



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Katowicach

LKA.410.019.04.2017
P/17/060

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/17/060 – Zakażenia w podmiotach leczniczych
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontroler	Jerzy Piasecki, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/227/2017 z 6 września 2017 r. [dowód: akta kontroli str. 1-2]
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku ¹ , 44-200 Rybnik, ul. Energetyków 46
Kierownik jednostki kontrolowanej	Bożena Mocha-Dziechciarz, Dyrektor Szpitala ² [dowód: akta kontroli str. 3]

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

W latach 2016-2017 (do 30 września)³ nadzór nad zakażeniami w Szpitalu zorganizowany był w sposób umożliwiający jego skuteczne funkcjonowanie. W Szpitalu były wdrożone właściwe procedury, powołano komitet kontroli zakażeń szpitalnych oraz zespół kontroli zakażeń szpitalnych. W Szpitalu planowano i prowadzono także działania w zakresie zapobiegania i zwalczania takich zakażeń, m.in. poprzez wewnętrzne kontrole stanu sanitarnego sprzętu medycznego i pomieszczeń szpitalnych, kontrole wewnętrznej ordynacji antybiotykowej oraz szkolenia personelu w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych. Na bieżąco i zgodnie z wymogami prawa prowadzono rejestr zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych. Dokonywano analiz skuteczności prowadzonych działań, a także wprowadzano wynikające z ich ustaleń zmiany w organizacji pracy, opieki nad chorym i stosowanych metodach leczenia.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- nieprzekazania Państwowej Inspekcji Sanitarnej informacji o dodatknych wynikach badania w kierunku biologicznego czynnika chorobotwórczego oraz podejrzeniu i stwierdzeniu zakażenia lub choroby zakaźnej,
- braku uprawnień do pełnienia funkcji przez przewodniczącego zespół kontroli zakażeń szpitalnych od dnia 1 stycznia 2016 r.,
- niezapewnienia w składzie komitetu kontroli zakażeń szpitalnych do 18 września 2017 r. lekarza wykonującego zadania służby medycyny pracy oraz uczestnictwo w pracach tego komitetu przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, który nie posiadał od dnia 1 stycznia 2016 r. uprawnień do pełnienia ww. funkcji przewodniczącego.

¹ Zwany dalej „Szpitalem”.

² Pełniąca funkcję od 28 października 2014 r.

³ Okres objęty kontrolą.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja nadzoru nad zakażeniami w Szpitalu

Opis
stanu faktycznego

1.1. Zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁴, w Szpitalu powołano⁵ komórki odpowiedzialne za sprawowanie nadzoru nad zakażeniami, tj. zespół kontroli zakażeń szpitalnych⁶ oraz komitet kontroli zakażeń szpitalnych⁷. W regulaminie organizacyjnym⁸ określono zadania Zespołu, a w Programie Monitorowania Zakażeń Szpitalnych⁹ zadania Komitetu. Obie komórki podlegały bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

[dowód: akta kontroli str. 4-12, 52-53]

1.2. W skład Zespołu wchodził: lekarz medycyny jako przewodniczący Zespołu, cztery pielęgniarki epidemiologiczne¹⁰ oraz specjalista ds. mikrobiologii¹¹.

[dowód: akta kontroli str. 4-5]

1.3. Lekarz medycyny pełniący funkcję przewodniczącego Zespołu wykonywał swoje obowiązki na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy. W dniu 11 grudnia 2014 r. na podstawie porozumienia stron powierzono mu dodatkowo obowiązki Przewodniczącego Zespołu. Mikrobiolog, wykonywał swoje obowiązki na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy¹², w której został zobowiązany do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie badań mikrobiologicznych. Z kolei pielęgniarki zostały zatrudnione na podstawie umowy o pracę na stanowisku „specjalistów ds. epidemiologii” w pełnym wymiarze czasu pracy.

[dowód: akta kontroli str. 15-41]

1.4. Wchodzące w skład Zespołu trzy specjalistki ds. epidemiologii oraz mikrobiolog, nie łączyły swoich zadań z innymi obowiązkami w szpitalu. Natomiast jedna pielęgniarka oprócz wykonywania obowiązków pielęgniarki epidemiologicznej pełniła funkcję pielęgniarki Naczelnej. Ponadto lekarz medycyny, oprócz wykonywania obowiązków przewodniczącego Zespołu, był zatrudniony w Oddziale Kardiologii z Pododdziałem Intensywnej Opieki Kardiologicznej.

[dowód: akta kontroli str. 15-16, 21, 26-35]

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że łączenie funkcji Przewodniczącego Zespołu z innymi zadaniami w Szpitalu oraz łączenie obowiązków pielęgniarki Naczelnej z obowiązkami pielęgniarki epidemiologicznej jest dopuszczalne przepisami, a charakter zatrudnienia ww. osób pozwala na zajmowanie się problematyką Zespołu w odpowiedni sposób.

[dowód: akta kontroli str. 464]

1.5. Pełniący funkcję Przewodniczącego Zespołu spełniał kryteria określone w §2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie

⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 1866 ze zm., zwanej dalej „ustawą o zwalczaniu zakażeń”.

⁵ Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 41/2001 z 5 października 2001 r. w sprawie powołania Komitetu i Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych. Kolejnymi zarządzeniami Dyrektora m.in. z dnia 19 marca 2015 r., 21 czerwca 2016 r. z 10 kwietnia i 11 lipca 2017 r. dokonano zmian ww. Zarządzenia w zakresie składu Komitetu i Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

⁶ Zwany dalej „Zespołem”.

⁷ Zwany dalej „Komitetem”.

⁸ Wprowadzony zarządzeniem Dyrektora nr 121/2016 z dnia 19 grudnia 2016 r.

⁹ Wprowadzony zarządzeniem Dyrektora nr 41/2013 dnia 23 kwietnia 2013 r.

¹⁰ Zwane dalej „pielęgniarkami epidemiologicznymi”.

¹¹ Zwany dalej „mikrobiologiem”.

¹² Umowa nr DK 547/98 z dnia 1 października 1998 r. zawarta na czas nieokreślony.

kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych¹³ do dnia 31 grudnia 2015 r. W okresie tym posiadał siedmioletnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu lekarza w Szpitalu oraz w pracy w Zespole, posługiwał się tytułem specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz ukończył kurs specjalistyczny dla lekarzy przewodniczących Zespołów, zorganizowany przez Narodowy Instytut Leków.

Przepis art. 67 ustawy o zwalczaniu zakażeń pozwalał na okresowe spełnianie funkcji przewodniczącego Zespołu przez lekarza innej specjalizacji niż wymienione w ww. rozporządzeniu (tj. w dziedzinach: epidemiologii lub higieny i epidemiologii, mikrobiologii lub mikrobiologii lekarskiej; chorób zakaźnych; organizacji zdrowia, zdrowia publicznego). Lekarz o kwalifikacjach określonych w art. 67 ustawy o zwalczaniu zakażeń, powtórzonych w §2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji członków Zespołu nie miał od dnia 1 stycznia 2016 r. uprawnienia do pełnienia funkcji przewodniczącego Zespołu (co opisano w dalszej treści niniejszego wystąpienia, w sekcji „Ustalona nieprawidłowość”).

