



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.016.05.2017
P/17/060

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Bydgoszczy
ul. Wały Jagiellońskie 12, 85-950 Bydgoszcz
T +48 52 567 58 00, F +48 52 567 58 60
lby@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/17/060 – Zakażenia w podmiotach leczniczych
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontroler	Wiesław Janowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/135/2017 z dnia 18 września 2017 r. (dowód: akta kontroli str. 1)
Jednostka kontrolowana	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Toruniu ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Hanna Wolska, Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Toruniu ² (dowód: akta kontroli str. 2)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia³ pozytywnie sprawowanie przez PSSE nadzoru epidemiologicznego nad szpitalami oraz zakres i kompletność danych zbieranych o sytuacji epidemiologicznej.

Powyższą ocenę uzasadnia zrealizowanie w okresie objętym kontrolą⁴ zadań ustawowych w zakresie sprawowania nadzoru sanitarnego, rzetelne gromadzenie danych o zakażeniach w nadzorowanych szpitalach oraz prowadzenie kontroli w nadzorowanych szpitalach w zakresie działań, obejmujących m.in.: ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia, monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń, opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym.

Jako nieprawidłowe Izba oceniła niepodejmowanie działań zmierzających do zatrudnienia na stanowisku kierownika Sekcji Mikrobiologii Oddziału Laboratoryjnego PSSE osoby posiadającej specjalizację w dziedzinach medycyny mających zastosowanie w realizacji zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W rezultacie pełnienie obowiązków kierownika sekcji powierzono kolejno dwóm pracownikom, którzy nie posiadali powyższej specjalizacji. Stwierdzona nieprawidłowość nie skutkowała obniżeniem pozytywnej oceny sprawowania przez PSSE nadzoru epidemiologicznego.

¹ Dalej: „PSSE” lub „Powiatowa Stacja”.

² Dalej: „Powiatowy Inspektor” lub „Dyrektor PSSE”.

³ Najwyższa Izba Kontroli stosuje trzystopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

⁴ Lata 2016-2017 (do dnia 24 listopada) z uwzględnieniem okresów wcześniejszych, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na kontrolowany okres.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. W PSSE zatrudnionych było 103 pracowników działalności podstawowej⁵. W badanym okresie, tj. od stycznia 2016 r. do czerwca 2017 r. W Powiatowej Stacji nie zostało wyodrębnione stanowisko głównego specjalisty do spraw systemów jakości, możliwość utworzenia którego przewidywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególne stanowiska pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej⁶.

(dowód: akta kontroli str. 34-53)

Dyrektor PSSE podała w swoich wyjaśnieniach, że stanowisko głównego specjalisty do spraw systemów jakości nie zostało wyodrębnione, gdyż osobą koordynującą te sprawy jest główny specjalista do spraw jakości w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy⁷, a funkcję specjalisty do spraw systemu jakości w PSSE powierzono pracownikowi Sekcji Nadzoru Przeciwepidemicznego.

(dowód: akta kontroli str. 54, 63)

2. PSSE wykonywała⁸ nieodpłatnie badania laboratoryjne i pomiary biologicznych czynników chorobotwórczych na obszarze obejmującym miasto Toruń i powiat toruński. W okresie od stycznia 2015 r. do września 2017 r. nadzorowi sanitarnemu PSSE podlegało siedem spośród ośmiu szpitali z tego obszaru, w tym trzy samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej⁹. Wszystkie nadzorowane przez PSSE szpitale położone były na terenie miasta Torunia¹⁰.

Pięć spośród nadzorowanych szpitali¹¹ było w trakcie realizacji programów dostosowania do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca

⁵ Tj. wymienionych w poz. II „Pracownicy działalności podstawowej” w punkcie 1-4, 6-13 i 17-19 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególne stanowiska pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej (Dz. U. Nr 48, poz. 283). Dalej: „rozporządzenie w sprawie kwalifikacji”.

⁶ Dz. U. Nr 48, poz. 283, dalej: „rozporządzenie w sprawie kwalifikacji” (w poz. II załącznika „Pracownicy działalności podstawowej” pkt 4.).

⁷ Dalej: „WSSE”.

⁸ Stosownie do wykazu określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie wykazu stacji sanitarno-epidemiologicznych wykonujących badania laboratoryjne i pomiary ze wskazaniem obszaru (Dz.U. Nr 55, poz. 336).

⁹ SPZOZ: [1] Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Rydygiera (dalej: „WSzZ Rydygiera”), [2] Specjalistyczny Szpital Miejski im. Mikołaja Kopernika (dalej: „SSzM Kopernika”), [3] Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współzależnienia (dalej: „WOTUiW”). Pozostałe szpitale: [1] Szpital Specjalistyczny „Matopát” Zakład Opieki Zdrowotnej (dalej: „Matopát”), [2] „Citomed” sp. z o.o. (dalej: „Citomed”), [3] Prywatne Centrum Chirurgii sp. jawna (dalej: „PCCh”), [4] Przychodnie Lekarskie „Hipokrates” sp. z o.o (dalej: „PL Hipokrates”).

