologicznych zakażeń.

Zgodnie ze standardami akredytacyjnymi kontroli zakażeń, w Szpitalu obowiązywała „Procedura rozpoznania i zwalczania ogniska epidemicznego" oraz „Procedura oceny zagrożenia epidemiologicznego" u pacjentów. obejmujące zakażenia: miejsca operowanego, dróg moczowych, dróg oddechowych, łożyska naczyniowego i zakażeń przenoszonych drogą krwiopochodną. Określono kryteria dla poszczególnych rozpoznań, uwzględniając możliwości diagnostyczne szpitala. Sposób zbierania, dokumentowania i przekazywania takich danych zespołowi kontroli zakażeń szpitalnych opisywała instrukcja prowadzenia kompletowania i uzupełniania dokumentacji medycznej indywidualnej w szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 953 – 956, 1043 – 1048, 1097 - 1098)

2.7. Od 1 stycznia 2007 r. w Szpitalu obowiązuje system czynnej rejestracji zakażeń we wszystkich oddziałach szpitalnych. Wzór „Karty rejestracyjnej zakażenia zakładowego"[37], wprowadzonej przez Dyrektora w 2006 r.[38] został przesłany do wiadomości kierowników jednostek szpitala, z poleceniem zapoznania podległego personelu oraz bezwzględnego stosowania. Przedstawione podczas kontroli, indywidualne karty rejestracji zakażenia szpitalnego różniły się od wzoru karty wprowadzonej przez Dyrektora Szpitala.

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala, w połowie 2015 r., nastąpiła zmiana oprogramowania w systemie rejestracji zakażenia szpitalnego, co spowodowało zmianę układu karty.

(dowód: akta kontroli str. 1023 – 1025, 1062)

---

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

[37] Zakładanej tylko pacjentowi, u którego stwierdzono zakażenie.

[38] Pismo nr SPZZOZ.OZSz.IV.7/06 z 19 grudnia 2006 r.

W Szpitalu nie określono sposobu zbierania, dokumentowania, przekazywania, weryfikowania danych o zakażeniach do ZKZ. W żadnym dokumencie nie określono osób odpowiedzialnych za wypełnienie karty rejestracji zakażenia szpitalnego lub/i patogenu alarmowego i ich przekazywanie do ZKZ, który zobowiązany był do prowadzenia rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych.

Pielęgniarka Epidemiologiczna wyjaśniła m.in., że „ Rejestracja zakażeń szpitalnych polega na zbieraniu informacji o pacjentach gorączkujących lub takich, u których wystąpił problem polegających na wystąpieniu innych objawów (...) zakażenia szpitalnego (...) Z wstępnie zgromadzonych danych (...) pielęgniarka epidemiologiczna ustala z lekarzem prowadzącym rodzaj zakażenia (...) karty zakażenia wypełniane są w programie AMMS – Zakażenia"

Rejestr zakażeń szpitalnych, prowadzony w wersji elektronicznej, zawierał następujące dane: PESEL, data przyjęcia, oddział, data wprowadzenia, osoba wprowadzająca data, modyfikacji, osoba wypełniająca kartę, kwalifikacja zakażenia i był prowadzony w porządku chronologicznym.

Pielęgniarka Epidemiologiczna wyjaśniła m.in., że karty zakażenia szpitalnego są wypełniane w programie AMMS - Zakażenia i weryfikowane przez Przewodniczącą ZKZ (...) Przeniesienie danych z indywidualnej karty rejestracji zakażenia do rejestru następowało automatycznie po wypełnieniu karty (...) Wprowadzane dane dotyczą tylko zakażenia szpitalnego (podejrzenia nie są odnotowane w rejestrze).

(dowód: akta kontroli str. 680 – 904, 1060 – 1063)

Badaniem kontrolnym objęto łącznie 60 indywidualnych kart rejestracji zakażenia szpitalnego z 445 (13,5%) z lat 2015 – 2017 (I półrocze), w tym: 26[39] kart z oddziałów zachowawczych, 17 z oddziałów zabiegowych oraz 17 kart z OIT.