[dowód: akta kontroli str.15, 20, 42-43]

1.6. Cztery pielęgniarki epidemiologiczne zatrudnione w Szpitalu na stanowisku specjalisty ds. epidemiologii wchodzące w skład Zespołu, spełniały wymagania określone w §3 rozporządzenia w sprawie kwalifikacji członków Zespołu, tj. posiadały specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego.

[dowód: akta kontroli str. 44-47]

1.7. Liczba łóżek szpitalnych w Szpitalu wynosiła: 723 w 2016 r. i 733 w 2017 r. (do czasu kontroli NIK), a zatem cztery pielęgniarki epidemiologiczne w składzie Zespołu zapewniały spełnianie warunku określonego w art. 15 ust. 1 pkt 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń, zgodnie z którym w skład Zespołu wchodzi pielęgniarki w liczbie nie mniejszej niż jedna na 200 łóżek szpitalnych.

[dowód: akta kontroli str.13-14]

1.8. Wchodzący w skład Zespołu mikrobiolog spełniał wymagania określone w § 4 rozporządzenia w sprawie kwalifikacji członków Zespołu, tj. posiadał specjalizację w dziedzinie mikrobiologii oraz ponad 16 letnie doświadczenie w zawodzie diagnosty laboratoryjnego.

[dowód: akta kontroli str. 21, 48-49]

1.9. Według schematu organizacyjnego Szpitala¹⁴, pielęgniarki epidemiologiczne podlegały bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że w Szpitalu wszystkie jednostki organizacyjne medyczne zostały podporządkowane Dyrektorowi ds. Lecznictwa, gdyż Dyrektor będąc z wykształcenia ekonomistą nie posiada wiedzy medycznej uprawniającej do nadzorowania pracy związanej z działalnością medyczną Szpitala.

[dowód: akta kontroli str. 50, 464]

1.10. Do obowiązków pielęgniarki epidemiologicznej należały zadania określone w „ramowym zakresie czynności” opracowanym w 1996 r. przez Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych przy Biurze Naczelnej Pielęgniarki Kraju, które obejmowały m.in.:

- organizowanie i nadzorowanie prawidłowego wykonywania zadań z zakresu zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych. Opracowywanie rocznych planów pracy, kontroli i szkoleń;

¹³ Dz. U. z 2014 r. poz. 746, zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie kwalifikacji członków Zespołu”.

¹⁴ stanowiącego załącznik nr 1 do regulaminu organizacyjnego Szpitala

- monitorowanie, ocenę i analizę stanu sanitarno-epidemiologicznego Szpitala;
- prowadzenie rejestru pacjentów i personelu z zakażeniem szpitalnym.

[dowód: akta kontroli str. 51-67, 116]

1.11. Uprawnienia pielęgniarki epidemiologicznej zostały określone w formie pisemnej w ich zakresach czynności i obejmowały m.in.:

- współdecydowanie i wnioskowanie w sprawie remontów, inwestycji i zakupów mających wpływ na stan higieniczny zakładu,
- opracowywanie standardów organizacyjnych i standardów praktyki pielęgniarskiej w odniesieniu do zagadnień profilaktyki zakażeń szpitalnych.

Ponadto w zarządzeniach Dyrektora Szpitala¹⁵ nadano im uprawnienia do przeprowadzania kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

[dowód: akta kontroli str. 61-80]

Uprawnienia ww. pielęgniarek nie obejmowały zaleceń Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych przy Biurze Naczelnej Pielęgniarki Kraju, dotyczących wnioskowania do dyrekcji o nakładanie kar w przypadku stwierdzenia rażących zaniedbań na stanowisku pracy mających wpływ na wystąpienie zakażenia szpitalnego.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że „zalecenia były tylko zaleceniami Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych przy Biurze Naczelnej Pielęgniarki Kraju”.

[dowód: akta kontroli str. 464]

1.12. W skład Komitetu⁵ wchodził: Dyrektor Szpitala ds. Lecznictwa, wyznaczeni kierownicy oddziałów Szpitala, Pielęgniarka Naczelna, Kierownik Apteki i Centralnej Sterylizatorni Szpitala oraz członkowie Zespołu, wraz z osobą pełniącą funkcję przewodniczącego Zespołu, która od 1 stycznia 2016 r. nie spełniała kryteriów przewodniczącego (co opisano w dalszej treści niniejszego wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalono nieprawidłowości”).

[dowód: akta kontroli str. 4-6, 10, 81]

Pomimo wymogów art. 15 ust. 3 pkt 4 ustawy o zwalczaniu zakażeń, w składzie Komitetu nie został uwzględniony lekarz wykonujący zadania służby medycyny pracy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy¹⁶ (co opisano szczegółowo w dalszej treści niniejszego wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalono nieprawidłowości”).

[dowód: akta kontroli str. 81]

1.13. Zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt 3 c ustawy o zwalczaniu zakażeń, w Szpitalu zapewniono możliwość wykonywania badań laboratoryjnych w ciągu całej doby w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej, Obrazowej i Centrum Diagnostyki.

[dowód: akta kontroli str. 84, 86]

1.14. Szpital zapewniał szczepienia ochronne pracowników wykonujących czynności, w trakcie których dochodzi do kontaktu z materiałem biologicznym pochodzenia ludzkiego (krew i inne płyny ustrojowe oraz wydaliny i wydzieliny) lub sprzętem skażonym tym materiałem biologicznym i gromadził dane o wyszczepieniu personelu szpitala przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B¹⁷ i grypie.

¹⁵ Zarządzenie nr 44/2010 z 19 października 2010 r. oraz nr 18/2017 z dnia 6 marca 2017 r.

¹⁶ Dz. U. z 2014 r. poz. 1184 ze zm., zwanej dalej „ustawą o służbie medycyny pracy”.

¹⁷ Zwanemu dalej „WZW B”.

W latach 2015, 2016 i na koniec 30 czerwca 2017 r. cały personel medyczny został zaszczepiony przeciw WZW B¹⁸. Natomiast w przypadku szczepień przeciwko grypie pracowników Szpitala na koniec 2015 r. i 2016 r. zaszczepiono odpowiednio 31 i 117 osób, co stanowiło 2,78% i 10,27% wszystkich pracowników Szpitala.

Szpital nie dysponował dokumentami potwierdzającymi szczepienia pracowników zatrudnionych przez podmioty zewnętrzne świadczące dla Szpitala usługi w zakresie sprzątnia.

[dowód: akta kontroli str. 87-92]

1.15. Dyrektor Szpitala zgodnie z wymogami przepisów §9 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych¹⁹, zarządzeniem nr 1/2012 z dnia 3 stycznia 2012 r. wprowadził w życie procedurę postępowania po ekspozycji zawodowej, zmienione zarządzeniem nr 60/2016 z dnia 9 czerwca 2016 r. Ponadto zarządzeniem nr 67/2013 z dnia 28 sierpnia 2013 r. wprowadzono procedurę dotyczącą bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami będącymi wyrobami medycznymi służącymi do cięcia, kłucia oraz mogącymi spowodować zranienie lub przeniesienie zakażenia. Zgodnie z §6 pkt 4 ww. rozporządzenia, pracownicy zostali poinformowani o zasadach postępowania w przypadku narażenia na zranienie ostrym narzędziem podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, w trakcie szkoleń przeprowadzonych przez inspektora ds. BHP Szpitala. Ponadto na szkoleniach organizowanych przez Zespół omawiano postępowanie po ekspozycji zawodowej na materiał biologiczny.