¹⁰ Ósmym szpitalem z tego obszaru był położony w powiecie toruńskim Szpital Powiatowy sp. z o.o. w Chełmży (SzP Chełmża), który podlegał nadzorowi sanitarnemu Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy (dalej: „PWIS”). PWIS przejął nad SzP Chełmża uprawnienia organu właściwego w sprawach należących do zakresu zadań i kompetencji PIS z dniem 1 stycznia 2010 r. na podstawie art. 12 ust. 1a pkt 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1261) – dalej: „ustawa o PIS”.

¹¹ Były to szpitale: [1] WSzZ Rydygiera, gdzie w 2016 r. rozpoczęto rozbudowę i modernizację obiektów przy ul. Św. Józefa 53-59; [2] SSzM Kopernika, w którym niezrealizowanie programu dostosowania dotyczyło głównie braku dostępności do łóżek z trzech stron oraz braku pokoi przygotowawczych przy punktach pielęgniarskich w części oddziałów; [3] WOTUiW – ze względu na zbyt małą powierzchnię i liczbę pomieszczeń szpitalnych przedsięwzięto budowę nowych (w 2017 r. przy ul. Włocławskiej 233/235) oraz wykonano rozbudowę i modernizację starych (w 2015 r. przy ul. Tramwajowej 2/4) obiektów. Program dostosowania dotyczy braku punktów pielęgniarskich z pokojami przygotowawczymi w oddziałach, braku gabinetów diagnostyczno-zabiegowych oraz pomieszczeń higieniczno-sanitarnych wyposażonych w natryski, przystosowanych dla osób niepełnosprawnych w części oddziałów, a także braku prawidłowo zorganizowanej izby

2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹². Termin dostosowania tych pomieszczeń i urządzeń do powyższych wymagań upływa – zgodnie z art. 207 ust.1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹³ – 31 grudnia 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 81-85)

Powiatowy Inspektor podała w swoich wyjaśnieniach, że głównym powodem niezrealizowania, przez pięć nadzorowanych szpitali, programów dostosowania był brak środków finansowych; trudności w realizacji programu dostosowania wynikały także z architektury niektórych budynków (np. w WOTUiW), zbyt małej powierzchni i ilości pomieszczeń, a także ze względu na szeroki zakres przedsięwziętych działań (budowa nowych i modernizacja istniejących budynków – WSZ Rydygiera) i związanych z tym dużych nakładów finansowych; obiektem całodobowym, najwięcej trudności sprawiało zapewnienie w salach chorych dostępu do łóżek z trzech stron oraz utworzenie pokoi przygotowawczych przy punktach pielęgniarskich w oddziałach.

(dowód: akta kontroli str. 112-116)

3. W okresie od stycznia 2015 r. do września 2017 r. PSSE przeprowadziła we wszystkich siedmiu nadzorowanych szpitalach 71 kontroli (37 kontroli w 2015 r.¹⁴, 24 kontrole w 2016 r.¹⁵ oraz 10 kontroli w pierwszym półroczu 2017 r.¹⁶) w zakresie działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, o których mowa w art. 13 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi¹⁷ oraz w zakresie spełniania wymagań rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań. Trzynastie z tych kontroli dotyczyło sprawdzenia wykonania obowiązków zawartych w decyzjach wydanych na podstawie ustaleń uprzednich kontroli¹⁸. Przedmiotem 31 spośród

przyjęć; [4] Matopat – nie przygotowano pokoi przygotowawczych przy punktach pielęgniarskich; [5] PL Hipokrates – brak rezerwowego źródła zaopatrzenia w wodę i odpowiedniego systemu wentylacyjnego w salach operacyjnych, gdzie stosowany jest podtlenek azotu (w celu realizacji programu dostosowania, na IV kwartał 2017 r. zaplanowano rozbudowę i gruntowną modernizację obiektów Zespołu Leczenia Jednego Dnia).

¹² Dz.U. z 2012 r. poz. 739. Dalej: „rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań”.

¹³ Dz.U. z 2016 r. poz. 1638 ze zm.

¹⁴ W tym: [1] 27 kontroli w WSZ Rydygiera: [a] 8 w Szpitalu Wielospecjalistycznym przy ul. Św. Józefa 53-59, [b] 4 w Szpitalu Specjalistycznym dla Dzieci i Młodzieży przy ul. Konstytucji 3 Maja 42, [c] 1 w Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym przy ul. Krasińskiego 4/4a, [d] 6 w Szpitalu Psychiatrycznym przy ul.: M. Skłodowskiej-Curie 27/29, Mickiewicza 24/26 i Gregorkiewicza 3, [e] 8 w Stacji Pogotowia Ratunkowego (dalej: „SPR”), z tego: 3 w Podstawowym Zespole Ratownictwa Medycznego (dalej: PZRM) przy ul. Grudziądzkiej 47/51, 2 w PZRM w Ostaszewie i po jednej kontroli w PZRM: przy ul. Paderewskiego 4, przy ul. Pera Jonssona 7 i w Czernikowie; [2] 6 kontroli w SSzM Kopernika przy ul. Batorego 17/19; [3] po jednej kontroli w: [a] WOTUiW (obiekty przy ul.: Szosa Bydgoska 1, Tramwajowa 2/4 i Włocławska 233/235), [b] Citomed przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 73, [c] PL Hipokrates – Zespół Leczenia Jednego Dnia przy ul. Dekerta 1, [d] PCCCh przy ul. Kollątaja 10a.