Ustalone nieprawidłowości

Kontrola wykazała, że karty były sporządzone według wzoru innego niż obowiązujący w Szpitalu i nie wyodrębniono w nich pola „data i podpis lekarza prowadzącego".

Karty rejestracji zakażenia szpitalnego były wypełniane nierzetelnie, gdyż w przypadku 16,7% kart nie wpisano daty wypisu/zgonu, 48,3% kart nie zawierało informacji o wykonanych badaniach mikrobiologicznych i stosowanych antybiotykach.

Wpisy do kart następowały średnio 25 dni po wystąpieniu objawów zakażenia, z tego do 1 tygodnia -12% wpisów; 1 - 2 tygodnie – 20%; 2-3 tygodnie – 17%, 3-4 tygodnie - 15% oraz w skrajnym przypadku 96 dni po wystąpieniu objawów.

Na pytanie - na jakiej podstawie do rejestru zakażeń wpisywane były dane pomimo, że w karcie nie wykazano, że wykonane były badania np. mikrobiologiczne Dyrektor Szpitala, wyjaśniła, że: „Poza danymi z karty, w rejestrze zamieszcza się wyniki dodatnich badań mikrobiologicznych, o ile były wykonane. Kwalifikacja zakażenia szpitalnego następuje głównie na podstawie objawów klinicznych i czasu w którym wystąpiły objawy. Potwierdzenie mikrobiologiczne zakażenia może być dodatkowym potwierdzeniem zakażenia, jednak nie jest podstawą rozpoznania zakażenia." Weryfikacja danych w karcie rozpoznania zakażenia szpitalnego, potwierdzona przez Przewodniczącą ZKZ polegała na analizie dokumentacji pacjenta w systemie komputerowym AMMS - zawierającymi m.in. historię choroby.

(dowód: akta kontroli str. 680 – 904,1060 – 1063)

Opis stanu faktycznego

W latach 2015 – 2017 (I półrocze), ZKZ pięciokrotnie analizował historie chorób, badając prawidłowość oceny czynników ryzyka przy przyjęciu do Szpitala. Nieprawidłowo określoną grupę ryzyka stwierdzono:

- - I kwartał 2015 r: - w analizie 124 historii chorób, w ośmiu przypadkach (6,5%)[40],
- - III kwartał 2015 r. – w analizie 122 historii chorób, w trzech przypadkach (2,5%)[41],
- - listopad-grudzień 2015 r.-w analizie 50 historii chorób, w 9 przypadkach (18,0%)[42],
- - III kwartał 2016 r. w analizie 114 historii chorób, w 14 przypadkach (12,3%)[43],

---

[39] Z tego dotyczących Oddziału Chorób Wewnętrznych -13.

[40] W tym, źle określone grupy ryzyka na oddziałach: chorób wewnętrznych – 21,1%; rehabilitacji narządów ruchu – 10,5%; kardiologii – 7,7%; chirurgii ogólnej - 5,3%;

[41] W tym, źle określone grupy ryzyka na oddziałach: urazowo – ortopedycznym – 16,7%; kardiologii – 7,7%;

[42] W tym, źle określone grupy ryzyka na oddziałach: urazowo ortopedycznym – 40%; chirurgii ogólnej – 3,7%;

– - I kwartał 2017 r. w analizie 124 historii chorób, w 12 przypadkach (9,7%)[44].

Przyczyną nieprawidłowego określenia grupy ryzyka było niesumowanie czynników ryzyka określanych przez pielęgniarki z czynnikami ryzyka identyfikowanymi przez lekarzy.

(dowód: akta kontroli str. 136 - 137, 148 – 149, 173, 182, 197)

Wykazany w raportach ZKZ odsetek zakażeń pacjentów, bez uwzględnienia różnicowania pacjentów, oddziałów i zakażeń, wyniósł w 2015 r.,- 1,30%; w 2016 r.–1,80%, oraz w I półroczu 2017 r.– 1,78%.