[dowód: akta kontroli str. 94-171]

1.16. Instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji w okresie objętym badaniem podlegały okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji i wymianie elementów instalacji, zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej niż co 12 miesięcy.

[dowód: akta kontroli str. 172-289]

1.17. W okresie objętym kontrolą Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny²⁰ w Rybniku przeprowadził w Szpitalu dwie kontrole²¹ ciepłej wody w szpitalu na obecność bakterii Legionella²². W jednym przypadku, w trakcie kontroli przeprowadzonej 3 marca 2016 r., stwierdzono ponadnormatywne ilości bakterii. W celu wykluczenia ww. zakażenia przeprowadzono dezynfekcję termiczną wody ciepłej oraz przeprowadzono dezynfekcję chemiczną.

[dowód: akta kontroli str. 289-312]

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Do 18 września 2017 r. w składzie Komitetu nie został uwzględniony lekarz wykonujący zadania służby medycyny pracy w rozumieniu przepisów ustawy o służbie medycyny pracy, co stanowiło naruszenie art. 15 ust. 3 pkt 4 ustawy o zwalczaniu zakażeń. Dopiero w toku niniejszej kontroli NIK, Zarządzeniem

¹⁸ Na 31 grudnia 2015 r. przeciwko WZW B zostało zaszczepionych 979 pracowników medycznych Szpitala tj. 100%, na 31 grudnia 2016 r. 998 (100%), na 30 czerwca 2017 r. 1153 (100%). W ww. liczbach, uwzględniono osoby, które uzyskały trwałą odporność na zakażenie i nie musiały być szczepione.

¹⁹ Dz.U. poz. 696.

²⁰ Zwany dalej „PPIS”.

²¹ Kontrole zostały przeprowadzone 3 marca 2016 r. i 18 maja 2017 r.

²² Legionelle są Gram-ujemnymi, tlenowymi, niezarodnikującymi bakteriami otoczkowymi.

Dyrektora z dnia 19 września 2017 r. ustalono skład Komitetu spełniający wymogi określone w art. 15 ust. 3 pkt 1-4 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

[dowód: akta kontroli str. 4-6, 9, 81]

Jako przyczynę braku w składzie Komitetu lekarza medycyny pracy do dnia 18 września 2017 r. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa w wyjaśnieniach wskazał przeoczenie.

[dowód: akta kontroli str.464]

2. Od dnia 1 stycznia 2016 r. osoba pełniąca funkcję przewodniczącego Zespołu nie spełniała wymogów określonych w §2 pkt 2 rozporządzenia w sprawie kwalifikacji członków zespołu. Przewodniczący Zespołu posiadał specjalizację w dziedzinie choroby wewnętrzne, co nie odpowiadało wymogom określonym w art. 67 ustawy o zwalczaniu zakażeń, powtórzonym w ww. §2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji członków Zespołu. Z tego też powodu lekarz ten nie miał od dnia 1 stycznia 2016 r. uprawnień do pełnienia funkcji przewodniczącego Zespołu.

W konsekwencji w skład Komitetu wchodziła osoba, która pełniła funkcję, nie spełniając kryteriów przewodniczącego Zespołu.

Jak wyjaśnił Radca Prawny Szpitala „Powołanie na przewodniczącego zespołu miało miejsce w 2014 r. a więc w czasie, gdy brak było ograniczeń dotyczących powoływania na taką funkcję lekarzy innych specjalności. Ponadto w Szpitalu nie pracuje żaden lekarz o konkretnie wskazanych w rozporządzeniu specjalnościach i nie ma możliwości powołania w skład zespołu, osoby która spełnia te kryteria”.

[Dowód: akta kontroli str.15-20, 42-43 i 291]

Ocena częściowa

W okresie objętym kontrolą Szpital prawidłowo sprawował nadzór nad zakażeniami, m.in. poprzez powołanie Zespołu oraz Komitetu, a także zapewnienie udziału specjalisty z zakresu mikrobiologii w pracach Zespołu oraz możliwości wykonywania badań laboratoryjnych w ciągu całej doby. Stwierdzono nieprawidłowości dotyczące składu osobowego Zespołu i Komitetu

2. Zapobieganie i zwalczanie zakażeń szpitalnych

2.1. Realizacja nadzoru epidemiologicznego przez podmiot leczniczy

Opis
stanu faktycznego

2.1.1. Dyrektor zarządzeniami nr 44/2010 z dnia 19 listopada 2010 r.²³, 41/2013 z dnia 23 kwietnia 2013 r.²⁴, 18/2017 z 6 marca 2017 r.²⁵ i 60/2016 z dnia 9 czerwca 2016 r.²⁶ powierzył Zespołowi realizację zadań wynikających z art. 11 ust. 2 ustawy o zwalczaniu zakażeń, polegających na m.in. nadzorze nad przestrzeganiem procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami szpitalnymi, monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami szpitalnymi.

[dowód: akta kontroli str. 51-60,70-74,112]

²³ W sprawie prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

²⁴ W sprawie wprowadzenia do stosowania „Programu monitorowania zakażeń szpitalnych”.

²⁵ W sprawie prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

²⁶ W sprawie aktualizacji „Katalogu procedur dotyczących zapobiegania zakażeniom szpitalnym”.

Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Komitet nie opiniował i nie zgłaszał uwag do wydanego zarządzenia w sprawie powierzenia zadań Zespołowi.

[dowód: akta kontroli str.464]

2.1.2. Zespół opracował i wdrożył procedury zapobiegające zakażeniom szpitalnym obejmujące następujące obszary m.in.: zasady higieny rąk w warunkach szpitalnych, przygotowanie skóry pacjenta do zabiegu operacyjnego, utrzymanie czystości, sprzątanie, dekontaminacja pomieszczeń szpitalnych i sprzętu (łącznie 14 procedur). Ponadto opracowano procedury w zakresie postępowania z narzędziami wielorazowego użytku przekazywanymi do sterylizacji.

Dobór preparatów stosowanych w procesie mycia, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu medycznego oraz sprzątania i dekontaminacji pomieszczeń szpitalnych był uzgadniany z Zespołem. Specjalista ds. epidemiologii brała udział w postępowaniach przetargowych na zakup preparatów do ww. procesów.

W okresie w okresie objętym kontrolą dokonywano aktualizacji wykazów preparatów dezynfekcyjnych i myjących z opisem ich zastosowania.

[dowód: akta kontroli str. 94-123, 313-318]

W latach 2016 – 2017 (I półrocze) Zespół przeprowadził odpowiednio 68 i 34 kontroli oceniających realizację ww. procedur. Kontrole przeprowadzane były co najmniej dwa razy w roku. Nadzór prowadzony w tej formie przez Zespół był skuteczny. W wyniku przeprowadzonych kontroli, m.in. dotyczących monitorowania mycia i dezynfekcji rąk oraz oceny stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń Zespół wydawał zalecenia pokontrolne np. w zakresie uzupełnienia dozowników na mydło, podajników na ręczniki papierowe w sanitariatach przy salach chorych. Wydane zalecenia były realizowane na bieżąco.