¹⁵ W tym: [1] 15 kontroli w WSZ Rydygiera: [a] 6 w Szpitalu Wielospecjalistycznym, [b] 4 w Szpitalu Specjalistycznym dla Dzieci i Młodzieży, [c] 2 w Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym, [d] 1 w Szpitalu Psychiatrycznym (przy ul. Skłodowskiej-Curie i ul. Mickiewicza), [e] 2 w SPR – Specjalistyczny Zespół Ratownictwa Medycznego i PZRM przy ul. Konstytucji 3 Maja 40a oraz PZRM przy ul. Paderewskiego 4; [2] 3 kontrole w SSzM Kopernika; [3] 2 kontrole w Matopat; [4] 2 kontrole w Citomed; [5] 1 kontrola w WOTUiW; [6] 1 kontrola w CCh.

¹⁶ W tym: [1] 8 kontroli w WSZ: [a] 2 w Szpitalu Wielospecjalistycznym, [b] 3 w Szpitalu Specjalistycznym dla Dzieci i Młodzieży, [c] 2 w Szpitalu Psychiatrycznym, [d] 1 w Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym; [2] 1 kontrola w PL Hipokrates; [3] 1 kontrola w Matopat.

¹⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 1866, ze zm., dalej: „ustawa o zwalczaniu zakażeń”.

¹⁸ Ponadto dwie kontrole sprawdzające połączono z kontrolą innych zagadnień.

58 kontroli bieżących był stan bezpieczeństwa epidemiologicznego. Kontrole te łączono najczęściej z kontrolą warunków higieny pracy i stanu sanitarno-higienicznego obiektów¹⁹ oraz z kontrolą przestrzegania ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych²⁰. Osiem kontroli bieżących przeprowadzono w związku ze złożonymi skargami lub interwencjami, siedem takich kontroli – w związku z wystąpieniem lub podejrzeniem wystąpienia ogniska epidemicznego²¹. Natomiast pięć kontroli, dotyczących warunków sanitarno-higienicznych lub bezpieczeństwa epidemiologicznego, przeprowadzono na wniosek, w celu wydania opinii. Pozostałe siedem kontroli bieżących dotyczyło m.in. przypadku wystąpienia nieżytu żołądkowego u dwojga dzieci, epizodycznego sprawdzenia realizacji procedury postępowania w przypadku obecności na oddziale szpitalnym pacjentów z zakażeniem lub podejrzeniem zakażenia laseczką beztlenową (*Clostridium difficile*), kontroli jakości ciepłej wody użytkowej w kierunku obecności pałeczki *Legionella sp.* oraz kontroli warunków higieny pracy i oceny stanu sanitarnego obiektów lub sprzętu połączonych z dwoma kontrolami sprawdzającymi wykonanie zaleceń z poprzednich kontroli.

(dowód: akta kontroli str. 86-111)

4. W badanym okresie, w wyniku 16 spośród 58 kontroli przedstawiono zalecenia pokontrolne. W 12 przypadkach zalecenia te dotyczyły doprowadzenia do odpowiedniego stanu sanitarnego elementów wewnątrz pomieszczeń szpitalnych, takich jak: ściany, podłogi, sufity oraz powierzchnie regałów i szaf. W pozostałych przypadkach zalecenia pokontrolne wskazywały na konieczność zapewnienia właściwego przechowywania żywności pracowników, zapewnienia prawidłowych warunków do mycia i dezynfekcji sprzętu porządkowego, podjęcia działań w celu zapewnienia odpowiedniej jakości ciepłej wody (wykluczającej możliwość wystąpienia pałeczek *Legionella sp.*) oraz stosowania indywidualnej odzieży ochronnej.

(dowód: akta kontroli str. 86-106)

5. W wyniku kontroli przeprowadzonych przez pracowników PSSE stwierdzono, że w pięciu szpitalach wystąpiły odstępstwa od wymagań określonych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, ponieważ szpitale te nie zakończyły wdrażania programów dostosowania²². Ponadto występowały przypadki niedostosowania do wymagań w zakresie warunków mycia i dezynfekcji sprzętu porządkowego w jednym z podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, warunków rozmieszczenia i użytkowania sprzętu w punkcie poboru materiału do badań zakładu diagnostyki laboratoryjnej jednego ze szpitali. Niedostosowania te zostały usunięte w wyniku realizacji zaleceń pokontrolnych.

Nie odnotowano przypadków zaniechania wydania decyzji przez Powiatowego Inspektora, w sytuacji stwierdzenia uchybień sanitarnych.

(dowód: akta kontroli str. 86-106, 112, 116)

6. W okresie od 1 stycznia 2015 r. do 30 czerwca 2017 r. Powiatowy Inspektor, po przeprowadzeniu 71 kontroli w nadzorowanych szpitalach, wydała 37 decyzji administracyjnych, w tym 13 - nakazujących usunięcie w ustalonym terminie stwierdzonych uchybień, trzy decyzje przedłużające termin realizacji decyzji

¹⁹ W 25 przypadkach.

²⁰ W 18 przypadkach.

²¹ Wywołanymi przez następujące biologiczne czynniki chorobotwórcze: gronkowica złocistego opornego na metycylinę (MRSA), pałeczki Gram-ujemne Enterobacteriaceae, pałeczkę zapalenia płuc (ESBL) – 2 ogniska, pałeczkę okrężnicy (ESBL) oraz rotawirusy.