Zachorowalność na 1000 osobodni hospitalizacji, wynosiła średnio - 3,2; (2015 r.- 2,7; w 2016 r.- 3,2 i w 2017 r.- 3,7) oraz odpowiednio na oddziałach: OIT-18,4; Urazowo-Ortopedycznym - 2,6;. Chirurgii Ogólnej - 5,9; Ginekologiczno – Położniczym - 0,8; Kardiologicznym - 3,2; Wewnętrznym - 2,8; Neonatologicznym - 0,2. Pediatrycznym - 3,7.

W okresie kontrolowanym na żadnym z oddziałów Szpitala nie wykazano zgonów spowodowanych zakażeniami wewnątrzszpitalnymi.

(dowód: akta kontroli str. 67 - 68, 81 - 82, 95 -96, 109 - 110, 121 - 122)

Szpital nie dysponował stałymi pomieszczeniami (izolatkami) pozwalającymi na izolację zakażonego pacjenta. W przypadku podejrzenia lub stwierdzenia zakażenia, taki pacjent izolowany jest w sali, z węzłem sanitarnym, przygotowywanej doraźnie dla wskazanych potrzeb i uruchamiane są odpowiednie procedury[45].

W czerwcu 2012 r. PWIS pozytywnie zaopiniował program dostosowawczy dla Szpitala uwzględniający m.in. izolatki, z terminem realizacji programu do 31 grudnia 2017 r. Program w 12 jednostkach szpitala wykazywał 44 zakresy odstępstw od wymogów rozporządzenia MZ[46] na poszczególnych oddziałach szpitala oraz sposób i termin ich usunięcia.

Do czasu zakończenia przez NIK kontroli w Szpitalu nie usunięto żadnych niezgodności określonych w programie dostosowawczym.

Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że „Głównym powodem jest brak środków finansowych na zrealizowanie programu. W ostatnim okresie Szpital podpisał umowę na przebudowę SOR ze środków unijnych na kwotę ponad 6 mln zł, 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."

(dowód: akta kontroli str. 1026, 1099 – 1107, 1127 – 1132, 1133 - 1134)

Udział patogenów alarmowych w zakażeniach szpitalnych stanowił, w badanym okresie, średnio 14,8% wszystkich stwierdzonych zakażeń. Największy udział (wg listy czynników alarmowych) jako zakażenia szpitalne (wśród wszystkich zakażeń) miały: pałeczki niefermentujące Acinetobacter– 58,8% oraz odpowiednio pałeczki ropy błękitnej (Pseudomonas aeruginosa) – 48,3%; szczepy chorobotwórcze laseczki beztlenowej Clostridium difficile – 34,1%; pałeczki Gram-ujemne Enterobacteriaceae spp.- 20,8%.

Wśród wszystkich stwierdzonych zakażeń szpitalnych największy udział miały: Clostridium difficile – 34,8%; Enterobacteriaceae spp.- 18,0%; rotavirus – 16,9%; pałeczka ropy błękitnej (Pseudomonas aeruginosa) – 15,7%; pałeczki niefermentujące (Acinetobacter spp) – 11,2% oraz norovirus 2,2% i gronkowiec złocisty (Staphylococcus aureus) -1,1%.

Nie stwierdzono, w okresie kontrolowanym, ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych, podlegających zgłoszeniu do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego (PPIS).

---

[43] W tym, źle określone grupy ryzyka na oddziałach: OIT – 40%; urazowo ortopedycznym – 36,4%; pediatrycznym – 28,6%; rehabilitacji narządu ruchu - 18,2%;

[44] W tym, źle określone grupy ryzyka na oddziałach: kardiologicznym – 38,5%; urazowo ortopedycznym – 23,1%; pediatrycznym – 11,5%; chirurgii ogólnej – 4,8%;

[45] W tym m.in. KZ 2 – Procedura izolacji kontaktowej; KZ 3 – Procedura izolacji w zakażeniach szerzących się przez krew; KZ 4 – Procedura izolacji kropelkowej; KZ 5 – Procedura izolacji powietrznej; KZ 7 – Procedura izolacji ścisłej.