[dowód: akta kontroli str. 75-80, 333a-336a]

W okresie objętym kontrolą Dyrektor zarządzeniami nr 1/2012 z 3 stycznia 2012 r.²⁷ i nr 60/2016 z 9 czerwca 2016 r.²⁷ wprowadził procedury dotyczące czyszczenia, mycia, dezynfekcji sprzętu i pomieszczeń szpitalnych. Ponadto zarządzeniem nr 64/2011 z dnia 22 grudnia 2011 r.²⁸ wprowadzono procedurę postępowania z odpadami powstającymi w Szpitalu (w tym z odpadami medycznymi).

[dowód: akta kontroli str. 94,112 i 319-320]

W 2016 r. zadania związane z myciem, dezynfekcją sprzętu i pomieszczeń szpitalnych oraz postępowaniem z odpadami medycznymi prowadzone było przez firmę zewnętrzną²⁹, która zobowiązana była do przeszkolenia i zapoznania z procedurami swoich pracowników w ww. zakresie. I tak np. w maju 2016 r. przeprowadzono szkolenie z zakresu Higieny Szpitalnej i Technologii.

[dowód: akta kontroli str.321-322]

Od 2017 r. Szpital samodzielnie wykonywał czynności związane z utrzymaniem czystości w obiektach szpitala wraz z dezynfekcją sprzętu i pomieszczeń. Z ww. procedurami zapoznano wszystkich (171 osób) pracujących przy ww. czynnościach.

[dowód: akta kontroli str.323-325]

W Szpitalu posiadano dokumentację potwierdzającą skuteczność działania stosowanych preparatów do dezynfekcji, do której zaliczono; karty charakterystyki zaoferowanych preparatów w zakresie składu, właściwości, cech – w postaci

²⁷ W sprawie zmiany uregulowań postępowania dotyczącego zapobiegania zakażeniom szpitalnym.

²⁸ W sprawie zmiany uregulowań postępowania z odpadami powstającymi w Szpitalu.

²⁹ Umowa nr TAG-307-PN/42-2015 z 22 marca 2016 r., zawarta na okres od 22 marca 2016 r. do 31 grudnia 2016 r.

katalogów, ulotek, etykiet handlowych (zgodnie z zamówieniem publicznym), karty charakterystyki substancji niebezpiecznej, certyfikaty zgodności CE, certyfikaty, wpisy/zgłoszenia do Rejestru wyrobów medycznych i podmiotów odpowiedzialnych za ich wprowadzenie i używanie lub potwierdzenie przekazania danych do Krajowego Systemu Informowania o Kosmetykach wprowadzonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

[dowód: akta kontroli str. 326-327]

W umowie zawartej w dniu 22 marca 2016 r. z firmą zewnętrzną, na kompleksową usługę utrzymania czystości w obiektach szpitala oraz usługę współdziałania z personelem medycznym w zakresie opieki nad pacjentem wraz z usługą transportu wewnętrznego zawarto postanowienia gwarantujące należyte wykonywanie zleconych usług. Wykonawca zobowiązał się do realizacji usługi przestrzegając zasad, procedur i standardów związanych z zapobieganiem zakażeniom szpitalnym i higieną szpitalną oraz do wykonywania pracy zgodnie z obowiązującymi zasadami w warunkach szpitalnych. Wykonawca był zobowiązany do stosowania preparatów dezynfekcyjnych, myjących, czyszczących, środków eksploatacyjnych, powłok zabezpieczających zgodnych z obowiązującymi przepisami. Ponadto w umowie wskazano, iż Zespół miał prawo do weryfikacji i akceptacji przedstawionego przez Wykonawcę Planu higieny powierzchni i preparatów. Do umowy załączono m.in. Plan higieny powierzchni Szpitala, opis preparatów do stosowania, tematyka szkoleń z zakresu higieny szpitalnej i ochrony przeciwpożarowej.

[dowód: akta kontroli str.328-329]

Zespół dokonywał oceny ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, dwukrotnie w ciągu roku o czym informował Dyrektora w przedkładanych Raportach.

[dowód: akta kontroli str.334-335 i 337]

Kontrole wewnętrzne realizowane były przez Zespół zgodnie z przyjętym harmonogramem nie rzadziej, niż co sześć miesięcy stosownie do §4 ust.1 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 zakaźnych³⁰. W kontrolowanym okresie zaplanowano i przeprowadzono 102 kontrole (68 w 2016 r. i 34 w I półroczu 2017 r.), w wyniku których wydawano zalecenia i wnioski pokontrolne. Raport z kontroli przekazywano Dyrektorowi Szpitala oraz omawiano na spotkaniu Komitetu.

[dowód: akta kontroli str.75-80 i 333-339]

Szkolenia personelu Szpitala prowadzone były zgodnie ze standardami akredytacyjnymi Kontroli Zakażeń zatwierdzonymi przez Ministra Zdrowia w dniu 18 stycznia 2010 r. Opracowano plany szkoleń na każde półrocze 2016 r. i 2017 r., które były akceptowane przez Dyrektora ds. Lecznictwa. W okresie objętym kontrolą w szkoleniach z zakresu zakażeń szpitalnych uczestniczyło odpowiednio 1 789 i 1050 osób. Przykładowo w szkoleniu w zakresie „Zasady higieny rąk w warunkach szpitalnych” odpowiednio 1 370 i 909 personelu medycznego, w szkoleniu dotyczącym „czynników biologicznych w pracy personelu medycznego” odpowiednio 206 i 102 personelu medycznego.

[dowód: akta kontroli str.340-341]

³⁰ Dz. U. Nr 100, poz. 646.

Nowo przyjęci pracownicy Szpitala (w 2016 r. przeszkolono 304 osoby, a w 2017 r. - 143 osoby przed dopuszczeniem do pracy) byli przeszkoleni w zakresie przestrzegania obowiązujących procedur dotyczących zakażeń szpitalnych obejmujących m.in. higienę rąk, postępowanie z odpadami, postępowanie po ekspozycji na materiał biologiczny potencjalnie zakaźny.

[dowód: akta kontroli str. 141-142 i 342-343]

W załączniku nr 1.1 do ww. umowy z dnia 2 marca 2016 r. z firmą zewnętrzną zawarto zapis, który zobowiązywał firmę do objęcia wszystkich osób realizujących umowę szkoleniem z zakresu zakażeń szpitalnych.

[dowód: akta kontroli str.328-329]

Kontrole przeprowadzone przez Zespół w okresie objętym objęły m.in. wyposażenie pomieszczeń, w których wykonywane są badania i zabiegi w dozowniki z mydłem w płynie i środkiem dezynfekcyjnym. Ponadto w trakcie ww. kontroli kontrolowano inne pomieszczenia szpitala, tj. sale chorych, punkty pielęgniarskie. W wyniku kontroli wydawano zalecenia pokontrolne, dotyczące m.in. uzupełniania środków w urządzeniach dozujących.

[dowód: akta kontroli str.75-80, 333-339]

Średnie zużycie środka dezynfekcyjnego na bazie alkoholu w przeliczeniu na jedno łóżko szpitalne w latach 2015-2016 i I połowa 2017 wyniosło odpowiednio 5,1 litrów, 7,2l i 1,6l³¹.

[dowód: akta kontroli str. 344]

Przewodniczący Zespołu prowadził konsultacje pacjentów, u których wystąpiło podejrzenie zakażenia szpitalnego lub choroby zakaźnej oraz, u których rozpoznano zakażenie. Do kontroli nie przedłożono dokumentów potwierdzających ilość wykonanych konsultacji.

[dowód: akta kontroli str. 345-346]

W Szpitalu nie prowadzono rejestru udzielonych konsultacji osobom podejrzanym o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną.