²² O których była mowa w punkcie 2.1 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

oraz 21 decyzji płatniczych. Wszystkie decyzje nakazujące usunięcie stwierdzonych w wyniku kontroli uchybień zostały wykonane, co zostało potwierdzone stosownymi protokołami z kontroli sprawdzających.

(dowód: akta kontroli str. 86-106)

7. W okresie 1 od stycznia 2015 r. do 30 czerwca 2017 r. nie stwierdzono istotnych uchybień w działalności nadzorowanych szpitali, które wymagałyby konieczności poinformowania przez PSSE o nieprawidłowościach kierownictwa kontrolowanej jednostki lub organu powołanego do sprawowania nad nią nadzoru.

(dowód: akta kontroli str. 86-112, 116)

8. W okresie od 1 stycznia 2015 r. do 30 czerwca 2017 r. pracownicy PSSE przeprowadzili 15 kontroli sprawdzających, czy usunięto wcześniej stwierdzone nieprawidłowości w zakresie zakażeń szpitalnych. W wyniku tych kontroli potwierdzono usunięcie wszystkich wskazanych nieprawidłowości, co było równoznaczne z wykonaniem wszystkich nakazów zawartych w decyzjach wydanych przez Powiatowego Inspektora. Stan ten potwierdzono w treści protokołów z kontroli sprawdzających.

(dowód: akta kontroli str. 107-111)

9. W okresie od 1 stycznia 2015 r. do 30 czerwca 2017 r. zgłoszono PSSE łącznie 23 ogniska epidemicznych zakażeń szpitalnych, w tym: 10 ognisk – w 2015 r.²³, trzy ogniska – w 2016 r.²⁴ oraz 10 ognisk w pierwszym półroczu 2017 r.²⁵ Zgłoszenia te objęły łącznie 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.

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).

(dowód: akta kontroli str. 118-119)

10. Według raportów przekazywanych przez szpitale do PSSE w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 30 czerwca 2017 r. dominującymi czynnikami alarmowymi odpowiedzialnymi za zakażenia szpitalne, były:

- 1) rotawirus – 320 zakażeń w 2015 r., 149 – w 2016 r. oraz 334 – w pierwszym półroczu 2017 r., co stanowiło odpowiednio: 28,3%, 15,7% i 38,1% liczby zakażeń za sprawą czynników alarmowych w poszczególnych latach i półroczu;
- 2) biologiczne czynniki chorobotwórcze izolowane z krwi lub płynu mózgowo-rdzeniowego, odpowiedzialne za uogólnione lub inwazyjne zakażenia – 268 zakażeń w 2015 r., 259 – w 2016 r. oraz 157 w pierwszym półroczu 2017 r. (odpowiednio: 23,7%, 27,3% i 17,9% liczby zakażeń za sprawą czynników alarmowych w poszczególnych latach i półroczu);
- 3) pałeczki *Enterobacteriaceae spp.* wytwarzające beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (np. ESBL, AMPc, KPC) lub odporne na karbapenemy lub

²³ W tym: trzy ogniska – *Rotavirus*, dwa – *Noravirus*, po jednym ognisku: *Staphylococcus aureus* MRSA, *Enterobacter cloacae* AmpC, *Enterobacter cloacae*, *Klebsiella pneumoniae* ESBL oraz w jednym przypadku – czynnik nieznan.

²⁴ Po jednym ognisku: *Bordetella pertussis*, *Escherichia coli* ESBL i *Klebsiella pneumoniae* ESBL.

²⁵ W tym: siedem ognisk – *Rotavirus*, dwa ogniska – *Clostridium difficile* toksyna A/B i jedno ognisko – wirus grypy typu A.

inne dwie grupy leków lub polimyksyny – 218 zakażeń w 2015 r, 235 – w 2016 r. oraz 189 w pierwszym półroczu 2017 r.;

- 4) szczepy chorobotwórcze laseczki beztlenowej *Clostridium difficile* oraz wytwarzane przez nie toksyny A i B – 135 zakażeń w 2015 r., 100 – w 2016 r. oraz 87 – w pierwszym półroczu 2017 r. (odpowiednio: 11,9%, 10,5% i 9,9% liczby zakażeń za sprawą czynników alarmowych w poszczególnych latach i półroczu);
- 5) wirus syncytialny – 69 zakażeń w 2015 r., 69 – w 2016 r. oraz 66 w pierwszym półroczu 2017 r. (odpowiednio: 6,1%, 7,3% i 7,5% liczby zakażeń za sprawą czynników alarmowych w poszczególnych latach i półroczu).

Dalsze miejsca zajmowały: pałeczka ropy błękitnej oporna na karbapenemy lub inne dwie grupy leków lub polimyksyny, gronkowiec złocisty oporny na metycylinę (MRSA) lub glikopeptydy (VISA lub VRSA) lub oksazolidynony, a także pałeczki niefermentujące *Acinetobacter spp.* odporne na karbapenemy lub inne dwie grupy leków lub polimyksyny.