[46] Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać, pod względem sanitarnym, pomieszczenia i urządzenia ZOZ (Dz. U. Nr 31, poz. 158).

Jak wyjaśniła Kierownik Pracowni Diagnostyki Mikrobiologicznej: podejrzenie zakażenia nie jest identyfikowane w laboratorium. Laboratorium stwierdza wyhodowanie ewentualnego czynnika etiologicznego zakażenia. O zaistnieniu zakażenia decydują objawy kliniczne stwierdzane przez klinicystę na oddziale.

(dowód: akta kontroli str. 510 – 511, 1042)

Łączna liczba pacjentów operowanych wyniosła 4.371, (w tym na Oddziale Chirurgii Ogólnej - 2 197. Urazowo Ortopedycznym - 1 759. Ginekologiczno – Położniczym – 415). Zakażenia ran operacyjnych stwierdzono u 84 (1,9%) pacjentów, w tym odpowiednio na Oddziale Chirurgii Ogólnej - 60 (2,7%); Urazowo-Ortopedycznym - 18(1,0%), Ginekologiczno – Położniczym 7 (1,7%).

Wśród sześciu pacjentów operowanych w Szpitalu, którym nie podawano profilaktycznie antybiotyku wystąpiło zakażenie szpitalne, z tego pięć przypadków dotyczyło pacjentów przebywających na Oddziale Chirurgii Ogólnej.

(dowód: akta kontroli str. 70, 84, 99, 112, 124, 951)

W okresie kontrolowanym na wszystkich oddziałach Szpitala odnotowano 40 przypadków wystąpienia sepsy (posocznicy), w tym: w 2015 r. – 11 (7,3% wszystkich zakażeń); w 2016 r. – 19 (9,8%) oraz w 2017 r. (do 30 czerwca) – 10 (9,8%).

Najczęściej przypadki depsy występowały na oddziałach: OIT – 67,5% (27 przypadków); oraz Chirurgii Ogólnej – 17,5% (7 przypadków) i 7,5% (po 3 przypadki) na Oddziałach Wewnętrznym oraz Kardiologicznym.

W Szpitalu nie działał (nie był powołany) tzw. „sepsis team" (zespół szybkiego reagowania). W Izbie Przyjęć oraz w SOR nie odnotowano wystąpienia sepsy.

W dokumentacji Szpitala nie było potwierdzonych przypadków zgonów pacjentów ze wstrząsem septycznym, który wystąpił w trakcie ich pobytu w Szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 508, 1060 – 1063)

Ustalone nieprawidłowości

W 2015 r. stwierdzono błędy w zestawieniach zakażeń szpitalnych i rodzaju czynników etiologicznych na Oddziale Pediatrii, a w 2016 r. na Oddziale Chirurgii Ogólnej. Polegały one na nieprawidłowym sumowaniu poszczególnych zakażeń szpitalnych oraz liczby zabiegów (zakażenia ran operacyjnych). Na podstawie błędnych danych sporządzano analizy, które były przedstawiane Dyrektorowi Szpitala. W trakcie kontroli dokonano korekty danych.

(dowód: akta kontroli str.469 - 470, 483 – 484, 591, 594, 599)

3. Realizacja zaleceń i wniosków pokontrolnych państwowej inspekcji sanitarnej.

Opis stanu faktycznego

W latach 2016 – 2017 (I półrocze) organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły w Szpitalu osiem kontroli w badanym zakresie, z tego:

- pięć kontroli przeprowadził PPIS w Ostrowi Mazowieckiej, w tym: zgłaszalności zachorowań i podejrzenia zachorowania na gruźlicę[47], zgłaszalności chorób zakaźnych i zakażeń przez komórki organizacyjne Szpitala, oceny warunków sanitarno-higienicznych oraz dokumentacji w bloku żywienia.[48], wykonawstwa szczepień ochronnych oraz obowiązującej dokumentacji i gospodarki szczepionkami
- trzy kontrole przeprowadził PWIS, w tym: w zakresie oceny warunków sanitarno-higienicznych oraz dokumentacji w bloku żywienia., oceny warunków sanitarno-higienicznych sterylizatorni szpitalnej oraz procesów sterylizacji, bielizny szpitalnej oraz postępowania ze zwłokami[49].