W sprawie ilości pacjentów poddanych konsultacjom w ww. przypadkach w badanym okresie przewodniczący Zespołu wyjaśnił, iż „w Szpitalu nie prowadzi się rejestru ww. konsultacji jedynie potwierdzeniem tych konsultacji są wypełnione formularze skierowania na konsultację załączone do dokumentacji danego pacjenta”.

[dowód: akta kontroli str. 466]

2.1.3. W okresie objętym kontrolą Zespół odbył 24 posiedzenia, z tego 14 w 2016 r. i 10 w 2017 r. (I półroczu). W odpowiedzi: 11 i sześciu spotkaniach wzięła udział specjalistka ds. mikrobiologii.

[dowód: akta kontroli str. 347-348]

2.1.4. W okresie objętym kontrolą Komitet realizował zadania określone w art. 15 ust. 4 pkt. 1-3 ustawy o zwalczaniu zakażeń, tj. wskazał plany i kierunki działania zapobiegania i zwalczania zakażeń. Dokonywał oceny wyników kontroli wewnętrznej oraz opracowywał i aktualizował standardy farmakoprofilaktyki i farmakoterapii

³¹ W latach 2015- I półroczu 2017 r. zużyto odpowiednio 3 701litrów, 5 192l i 1 165,5l środka dezynfekującego. Wykazane niższe zużycie preparatów do dezynfekcji rąk w I półroczu 2017 r. wynikało z pozostawionego przez firmę zewnętrzną zapasów preparatów do dezynfekcji rąk, z którą z dniem 31 grudnia 2016 roku zakończono umowę. Dopiero od kwietnia br. preparaty dezynfekcyjne do rąk były pobierane z Apteki szpitalnej i dlatego wykazane w tabeli zużycie było niższe.

zakażeń. W ww. okresie Komitet odbył trzy spotkania (dwa w 2016 r. i jedno w 2017 r.), w którym uczestniczył zastępca Dyrektor ds. Lecznictwa.

[dowód: akta kontroli str. 349-351]

2.1.5. Zarządzeniem Dyrektora nr 3/2003 z dnia 20 stycznia 2003 r.³² powołano Komitet Terapeutyczny³³, który opracował szpitalny receptariusz, w którym wymieniono leki stosowane w zakażeniach z podziałem na dwie grupy dostępności (dostępne w trybie ciągłym i za zgodą ordynatora). Natomiast zasady oraz instrukcje dotyczące zlecania antybiotyków (wskazania do stosowania, zalecane dawki) znalazły się w Szpitalnej Polityce Antybiotykowej, która była wskazana w szpitalnej liście leków. W dniu 30 maja 2017 r. Komitet Terapeutyczny przyjął wprowadzenie formularza zamówienia leku zastrzeżonego wymagającego decyzji dyrektora ds. lecznictwa (trzecia grupa dostępności).

[dowód: akta kontroli str. 352-360]

Receptariusz szpitalny zawierał podział antybiotyków na różne grupy (z różnym stopniem dostępności, np. antybiotyki ogólnodostępne, antybiotyki dostępne na zlecenie ordynatora oddziału. W dniu 30 maja 2017 r. Komitet Terapeutyczny przyjął wprowadzenie formularza zamówienia leku zastrzeżonego wymagającego decyzji dyrektora ds. lecznictwa - trzecia grupa dostępności.

[dowód: akta kontroli str. 352a – 354c]

W badanym okresie Komitet Terapeutyczny dokonywał aktualizacji receptariusza szpitalnego m.in. na podstawie wyników monitorowania lekooporności przez Zespół, indywidualnych wniosków kierowników oddziałów o wprowadzenie leku na szpitalną listę leków oraz zaleceń Zespołu ds. Farmakoterapii

[dowód: akta kontroli str. 354-363]

2.1.6. Pięciu członków Komitetu uczestniczyło w opracowywaniu i aktualizacji standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w Szpitalu stosownie do postanowień art. 15 ust. 4 pkt 3 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

[dowód: akta kontroli str. 350-351]

2.1.7. Członkowie Zespołu wchodzili w skład Zespołu Terapeutycznego oraz Zespołu Antybiotykoterapii i wspólnie z pozostałymi członkami zespołów opracowywali i aktualizowali standardy farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych. Dotyczyły one np. omówienia sposobu kontroli prawidłowości stosowania okołooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej na Bloku operacyjnym oraz wprowadzenia leku Colistyna jako leku zastrzeżonego.

[dowód: akta kontroli str. 330f i 331h]

Diagnosta laboratoryjny marcu 2017 r. dokonał retrospektywnej analizy zużycia antybiotyków w 2016 r. w zakresie m.in. zmienności wrażliwości i lekowrażliwości wybranych antybiotyków. Ponadto przedstawiono analizę najczęściej izolowanych drobno ustrojów, alert patogenów i mechanizmów oporności. Przedstawione w analizie wnioski dotyczyły wzrostu izolacji pałeczek ESBL(+), wzrostu VRE oraz spadku wrażliwości na cefalosporyny.

[Dowód: akta kontroli str. 361-362]

³² W sprawie powołania Komitetu Terapeutycznego.

³³ Kolejnymi zarządzeniami 96/2005 z 15 września 2005 r., 37/2007 z 2 kwietnia 2007 r., 49/2007 z 24 maja 2007 r., 107/2007 z 17 grudnia 2007 r., 84/2008 z 11 września 2008 r., 47/2010 z 24 listopada 2010 r., 53/2012 z 14 czerwca 2012 r., 36/2014 r., 6 czerwca 2014 r. i 55/2015 z 18 września 2015 r. dokonano zmiany składu Komitetu Terapeutycznego.

Zarządzeniem Dyrektora nr 51/2013 z dnia 24 kwietnia 2013 r. i 31/2016 z dnia 15 kwietnia 2016 r.³⁴ wprowadzono procedurę dotyczącą profilaktyki okołoperacyjnej oraz Szpitalną Politykę Antybiotykową stosowania antybiotyków przed zabiegami operacyjnymi.

[dowód: akta kontroli str. 364 i 365]

W 2016 r. zorganizowano łącznie 12 szkoleń z zakresu zasad antybiotykoterapii, przeprowadzonych na oddziałach Szpitalnych, na których informowano personel między innymi o zaleceniach dotyczących antybiotykoterapii w leczeniu zakażeń. Ponadto specjalista ds. mikrobiologii przedstawiła analizę najczęściej występujących zakażeń w Szpitalu i ich etiologię.

[dowód: akta kontroli str. 340, 361-361g, 367-368]

2.1.8. W badanym okresie członkowie Komitetu przeprowadzili w Szpitalu³⁵ audyt antybiotykowy³⁶. W wyniku audytu nie sformułowano wniosków do dyrekcji Szpitala.

[dowód: akta kontroli str. 369-370]

2.2. Realizacja świadczeń w zakresie badań mikrobiologicznych.

2.2.1. W latach 2015 –2017 r. (I półrocze) badania mikrobiologiczne w celu ustalenia antybiogramu wykonano następującemu odsetkowi pacjentów, u których wykryto zakażenia odpowiednio 55,1%, 47,3 % i 51,5%.

[dowód: akta kontroli str.372]

Wskaźnik liczby badań mikrobiologicznych oraz badań biochemicznych (CRP, PCT, posiew krwi), w przeliczeniu na jedno łóżko szpitalne w latach 2015 –2017 (I półrocze) wyniósł 51,12; 63,49; 34,59.