(dowód: akta kontroli str. 120-143)

11. W okresie od 1 stycznia 2015 r. do 30 czerwca 2017 r. cztery szpitale zgłosiły do PSSE 23 przypadki „potwierzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych” (10 przypadków w 2015 r., trzy przypadki – w 2016 r. oraz 10 przypadków – w pierwszym półroczu 2017 r.). W 10 przypadkach czynnikiem alarmowym tych zakażeń był rotawirus. Ponadto odnotowano po dwa przypadki wystąpienia takich biologicznych czynników chorobotwórczych, jak: norowirus, *Klebsiella pneumoniae* ESBL, *Enterobacter cloacae* (w tym AMPc), *Clostridium difficile* toksyna A/B oraz po jednym przypadku *Staphylococcus aureus* MRSA, *Escherichia coli* ESBL, *Bordetella pertussis* oraz wirus grypy typu A. W jednym przypadku nie rozpoznano biologicznego czynnika chorobotwórczego.

We wszystkich powyższych przypadkach pracownicy PSSE podjęli działania zapobiegające szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, w szczególności – przeprowadzono dochodzenie epidemiologiczne w miejscu wystąpienia ogniska, opracowano wywiady na podstawie dokumentacji medycznej, sprawdzono działania przeciwepidemiczne podjęte przez zespół kontroli zakażeń szpitala, wprowadzono procedury izolacji i kohortację pacjentów, wydzielono osobne toalety dla pacjentów zakażonych, zwiększono częstotliwość dezynfekcji powierzchni dotykowych pomieszczeń, mebli i urządzeń szpitalnych, przeprowadzono gruntowną dezynfekcję toalet w oddziałach szpitalnych oraz edukację pacjentów szpitali w zakresie mycia rąk, wzmożono nadzór nad higieną rąk personelu. W każdym z powyższych przypadków sporządzono sprawozdanie końcowe z wygaszenia ogniska epidemicznego.

(dowód: akta kontroli str. 144-155)

12. Raporty (wstępne, końcowe i okresowe) o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitali w okresie od stycznia 2015 r. do czerwca 2017 r., sporządzane były w postaci tabel, których układ był zgodny z wzorami raportów określonymi rozporządzeniem 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 szpitala²⁶. Raporty te były przekazywane PSSE w terminach określonych tym rozporządzeniem. Dane przedstawione w tych raportach były danymi ilościowymi (w raportach wstępnych

²⁶ Dz. U. z 2011 r. Nr 294, poz. 1741, dalej: „rozporządzenie w sprawie czynników alarmowych”.

i końcowych) oraz danymi zbiorczymi (w raportach okresowych), dotyczącymi liczby pacjentów (i personelu) objętych ogniskami epidemicznymi spowodowanymi poszczególnymi biologicznymi czynnikami chorobotwórczymi. Raporty końcowe zawierały także ocenę ryzyka przenoszenia zakażenia poza ognisko oraz informację o uznaniu ogniska za zakończone. Raporty okresowe zawierały m.in. ocenę zagrożeń epidemicznych. Dane zawarte w raportach nie umożliwiały prowadzenia m.in. rejestru zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną, zgonów z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ich podejrzeń oraz przypadków stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego²⁷, gdyż rejestr ten powinien zawierać m.in. dane osób określone w art. 30 ust. 3 ustawy o zwalczaniu zakażeń²⁸.

(dowód: akta kontroli str. 119, 156-176)

Powiatowy Inspektor podała w swoich wyjaśnieniach, że:

- źródłem danych w raporcie o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala był rejestr zakażeń szpitalnych; raporty te nie zawierały danych niezbędnych do prowadzenia przez państwowego powiatowego inspektora sanitarnego rejestru zakażeń i zachorowań, o jakim mowa w art. 30 ustawy o zwalczaniu zakażeń; przypadek zakażenia wykazanego w takim raporcie może być uwzględniony w rejestrze zakażeń i zachorowań tylko wówczas, gdy rozpoznanie jest zgodne z wykazem zakażeń i chorób zakaźnych ujętych w załączniku do ww. ustawy;
- raport roczny (raport okresowy) o występowaniu patogenów alarmowych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą był przesyłany do PWIS w dwóch formach, tzn. według wzoru określonego rozporządzeniem w sprawie czynników alarmowych²⁹ oraz według tabeli (Excel) opracowanej przez Państwowy Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny;
- nie przekazywała do PWIS wniosków dotyczących możliwości wykorzystania raportów szpitala o bieżącej sytuacji epidemiologicznej do prowadzenia rejestru zakażeń i zachorowań w PSSE, ponieważ, zbyt restrykcyjne wymogi dotyczące zgłaszania każdego zakażenia uznanego za zakażenie wewnątrzszpitalne mogą spowodować zmniejszenie liczby badań mikrobiologicznych, co wpłynie na zmniejszenie liczby wykrytych zakażeń; polityka w tym zakresie, powinna być ukierunkowana tak, aby kierownicy szpitali nie obawiali się konsekwencji w związku z ilością zgłaszanych zakażeń, skoro należy uznać, że w szpitalu, który zgłasza zakażenia i ogniska, dobrze działa szpitalny nadzór epidemiologiczny; można rozważyć propozycję sporządzania okresowych sprawozdań, zawierających informację, ile wystąpiło zakażeń w poszczególnych oddziałach szpitala, jaki był czynnik etiologiczny oraz jakie było rozpoznanie.