W dwóch kontrolach, z pięciu przeprowadzonych przez PPIS, stwierdzono następujące nieprawidłowości:

---

[47] Jedna kontrola przeprowadzona przez PPIS w dniu 7 kwietnia 2016 r. potwierdziła zgłoszenie w I kwartale 2016 r. i rozpoznanie jednego przypadku gruźlicy niepotwierdzonej bakteriologicznie (kontakt ze zwierzętami gospodarskimi). Druga kontrola przeprowadzona w dniu 6 kwietnia 2017 r., potwierdziła m.in., że w I kwartale 2017 r. zgłoszono i rozpoznano 6 przypadków gruźlicy, w tym 5 potwierdzonej bakteriologicznie i jeden przypadek gruźlicy niepotwierdzonej bakteriologicznie.

[48] Kontrola przeprowadzona przez PWIS w dniu 7 maja 2016 r.

[49] Kontrola przeprowadzona przez PWIS.

W okresie od 1 stycznia do 31 marca 2016 r. Szpital nie dokonał zgłoszenia 10 rozpoznań chorób zakaźnych i zakażeń, czym naruszył art. 27 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń. PPIS wydał zalecenie do niezwłocznej realizacji oraz zawiadomił o wszczęciu z urzędu postępowania administracyjnego w ww. sprawie.

Powyższe uchybienia stanowiły podstawę naliczenia opłaty za badania laboratoryjne i inne czynności wykonywane przez PPIS w wysokości 72 zł, obejmujące 2 godziny łącznego czasu kontroli[50].

W okresie od 1 stycznia do 15 maja 2017 r. Szpital nie dokonał zgłoszenia 13 rozpoznań chorób zakaźnych i zakażeń, czym naruszył art. 27 ust. 1 ww. ustawy. Wydano zalecenie do niezwłocznej realizacji. W wyniku wszczętego postępowania administracyjnego przez PSSE naliczono opłatę w wysokości 68 zł, obejmującą 2 godziny łącznego czasu kontroli.

(dowód: akta kontroli str. 207 – 253; 979 - 985)

W sześciu pozostałych kontrolach, przeprowadzonych przez PPIS i PWIS, nie stwierdzono nieprawidłowości.

W okresie kontrolowanym nie wystąpiło zakażenie szpitalne kwalifikowane jako ognisko szpitalne.

PPIS nie podejmował działań o czasowym zamknięciu oddziału szpitalnego z powodu potwierdzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń w Szpitalu.

W Raporcie okresowym o sytuacji epidemiologicznej Szpitala za 2015 r. wykazano łącznie 26 zakażeń szpitalnych[51], w tym: 6 - w Oddziale Chorób Wewnętrznych[52], 4 - w Oddziale Chirurgii Ogólnej[53], 10 - Oddziale Intensywnej Terapii[54], 5 – w Oddziale Pediatrycznym[55], 1 w Oddziale Rehabilitacji Narządu Ruchu[56].

W 2016 r. liczba zakażeń szpitalnych, w porównaniu do 2015 r., wzrosła o 69,3%.

Według Raportu okresowego o sytuacji epidemiologicznej za 2016 r. w Szpitalu wykryto 44 zakażenia szpitalne , w tym 19 - w Oddziale Chorób Wewnętrznych[57], 1 - w Oddziale Chirurgii Ogólnej[58], 1 – w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym[59], 12 – OIT[60], 5 – w Oddziale Kardiologicznym[61], 6 – w Oddziale Pediatrycznym[62].