[dowód: akta kontroli str. 371-371h]

2.2.2 W latach 2015 –2017 r. (I półrocze) w Szpitalu najczęściej występującym zakażeniem szpitalnym było zapalenie płuc (299 przypadków), zakażenie układu pokarmowego (292 przypadki) oraz zakażenie miejsca operowanego (258). Zapalenie płuc dominowało na OAi IT (100 przypadków) oraz Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym (56 przypadków), zakażenia układu pokarmowego dominowały na Oddziale Wewnętrznym II (88 przypadków) i Pediatrii (66 przypadków), zakażenia miejsca operowanego dominowały na Oddziałach Chirurgii Ogólnej i Urazowo-Ortopedycznej (174 i 39 przypadków).

[dowód: akta kontroli str. 373-374]

2.2.3. W latach 2015 –2017 r. (I półrocze) w Szpitalu odnotowano 2 257 zgonów pacjentów, z tego w przypadku 17 zgonów w dokumentacji medycznej wskazano związek z zakażeniem szpitalnym.

[dowód: akta kontroli str. 375-376]

2.2.4. Zarządzeniami Dyrektora nr 1/2012, 41/2013, 60/2016³⁷ wprowadzono i wdrożono procedurę postępowania w przypadkach występowania w Szpitalu czynników alarmowych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia z dnia 23 grudnia 2011 r. Ministra Zdrowia w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej

³⁴ W sprawie wprowadzenia i aktualizacji „Profilaktyki okołoperacyjnej”.

³⁵ Badanie przeprowadzone w okresie od maja do końca czerwca 2016 i 2017 roku.

³⁶ Badanie punktowe zakażeń związanych z opieką zdrowotną i stosowania antybiotyków.

³⁷ W sprawie postępowania w przypadkach występowania w Szpitalu czynników alarmowych.

sytuacji epidemiologicznej szpitala³⁸ oraz procedurę izolacji chorych w przypadku wystąpienia zakażenia szpitalnego wywołanego czynnikiem alarmowym.

[dowód: akta kontroli str. 51, 94, 112]

2.2.5. W badanym okresie Pracownia Mikrobiologii Szpitala sporządzała co roku wykaz wyhodowanych patogenów alarmowych oraz analizę wrażliwości bakterii na najczęściej stosowane antybiotyki, które były przedkładane Zespołowi.

[dowód: akta kontroli str. 331a,394-395]

2.2.6. Pracownia Mikrobiologiczna³⁹ przekazywała poszczególnym oddziałom Szpitala raporty półroczne oraz roczne, dotyczące analizy mikrobiologicznej i występowania mechanizmów oporności, w których dla danego oddziału załączono wykaz wyhodowanych patogenów w tym alarmowych. Ww. raporty zawierały analizy mikrobiologiczne wychodowanych drobnoustrojów oraz informacje dotyczące ich patogenności. Ponadto Pracownia przekazywała Zespołowi oraz kierownikom oddziałów roczne raporty lekowrażliwości. Roczny raport zmienności lekowrażliwości wraz z wnioskami i zaleceniami przekazywano Zespołowi Antykobioterapii, kierownikom oddziałów oraz Zespołowi.

[dowód: akta kontroli str. 398-404]

2.2.7. Zgodnie z dokumentami ISO 9001 oraz wdrożonymi w szpitalu akredytacyjnymi zaleceniami Centrum Monitorowania Jakości, w tym Programem Monitorowania Zakażeń Szpitalnych, diagnosta laboratoryjny informował telefonicznie lekarza bądź pielęgniarkę oddziału oraz specjalistę ds. epidemiologii o parametrach krytycznych stwierdzonych w badaniu laboratoryjnym. Również o identyfikacji patogenów alarmowych o dużym potencjale epidemiologicznym takich jak: MRSA⁴⁰, *Neisseria meningitidis*, *Clostridium difficile*, *Clostridium perfringens*. Pracownia Mikrobiologii informowała również telefonicznie o hodowanych drobnoustrojach, dla których nie wydano jeszcze wyniku końcowego, lekarzy Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii podczas ich dopołudniowych konsultacji przy łóżku chorego. Informacje udzielane były na każdym etapie badania mikrobiologicznego lekarzom bądź pielęgniarkom oddziałowym wszystkich oddziałów szpitalnych oraz poradni przyszpitalnych w czasie telefonicznej konsultacji z Pracownią Mikrobiologii. Ponadto specjalistki ds. epidemiologii codziennie odbierały kopie wyników z wyizolowanymi drobnoustrojami w tym patogenami alarmowymi.

[dowód: akta kontroli str. 405]

2.2.8 Dwa, na 23 poddane kontroli, zgłoszenia o podejrzeniu lub rozpoznaniu choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej Szpital przekazał PPIS w terminach przekraczających 24 godziny od powzięcia podejrzenia lub stwierdzenia zakażenia, (co szczegółowo opisano w dalszej treści niniejszego wystąpienia, w sekcji „*Ustalone nieprawidłowości*”).

[dowód: akta kontroli str. 406-407]

2.3. Prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych

2.3.1. Wykrywanie, kwalifikacja i rejestracja zakażeń szpitalnych dokonywana była codziennie (tzw. metodą czynną) przez członków ZKZS.

[dowód: akta kontroli str. 408-411]

³⁸ Dz. U. nr 294, poz. 1741., zwane dalej „rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie czynników alarmowych”.

³⁹ Pracownia mikrobiologii – Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej posiadał certyfikaty Centralnego Ośrodka Badań Jakości w diagnostyce mikrobiologicznej POLMICRO 2015 i 2016.

⁴⁰ Gronkowiec złoisty oporny na metycylinę.

2.3.2. W Szpitalu przyjęto kryteria rozpoznawania zakażeń szpitalnych zgodnie ze standardami akredytacyjnymi i wytycznymi Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków. Opracowano Procedurę Nr 11 „*Program Monitorowania Zakażeń Szpitalnych*”, która zawierała m.in. zasady zgłaszania, zbierania i dokumentowania zakażenia szpitalnego. Ponadto w załączniku do ww. Procedury określono kryteria rozpoznawania zakażeń szpitalnych. Z ww. Procedurami, w tym kryteriami rozpoznawania zakażeń szpitalnych, zapoznano personel lekarski i pielęgniarski.

[dowód: akta kontroli str. 53d-60, 412-413]

2.3.3. Szpital prowadził rejestr zakażeń szpitalnych oraz czynników alarmowych, który zawierał informacje wymagane art. 14 ust.5 ustawy o zwalczaniu zakażeń. Rejestr zakażeń prowadzono w formie elektronicznej i papierowej. Natomiast Rejestr czynników alarmowych prowadzono w wersji papierowej.

[dowód: akta kontroli str.414-419]

2.3.4. Analiza 60 kart rejestracji podejrzenia/zakażenia szpitalnego⁴¹ wykazała, m.in., że karty zostały wypełnione zgodnie z obowiązującym wzorem w Szpitalu w momencie rozpoznania zakażenia. Karty były wypisane przez lekarza prowadzącego z podaniem daty przyjęcia do Szpitala oraz daty rozpoznania zakażenia. Karty zostały zatwierdzone przez specjalistę ds. Epidemiologii oraz Przewodniczącego Zespołu.