(dowód: akta kontroli str. 219, 222, 226-227)

13. Pracownicy PSSE, w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 24 listopada 2017 r., prowadzili rejestr zakażeń i zachorowań (w formie elektronicznej w systemie EPI Info oraz w formie pisemnej). Rejestr ten zawierał dane ze zgłoszeń dokonywanych

²⁷ O którym mowa w art. 30 ustawy o zwalczaniu zakażeń oraz w rozporządzeniu 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), dalej: „rejestr zakażeń i zachorowań”.

²⁸ Obejmujące m.in.: imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL, płeć, adres miejsca zamieszkania.

²⁹ Wg załącznika nr 4 do tego rozporządzenia.

w trybie art. 27 ust. 1 i art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń oraz informacje uzyskane przez PSSE w trakcie prowadzonych dochodzeń epidemiologicznych. Dane dotyczące osób³⁰ w rejestrze zamieszczane były w szczególności zawartej w powyższych zgłoszeniach³¹.

Zgłoszenia zakażeń szpitalnych³² były dokonywane przez lekarzy na formularzach ZLK³³, a zgłoszenia dodatnich wyników badań w kierunku biologicznego czynnika chorobotwórczego³⁴ – dokonywane przez diagnostów laboratoryjnych na formularzach ZLB³⁵. Zgłoszenia te zawierały dane osób takie m.in., jak: imię i nazwisko, data urodzenia, numer PESEL, płeć, adres miejsca zamieszkania, rozpoznanie kliniczne zakażenia lub choroby zakaźnej (w formularzach ZLK) oraz rodzaj biologicznego czynnika chorobotwórczego (w formularzach ZLB).

W 2016 r. Powiatowa Stacja zarejestrowała ogółem 4 621 zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, z czego z nadzorowanych przez PSSE ośmiu szpitali: 1 865 zgłoszeń w trybie art. 27 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń oraz 523 zgłoszeń w trybie art. 29 ust. 1 tej ustawy. W pierwszym półroczu 2017 r. PSSE zarejestrowała ogółem 3 000 zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia. Największy udział w ogólnej liczbie zgłoszonych zakażeń miała ospa wietrzna – 1 548 (33,5%) przypadków w 2016 r. i 1 141 (38%) przypadków w pierwszym półroczu 2017 r. Ponadto w 2016 r. zgłoszono 313 przypadków pokąsania przez zwierzęta³⁶, 203 przypadki płonicy, 172 przypadki krztuśca oraz 106 przypadków salmonellozy. Natomiast w pierwszym półroczu 2017 r. wystąpiły 302 przypadki nieżyty żołądkowo-jelitowego wywołanego przez rotawirusy, 139 przypadków pokąsania przez zwierzęta, 124 przypadki płonicy oraz 115 przypadków krztuśca.

(dowód: akta kontroli str. 177-218)

W ocenie Powiatowej Inspektor różnica pomiędzy liczbą zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania choroby zakaźnej przez lekarzy w szpitalach (1865 zgłoszeń w 2016 r.) a liczbą zgłoszeń dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznego czynnika chorobotwórczego przez diagnostów laboratoryjnych w szpitalach (523 przypadki w 2016 r.) była spowodowana faktem, że nie każde rozpoznanie lub podejrzenie choroby zakaźnej wymagało przeprowadzenia badań laboratoryjnych; podejrzenie lub rozpoznanie choroby zakaźnej zgłaszane jest na podstawie objawów klinicznych, a może to dotyczyć rozpoznania: boreliozy, biegunki, nieżyty żołądkowo-jelitowego, krztuśca, chorób wieku dziecięcego, ospy, płonicy oraz pokąsań przez zwierzęta.

³⁰ U których podejrzano albo rozpoznano zakażenie, chorobę zakaźną lub stwierdzono zgon z tego powodu, oraz osób, u których stwierdzono dodatni wynik badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych.

³¹ Tzn. obejmowały: imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL, płeć, adres miejsca zamieszkania, rozpoznanie kliniczne zakażenia lub choroby zakaźnej oraz rodzaj biologicznego czynnika chorobotwórczego.

³² O jakich mowa w art. 27 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

³³ Tzn. na formularzach, których wzory zostały określone rozporządzeniem 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. z 2013 r. poz. 848).

³⁴ Stosownie do art. 29 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

³⁵ Tzn. na formularzach, których wzory zostały określone rozporządzeniem 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 dokonywania zgłoszeń (Dz. U. z 2014 r. poz. 459).

³⁶ Łącznie z liczbą osób szczepionych przeciw wściekliźnie.

Pracownicy PSSE nie pełnili w dni wolne od pracy (soboty, niedziele i święta) dyżurów w Powiatowej Stacji, w celu umożliwienia dokonywania niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin, zgłoszeń, o których mowa w art. 27 ust. 1³⁷ i art. 29 ust. 1³⁸ ustawy o zwalczaniu zakażeń.