W Raportach okresowych, za 2015 r. i 2016 r., za najważniejsze uznano izolowanie pacjentów Oddziału Chorób Wewnętrznych z zakażeniem Clostridium difficile oraz pacjentów Oddziału Intensywnej Terapii z zakażeniem Klebsiella pneumoniae ESBL(+) i Pseudomonoas aeruginosa.

(dowód: akta kontroli str. 30 – 35)

Ustalone nieprawidłowości

Raport okresowy o bieżącej sytuacji epidemiologicznej, za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 r., nie został podpisany przez Dyrektora Szpitala, pomimo że wzór tego raportu, w załączniku nr 4 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[63] - przewidywał „podpis i pieczęć Kierownika".

---

[50] Decyzja PPIS Nr 1/2016 z dnia 6 maja 2016 r.

[51] Według danych przedstawionych w kol. 9 Raportu za 2015 r. pn. „Liczba pacjentów z zakażeniem wywołanym biologicznym czynnikiem u których wykryto drobnoustrój chorobotwórczy", tj. wykrytym w badaniu pobranym po upływie co najmniej 72 godz. od przyjęcia do podmiotu leczniczego.

[52] W tym: 1 przypadek zakażeń Clostridium difficile i 5 E. Coli ESBL (+).

[53] W tym: 2 - KL Pneumoniae ESBL(+), 1 - Acitenobacter baumani, 1 - Enterob.cloaceae ESBL (+).

[54] W tym: 4 - Acitenobacter baumani, 4 - Pseudomonoas aeruginosa i po jednym E. Coli ESBL (+) i Kl.oxytoka.

[55] Wszystkie wywołane przez rotawirusy.

[56] Wywołane przez norowirus.

[57] W tym: 12 - Clostridium difficile, 3 - Acitenobacter baumani, po jednym E. Coli ESBL (+), KL. Pneumoniae ESBL(+), norowirus, rotawirus.

[58] Wywołane przez E. Coli ESBL (+).

[59] Wywołane przez Pseudomonoas aeruginosa.

[60] W tym: 6 - Pseudomonoas aeruginosa, 5 - KL Pneumoniae ESBL(+), 1 - Acitenobacter baumani.

[61] W tym: 2 - Enterob.cloaceae ESBL (+), po jednym - Pseudomonoas aeruginosa, Acitenobacter baumani, Clostridium difficile.

[62] W tym: 5 – rotawirusy, 1 - Clostridium difficile.

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

Szpital nie zadbał o udokumentowanie daty wysłania Raportów okresowych o bieżącej sytuacji epidemiologicznej za 2015 r. i 2016 r. do PPIS, chociaż przepisy § 5 ust. 2 pkt 3 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia nakładały na Dyrektora Szpitala obowiązek przekazania z urzędu właściwemu PPIS raportu okresowego za rok kalendarzowy, w terminie do dnia 15 lutego następnego roku kalendarzowego.

(dowód: akta kontroli str. 30 – 35)

4. Koszty systemu przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym.

Opis stanu faktycznego

4.1. W badanym okresie w Szpitalu hospitalizowano łącznie 25.426 pacjentów, w tym: 11.458 pacjentów w 2015 r., 9.521 pacjentów w 2016 r. i 4.447 pacjentów w I półroczu 2017 r.

Średni pobyt pacjenta według danych Szpitala we wszystkich oddziałach szpitalnych wynosił 4,5 dnia, w tym: OIT – 16,1, Kardiologicznym – 5,5, Chorób Wewnętrznych – 4,7, Urazowo–Ortopedyczny – 4,8, Chirurgii Ogólnej - 4,7; Pediatrycznym 3,6; Neonatologicznym 2,8; oraz Ginekologiczno-Położniczym – 2,2 dnia.

(dowód: akta kontroli str. 641)

Pacjent, z zakażeniem, przebywał w Szpitalu średnio 14,6 dnia (tj. ponad trzykrotnie dłużej niż bez zakażenia), w tym m.in. na oddziałach: OIT – 37 dni, (tj. ponad dwukrotnie dłużej); Kardiologicznym – 14 (tj. ponad dwukrotnie dłużej); Chorób Wewnętrznych – 10,4 (tj. ponad dwukrotnie dłużej); Urazowo – Ortopedycznym – 12 (tj. ponad dwukrotnie dłużej); Chirurgii Ogólnej – 21 (tj. ponad czterokrotnie dłużej).