[dowód: akta kontroli str. 420-422]

2.3.5. Specjalistki ds. epidemiologii prowadziły rejestr zakażeń na bieżąco. Zarządzeniem Dyrektora nr 42/2013 r.⁴² powołano do współpracy we wszystkich oddziałach szpitalnych lekarzy łącznikowych oraz pielęgniarki łącznikowe, których obowiązki zostały określone w Procedurze nr 11 „*Program Monitorowania Zakażeń Szpitalnych*”.

[dowód: akta kontroli str. 53d-60 i 423-424]

2.3.6. W latach 2015 – 2017 (I półrocze) do Szpitala zostało przyjętych odpowiednio: 27 736, 29 964 i 15 623 pacjentów.

[dowód: akta kontroli str. 425-426]

Analiza dokumentacji medycznej m.in. *Kart oceny ryzyka zakażenia w chwili przyjęcia do szpitala*⁴³, wykazała, że oceny ryzyka wystąpienia zakażenia we wszystkich przypadkach dokonano w momencie przyjęcia do Szpitala.

[dowód: akta kontroli str. 420]

2.3.7. W latach 2015 - 2017 r. (I półrocze) w Szpitalu zarejestrowano następującą liczbę zakażeń szpitalnych odpowiednio 389, 528 i 301, które dotyczyły odpowiednio 338, 455 i 272 pacjentów. Liczba pacjentów z zakażeniem na koniec 2016 r., w porównaniu do 2015 r., uległa zwiększeniu o 117 osoby.

[dowód: akta kontroli str. 427]

W sprawie wzrostu liczby zakażeń w 2016 r. w stosunku do 2015 r. Przewodniczący Zespołu wyjaśnił, że „w naszej ocenie wzrost liczby pacjentów z zakażeniem jest związany z (...) prowadzoną raz w kwartale analizą pacjentów ponownie hospitalizowanych w okresie do 1 miesiąca od wypisu (dotyczy oddziału szpitalnego oraz SOR), raz na pół roku analiza reoperacji pacjentów. Ponadto poprzez

⁴¹ Badaniem objęto sporządzone karty rejestracji podejrzenia/zakażenia szpitalnego w 2016 r. i I półroczu 2017 r. z następujących oddziałów: OIT (20 kart), chorób wewnętrznych (20 kart) i chirurgii ogólnej (20 kart).

⁴² Z dnia 23 kwietnia 2013 r. w sprawie powołania lekarzy łącznikowych oraz pielęgniarek łącznikowych do współpracy z Zespołem.

⁴³ Do badania przyjęto 50 kart przyjętych do Szpitala pacjentów (25 z 1 maja i 25 z 1 czerwca 2017 r.)

prorowadzenie raz w roku badania Punktowego Występowania Zakażeń Szpitalnych i Zużycia Antybiotyków (PPS) nadzorowanego przez Narodowy Program Ochrony Antybiotyków. Badanie jest prowadzone w naszym Szpitalu systematycznie od 2014 roku”.

[dowód: akta kontroli str.466]

2.4. Monitorowanie i raportowanie zakażeń szpitalnych

2.4.1. W latach 2015–2017 r. (I półrocze) wskaźnik zachorowalności⁴⁴ i chorobowości⁴⁵ wyniósł 1,4%, w tym:

- w 2015 r. w OAiT wyniósł 30%, w oddziałach zachowawczych 0,9 %, w oddziałach zabiegowych 1,2%, w oddziałach noworodkowych „0”;
- w 2016 r. i 2017 r. (I półrocze) wyniosły odpowiednio; w OAiT 36% i 41%, w oddziałach zachowawczych 1,3% i 1,5%, w oddziałach zabiegowych 1,3% i 1,3%, w oddziałach noworodkowych „0” i 0,1%.

Ogólny odsetek zakażeń szpitalnych⁴⁶ wyniósł w 2015 r. 1,2%, w 2016 r. 1,5% i w I półroczu 2017 r. 1,6%.

Wskaźnik śmiertelności⁴⁷ wyniósł w okresie 2015-2017 (I półrocze) 1,6%, z czego: w 2015 r. 1,2%, w 2016 r. 2,2%, a w I półroczu 2017 r. 1,1%.

[dowód: akta kontroli str. 375-376, 427]

2.4.2. W latach 2015- 2017 r. (I półrocze) Zespół prowadził analizy danych uzyskanych z monitorowania występowania zakażeń na wszystkich oddziałach Szpitalnych.

[dowód: akta kontroli str. 330 b-330g]

W wyniku analiz, Zespół opracował ocenę występowania zakażeń szpitalnych, w którym przedstawiono wybrane elementy, analizę wyników oraz zaplanowane działania/wnioski. Ponadto, opracowano plan zmniejszenia ryzyka zakażeń szpitalnych. W ocenie za 2016 r. zaplanowano m.in. kontynuowanie programu WHO „Higiena rąk to bezpieczna opieka”, analizę zużycia preparatów myjących i dezynfekujących do rąk, codzienną kontrolę dodatnich wyników badań mikrobiologicznych, monitorowanie „Indywidualnych Kart Zleceń Lekarskich – Antybiotyki”, szkolenie personelu lekarskiego w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii.

[dowód: akta kontroli str. 428-430]

W wyniku ww. ocen opracowano i modyfikowano m.in. następujące procedury: procedurę przygotowania skóry pacjenta do zabiegu operacyjnego, procedurę cewnikowania pęcherza moczowego u pacjenta, zasady zapobiegania zakażeniom związanym ze stosowaniem cewników naczyniowych. Ponadto, w celu pozyskania rzetelnych danych na temat występujących zakażeń szpitalnych wprowadzono od kwietnia 2017 r. "Kartę kwalifikacji rany operacyjnej"

[dowód: akta kontroli str. 431-433]

⁴⁴ Liczony jako stosunek liczby wykrytych zakażeń do liczby hospitalizowanych pacjentów.

⁴⁵ Liczony jako liczba wszystkich zachorowań do liczby hospitalizowanych pacjentów.

⁴⁶ Liczony jako stosunek liczby wykrytych zakażeń do liczby pacjentów hospitalizowanych.

⁴⁷ Liczony jako stosunek liczby zgonów spowodowanych zakażeniami szpitalnymi do liczby pacjentów zakażonych.

2.4.3. W sprawie wykorzystania danych z monitorowania zakażeń szpitalnych mających wpływ na zmianę praktyk opieki nad pacjentem, Przewodniczący Zespołu wyjaśnił, że dane zostały uwzględnione w opracowaniu i w aktualizowaniu procedur dotyczących zapobiegania zakażeniom szpitalnym, które wpłynęły na zmianę praktyk opieki nad pacjentem: w zakresie przygotowania skóry pacjenta do zabiegu operacyjnego. Ponadto zmieniono praktykę podawania antybiotyku w profilaktyce okołoooperacyjnej, poprzez podanie antybiotyku przez zespół anestezjologiczny, a nie jak dotychczas przez pielęgniarki na oddziale oraz zmieniono zasady postępowania w zakresie cewnikowania pęcherza moczowego u pacjenta wymagającego cewnikowania, które dziś wykonywane jest na oddziale, a nie na bloku operacyjnym.