(dowód: akta kontroli str. 177-218)

Dyrektor PSSE, odpowiadając na pytanie, w jaki sposób w Powiatowej Stacji umożliwia się składanie w dni wolne od pracy zgłoszeń, o których mowa w art. 27 ust. 1 i art. 29 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń, podała w swoich wyjaśnieniach, że:

- w dni wolne od pracy podmioty lecznicze oraz laboratoria miały możliwość przesłania zaszyfrowanych formularzy zgłoszeń choroby zakaźnej lub dodatkich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych, drogą elektroniczną;
- od listopada 2014 r. możliwe było składanie dokumentów pocztą elektroniczną za pośrednictwem Elektronicznej Platformy Usług Administracji Publicznej (ePUAP), jednak dotychczas tą drogą nie były przekazywane powyższe zgłoszenia;
- istniała też możliwość przekazywania przez personel medyczny informacji na telefon alarmowy PSSE.

(dowód: akta kontroli str. 219-220, 223, 228-229)

14. W 2016 r. PSSE przeprowadziła 1 628 dochodzenia epidemiologiczne w celu ustalenia okoliczności zakażenia³⁹ na podstawie 4 621 zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia. Z tego 932 dochodzenia odbyły się na podstawie dokonanych przez szpitale 1387 zgłoszeń. Natomiast w pierwszej połowie 2017 r. przeprowadzono 924 dochodzeń epidemiologicznych na podstawie 3 000 zgłoszeń, z czego 388 dochodzeń - na podstawie 851 zgłoszeń dokonanych przez szpitale. Wywiad epidemiologiczny sporządzany był przez pracownika PSSE na podstawie wywiadu z pacjentem i w razie konieczności uzupełniany był informacjami z dokumentacji medycznej pacjenta i wywiadu z lekarzem lub pracownikiem laboratorium diagnostycznego. Nie przeprowadzono dochodzeń epidemiologicznych m.in. w przypadkach płonicy i ospy wietrznej.

(dowód: akta kontroli str. 177-179)

Dyrektor PSSE podała w swoich wyjaśnieniach, że ze względu na wytyczne PWIS wyjątkami, w przypadku których nie sporządza się wywiadu epidemiologicznego, były choroby wieku dziecięcego przenoszone drogą powietrzno-kropelkową, takie

³⁷ 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.

³⁸ Zgodnie z art. 29 ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń, 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. Zgłoszenia dokonuje się niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili uzyskania wyniku.

³⁹ Tj. indywidualny raport (wywiad epidemiologiczny) opracowywany przez lekarza i uzupełniany przez pracownika PSSE lub przygotowywany wyłącznie przez PSSE na podstawie wywiadu z pacjentem lub lekarzem.

jak ospa wietrzna, płonica, świnka; niemniej jednak w sytuacji wystąpienia co najmniej dwóch zachorowań na jedną z tych chorób (wystąpienie epidemicznego ogniska szpitalnego) dochodzenie było zawsze prowadzone; ponadto, pracownicy PSSE nie przeprowadzali wywiadu epidemiologicznego w przypadku zakażenia wirusem HIV oraz zachorowania na AIDS, gdyż dochodzenie przeprowadzają wtedy pracownicy WSSE i tam takie przypadki są rejestrowane.

(dowód: akta kontroli str. 221, 223)

15. W 2016 r. PSSE wykonała ogółem 20 612 badań laboratoryjnych w celu potwierdzenia zachorowania lub jego wykluczenia - z czego 77 badań dotyczących szpitali. Badaniami tymi objęto 8 144 osoby, z czego 76 badań dotyczyło szpitali; u 346 osób badanie potwierdziło zachorowanie, z czego u 50 osób - w związku z hospitalizacją. Analogicznie w pierwszym półroczu 2017 r. wykonano 10 641 badań (46 dotyczących szpitali), przebadano 4 099 osób (46 w związku z hospitalizacją), u 270 z nich potwierdzając zachorowania (w 37 w związku z hospitalizacją).

(dowód: akta kontroli str. 177-179, 400-402)

Powiatowy Inspektor podała w swoich wyjaśnieniach, że:

- nie zlecała przeprowadzenia badań laboratoryjnych w celu potwierdzenia lub wykluczenia zachorowania u pacjenta przyjętego do szpitala lub pacjenta, u którego stwierdzono zakażenie szpitalne;
- w ramach nadzoru sanitarnego, badanie kału w kierunku obecności jelitowych drobnoustrojów chorobotwórczych poleca się ozdrowieńcom po salmonelozie, shigelozie w celu wykluczenia nosicielstwa tych bakterii oraz osobom chorym i zdrowym w zbiorowych zatruciach pokarmowych;
- w okresie od stycznia 2015 r. do czerwca 2017 r., w związku z wystąpieniem zbiorowych ognisk pokarmowych w szpitalach, laboratorium PSSE wykonało: [1] u siedmiu osób badania w kierunku drobnoustrojów chorobotwórczych⁴⁰ w ognisku wywołanym w 2015 r. przez norowirusy w WOTUiW (u dwóch osób potwierdzono zakażenie norowirusami); [2] u 35 osób badania w kierunku drobnoustrojów chorobotwórczych⁴¹ w ognisku wywołanym w 2015 r. przez rotawirusy w WOTUiW (u sześciu osób potwierdzono zakażenie rotawirusami).