Średni koszt osobodnia, pacjenta bez i z zakażeniem (obliczony jako iloraz całkowitych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej i liczby hospitalizowanych), wynosił w Szpitalu - 729 zł, w tym m.in. na Oddziałach: OIT – 3 781 zł; Urazowo–Ortopedycznym – 1 687 zł; Neonatologicznym - 675 zł; Ginekologiczno-Położniczym – 911 zł; Chirurgii Ogólnej – 828 zł; Pediatrycznym – 485 zł; Chorób Wewnętrznych – 463 zł; Kardiologicznym – 452 zł;

(dowód: akta kontroli str. 421 – 429, 430 – 450, 512, 519 – 520- , 641, 905 - 907)

Pielęgniarka zatrudniona na stanowisku Specjalisty ds. Epidemiologii poinformowała o działaniach podejmowanych przez Szpital, w celu zmniejszenia kosztów zakażeń szpitalnych, które obejmowały m.in.: prowadzenie i aktualizację mapy mikrobiologicznej Szpitala, monitorowanie sytuacji epidemiologicznej oddziałów, szkolenie personelu, analizę zużycia antyseptyków, wyposażenie łóżek w dozowniki do dezynfekcji rąk, okresową ocenę wdrożonych procedur, antybiotykoterapii okołooperacyjnej, pobierania badań mikrobiologicznych, bieżące monitorowanie zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych, analizę zakażeń szpitalnych, wymazów środowiskowych, skuteczności sterylizacji i dezynfekcji, monitorowanie zużycia antybiotyków i sytuacji epidemiologicznej na oddziałach szpitalnych.

(dowód: akta kontroli str. 1051)

Ponadto, Apteka Szpitalna przygotowuje comiesięczne raporty kosztów leczenia pacjenta, które obejmują koszty: całkowite na oddziale oraz wyszczególnione np. leki, p/bakteryjne, krew, implanty, operacje, koszty Izby Przyjęć. W okresie kontrolowanym miesięczne koszty „apteczne", w przeliczeniu na jednego pacjenta zawierały się w przedziale od 1 zł do nawet 15 tys. zł na oddziale OIT[64].

(dowód: akta kontroli str.1057 – 1059)

4.2. Szacunkowe koszty związane z funkcjonowaniem systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń w Szpitalu[65] wyniosły:

- w 2015 r. – 5 020,0 tys. zł, w tym koszty oddziałów szpitalnych[66] – 3 363,0 tys. zł, tj. 67%,
- w 2016 r. – 5 630,7 tys. zł, w tym koszty oddziałów szpitalnych – 3 771,4 tys. zł, tj. 67%,

---

[64] W tym odpowiednio na oddziałach: Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna- 1,0 zł, 1,0 zł, 1,0 zł; Transport Chorych- 10,0 zł, 15,0 zł, 6,0 zł; Rehabilitacja Narządów Ruchu- 16,0 zł, 8,0 zł, 12,0 zł; SOR- 19,0 zł, 8,0 zł, 19,0 zł; Neonatologia- 60,0 zł, 51,0 zł, 56,0 zł; Pediatryczny- 76,0 zł, 51,0 zł, 72,0 zł; Wewnętrzny - 163,0 zł, 158,0 zł, 262,0 zł; Kardiologii- 137,0 zł, 103,0 zł, 152,0 zł; Ginekologiczno – Położniczym - 120,0 zł, 50,0 zł, 124,0 zł; Chirurgia Ogólna - 743,0 zł, 478,0 zł, 728,0 zł; Urazowo-Ortopedyczny– 1 828 zł, 1 765,0 zł, 2 683,0 zł, OIT- 12 289,0 zł, 15 509,0 zł, 11 263,0 zł.