(dowód: akta kontroli str. 221, 224)

⁴⁰ Przeprowadzono: siedem badań w kierunku rota- i adenowirusów, trzy badania w kierunku norowirusów, siedem badań w kierunku *Salmonella sp.*, *Shigella sp.*, *Yersinia sp.*, trzy badania w kierunku enteropatogennej pałeczki okrężnicy, sześć badań w kierunku *Staphylococcus aureus*, sześć badań w kierunku *Cryptosporidium sp.*

⁴¹ Przeprowadzono: 32 badania w kierunku rota- i adenowirusów, 31 badań w kierunku norowirusów, 32 badania w kierunku *Salmonella sp.*, *Shigella sp.*, *Yersinia sp.*, 35 badań w kierunku enteropatogennej pałeczki okrężnicy, 31 badań w kierunku *Staphylococcus aureus*, pięć badań w kierunku *Cryptosporidium sp.*

16. PSSE przekazywała terminowo WSSE sprawozdania za 2016 rok, takie jak: MZ-45⁴², MZ-56⁴³, MZ-57⁴⁴, MZ-58⁴⁵, MZ-50⁴⁶.

(dowód: akta kontroli str. 230-399)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W okresie objętym kontrolą Powiatowy Inspektor nie podejmowała działań zmierzających do zatrudnienia na stanowisku kierownika Sekcji Mikrobiologii Oddziału Laboratoryjnego PSSE⁴⁷ osoby posiadającej specjalizację w dziedzinach medycyny mających zastosowanie w realizacji zadań PIS. Skutkiem tego było powierzenie pełnienia obowiązków kierownika sekcji kolejno dwóm pracownikom, którzy nie posiadali powyższej specjalizacji.

(akta kontroli str. 35, 43, 46-53)

Zgodnie z załącznikiem do rozporządzenia w sprawie kwalifikacji, na stanowisku kierownika sekcji w stacji sanitarno-epidemiologicznej wymagane były specjalizacja w dziedzinach medycyny mających zastosowanie w realizacji zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub dodatkowe kwalifikacje mające zastosowanie w realizacji zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

W tej kwestii Dyrektor PSSE podała w swoich wyjaśnieniach, że:

- pierwszy z powyższych pracowników został zatrudniony w 2011 r. po publicznie przeprowadzonym naborze, do którego nie zgłosiła się żadna osoba z ukończoną specjalizacją; posiadał w dniu przyjęcia do pracy wykształcenie wyższe drugiego stopnia oraz rozpoczętą w 2006 r. specjalizację dla diagnostów laboratoryjnych w dziedzinie mikrobiologii medycznej; z uwagi na nieukończoną specjalizację powierzono mu stanowisko p.o. kierownika sekcji; od września 2015 r. była to osoba nieaktywna zawodowo z uwagi na zwolnienia lekarskie, urlop macierzyński, urlop rodzicielski oraz świadczenie rehabilitacyjne;
- przedłużająca się nieobecność powyższego pracownika, wymusiła powierzenie tego stanowiska innemu długoletniemu i doświadczonemu pracownikowi tej sekcji, posiadającemu wykształcenie wyższe drugiego stopnia i uprawnienia zawodowe diagnosty laboratoryjnego; żaden z pracowników sekcji nie posiadał kwalifikacji wymaganych na stanowisku jej kierownika.

(dowód: akta kontroli str. 54, 63, 403)

⁴² Sprawozdanie o działalności kontrolno-represyjnej oraz w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego; w formie elektronicznej; metoda pełna; obowiązkowe, raz w roku do 1 lutego 2017 r. z danymi za rok 2016.

⁴³ Sprawozdanie dwutygodniowe, kwartalne, roczne – o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach; w formie elektronicznej lub papierowej; metoda pełna; obowiązkowe dwa razy w miesiącu: za okresy od pierwszego do 15 dnia miesiąca i od 16 do ostatniego dnia miesiąca, dzień po okresie sprawozdawczym.

⁴⁴ Sprawozdanie roczne o zachorowaniach na wybrane choroby zakaźne według płci, wieku, miejsca zamieszkania oraz ich sezonowości; w formie elektronicznej lub pisemnej; metoda pełna; obowiązkowe raz w roku do 28 lutego 2017 r. z danymi za 2016 rok.

⁴⁵ Sprawozdanie roczne o zachorowaniach na wybrane choroby zakaźne według stanu zaszczerpienia, płci, wieku oraz miejsca zamieszkania; w formie elektronicznej lub pisemnej; metoda pełna; obowiązkowe raz w roku do 28 lutego 2017 r. z danymi za 2016 rok.

⁴⁶ Sprawozdanie z działalności w zakresie higieny pracy; w formie elektronicznej; metoda pełna; obowiązkowe raz w roku do 1 lutego 2017 r. z danymi za 2016 rok.

⁴⁷ Dalej: „sekcja”.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonej nieprawidłowości działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

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 Kontroli⁴⁸, wnosi o podjęcie działań zmierzających do zatrudnienia na stanowisku kierownika sekcji pracownika posiadającego specjalizację w dziedzinie medycyny, mającej zastosowanie w realizacji zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Bydgoszczy.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosku pokontrolnego 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.

Bydgoszcz, grudnia 2017 r.

kontroler
Wiesław Janowski
główny specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Bydgoszczy

Dyrektor
Barbara Antkiewicz

.....
podpis

.....
podpis

⁴⁸ Dz.U. z 2017 r. poz. 524, dalej: „ustawa o NIK”.