[65] W kosztach ujęto: koszty osobowe, tj. wynagrodzenia wraz z pochodnymi personelu medycznego związanego ze zwalczaniem zakażeń szpitalnych i Pozostałe koszty.

[66] W kosztach oddziałów ujęto koszty SOR i Oddziału Rehabilitacji Narządu Ruchu.

– w 2017 r. (I półrocze) – 2 688,6 tys. zł, w tym koszty oddziałów szpitalnych – 1 782,9 tys. zł; tj. 66,3%.

(dowód akta kontroli str. 514)

Koszty związane z funkcjonowaniem systemu zwalczania zakażeń w oddziałach szpitalnych stanowiły:
– w 2015 r. – 9,0% przychodów z tytułu wykonania świadczeń w ramach umów z NFZ[67],
– w 2016 r. – 10,2% przychodów z tytułu wykonania świadczeń w ramach umów z NFZ[68],
– w 2017 r. – 10,8 % przychodów z tytułu wykonania świadczeń w ramach umów z NFZ.

(dowód: akta kontroli str.509, 514)

4.3. Koszty badań mikrobiologicznych na profilaktykę przeciwzakażeniową wyniosły:
– w 2015 r. – 539,6 tys. zł dla Szpitala, w tym 420,3 tys. zł – dla oddziałów szpitalnych,
– w 2016 r. – 575,7 tys. zł dla Szpitala, w tym 461,8 tys. zł – dla oddziałów szpitalnych,
– w 2017 r. – 266,2 tys. zł dla Szpitala, w tym 206,2 tys. zł – dla oddziałów szpitalnych.

(dowód: akta kontroli str. 1464-1465,1467)

4.4. W latach 2015 -2017 przeciwko Szpitalowi prowadzone było jedno postępowanie z tytułu zakażeń szpitalnych. W tej sprawie, Wojewódzka Komisja do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie orzekła o braku zdarzenia medycznego, oddalając wniosek pacjenta o odszkodowanie. Postępowanie nie generowało dodatkowych kosztów dla Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 516)

IV. Uwagi i wnioski

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli[69], wnosi o:

1. powołanie na funkcję przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych lekarza o wymaganych kwalifikacjach,
2. rozdzielenie funkcji przewodniczącego komitetu kontroli zakażeń szpitalnych i osoby sprawującej nadzór nad działalnością komitetu,
3. rozważenie przyporządkowania stanowiska Pielęgniarki Epidemiologicznej bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala,
4. uaktualnienie wzoru indywidualnej karty zakażenia szpitalnego, w drodze zarządzenia,
5. wdrożenie działań mających na celu wyeliminowanie nierzetelnego i nieterminowego sporządzania indywidulanych kart rejestracji zakażenia szpitalnego przez lekarzy,
6. prowadzenie dokumentacji zaszczepienia pracowników przeciw WZW typu B, w wykonujących zawód medyczny, narażonych na zakażenie,
7. wprowadzenia procedury określającej zasady zakładania, weryfikowania i potwierdzania indywidualnych kart rejestracji zakażenia szpitalnego oraz rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych,
8. zobowiązanie Komitetu Kontroli Zakażeń do dokumentowania realizowanych zadań,
9. dostosowanie „Karty stanowiska pracy" członków Zespołu Kontroli Zakażeń do struktury organizacyjnej obowiązującej w Szpitalu.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21

[67] Umowy na leczenie szpitalne – przychody uzyskane z NFZ- 37.492,4 tys. zł; koszty dot. oddziałów – 3.363,0 tys. zł.
[68] Umowy na leczenie szpitalne – przychody uzyskane z NFZ- 16.576,7 tys. zł; koszty dot. oddziałów – 1.782,9 tys. zł.
[69] Dz.U. z 2017 poz. 524.

dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli.

Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 14 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Warszawa, dnia 8 grudnia 2017 r.

Kontroler Doradca ekonomiczny	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia Dyrektor
Jan Mosiej	Piotr Wasilewski
.....	.....
Podpis	*Podpis*