[dowód: akta kontroli str. 467]

2.4.4. W Szpitalu obowiązywała Procedura nr 4 dotycząca izolacji chorych, w tym izolacji w zakażeniach szerzących się drogą oddechową do których zaliczono choroby: błonica gardła, meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, krztusiec, paciorkowcowe zapalenie gardła, grypa, ospa wietrzna, półpasiec rozsiany, czynna gruźlica. Ww. Procedura, w przypadku podejrzenia choroby wymagającej izolacji, zakładała m.in. umieszczenie pacjenta w oznakowanej sali z napisem „Izolacja – informacja dla osób odwiedzających” z osobnym węzłem sanitarnym – tzw. sala izolacji, z możliwością dezynfekcji rąk na sali. W Szpitalu wydzielono 25 sal izolacji zlokalizowanych na oddziałach wykonujących działalność leczniczą.

[dowód: akta kontroli str. 434-435, 467]

W sprawie izolacji pacjentów z zapaleniem płuc, Przewodniczący Zespołu wyjaśnił, że „nie każdy pacjent z zapaleniem płuc musi być izolowany. W szpitalu izolujemy pacjentów m.in. z potwierdzonym wirusem grypy oraz krztuścem. Nie jesteśmy w stanie izolować wszystkich pacjentów z podejrzeniem infekcji wirusowej z powodu niedostatecznej ilości sal izolacji”.

W sprawie kwalifikowania pacjentów do "wyższej grupy", zgodnie z "oceną ryzyka przy przyjęciu do szpitala" i ich nieizolowania, Przewodniczący Zespołu wyjaśnił, że „według naszych zaleceń pacjenci z wysokim ryzykiem przy przyjęciu powinni być zgłoszeni niezwłocznie do zks. Są to pacjenci z najwyższym ryzykiem zakażenia, ale niekoniecznie pacjenci z zakażeniem w chwili przyjęcia. W takim przypadku specjalista ds. epidemiologii wraz z lekarzem prowadzącym podejmują decyzję o ewentualnym wdrożeniu izolacji u pacjenta”.

[dowód: akta kontroli str. 467]

W wyniku oględzin jednej z sal izolacji na oddziale „Wewnętrzny I”, ustalono, m.in., że w sala posiadała osobny węzeł sanitarny wyposażony w prysznic z brodzikiem wraz z siedziskiem dla osób niepełnosprawnych, umywalkę z baterią i z dozownikiem na płyn myjący, podajnik ręczników papierowych oraz wydzielone wc. Ponadto, przy wejściu do sali zainstalowany był dozownik wypełniony preparatem dezynfekującym do rąk.

[dowód: akta kontroli str. 437]

2.4.5. W latach 2015 – 2017 (I półrocze) w Szpitalu stwierdzono łącznie 694 przypadki wyizolowania patogenów alarmowych wyszczególnionych w Załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie czynników alarmowych (215 w 2015 r., 291 w 2016 r. i 188 w I półroczu 2017 r.). W 227 przypadkach (32,7%) były to szczepy chorobotwórcze laseczki beztlenowej *Clostridium difficile* oraz wytwarzane przez nie toksyny A i B (odpowiednio: 88, 96 i 43), w 235 przypadkach

(33,9%) – pałeczki Gram-ujemne Enterobacteriaceae wytwarzające beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym lub odporne na karbapenemy, lub inne dwie grupy leków, lub polimyksyny (odpowiednio: 67, 100 i 68), w 133 przypadkach (19,2%) były to pałeczki niefermentujące Acinetobacter spp. odpowiednio (30, 65 i 38) w 33 przypadkach była to pałeczka ropy błękitnej – Pseudomonas aeruginosa (odpowiednio 12, 14 i 7) w 25 przypadkach (3,6%) był to gronkowiec złocisty odporny na metycylinę (MRSA) (odpowiednio 7, 9 i 9), w 10 przypadkach był to enterococcus (VRE, z tego w 2016 r. – 2 przypadki, a w 2017 r. - 8 przypadków), w 31 przypadkach był to rotavirus (odpowiednio 11, 5 i 15).

[dowód: akta kontroli str. 438-439]

Udział patogenów alarmowych w zakażeniach szpitalnych ogółem w skali Szpitala wyniósł 57,16%. W OAiT wyniósł 113,4%. Natomiast m.in. w oddziałach zachowawczych wyniósł odpowiednio: Wewnętrznym I - 89,4%, Wewnętrznym II - 81%, Pediatrii - 44,3%, Neurologii z Pododdziałem Udarowym - 40,4%, Kardiologii - 31,9%, Dermatologii - 16,6%, Zakład Opiekuńczo Leczniczy⁴⁸ - 52,4%, Rehabilitacji z pododdziałem rehabilitacji neurologicznej w 2015 r. - 1%, w poddziale Rehabilitacji neurologicznej w latach 2016 – I połowa 2017 r. - 30,3%.

W poszczególnych oddziałach zabiegowych m.in. wyniósł odpowiednio: Chirurgii Ogólnej - 40,6%, Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej - 27,8%, Otolaryngologii - 20%, Otolaryngologii Dzieci - 100%, Urologii - 20%, Oddziale Położniczo – Ginekologiczny - 17,2%.

[dowód: akta kontroli str. 438-439]

2.4.6. Analiza 28 zgłoszeń na druku ZLK1 *zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej* wykazała, że w siedmiu przypadkach Szpital dokonał zgłoszenia w ciągu 24 godzin od chwili powzięcia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej, a w 21 przypadkach wymóg zgłoszenia w określonym czasie nie został spełniony (co szczegółowo opisano w dalszej treści niniejszego wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”).

[dowód: akta kontroli str. 440]

2.4.7. W latach 2015 2017 r. (I półrocze) w Szpitalu wykonano odpowiednio: 7 048, 7 960 i 4 697 zabiegów operacyjnych. Łącznie w ww. okresie wykonano 19 705 zabiegów operacyjnych.

[dowód: akta kontroli str. 441]

W wyniku analizy dokumentacji⁴⁹ stwierdzono, że w okresie od 2015 r. do 2017 r. (I półrocze) antybiotyki podawano profilaktycznie przed operacją⁵⁰ odpowiednio: 67, 69 i 41 pacjentom (tj. łącznie 81,9% pacjentów), nie podano 39 pacjentom (tj. 18,1% pacjentów). Do zakażenia szpitalnego doszło u dwóch z 216 pacjentów, tj. 0,9% pacjentów operowanych, którym podano antybiotyki.

Wszystkim pacjentom, u których profilaktycznie zastosowano antybiotyk (177pacjentom), lek podano podczas znieczulenia anestezjologicznego. Do zakażenia szpitalnego doszło u dwóch z ww. 177 pacjentów, tj. u 1,1% pacjentów operowanych, którym podano antybiotyk. W pozostałych przypadkach nie doszło do zakażenia.

[dowód: akta kontroli str. 442]

⁴⁸ Zwany dalej „ZOL”.

⁴⁹ Analiza objęto dokumentację medyczną około 1,1% tj. 216 wykonanych zabiegów operacyjnych.

⁵⁰ Antybiotyk podawano w czasie znieczulenia anestezjologicznego.

2.4.8. W Szpitalu nie funkcjonował tzw. „sepsis team”, tj. zespół szybkiego reagowania w diagnostyce i leczeniu sepsy.

Przewodniczący Zespołu wyjaśnił, że (...) pacjent w ciężkim stanie trafia niezwłocznie do OAIIT lub oddziału docelowego. Czas spędzony w SOR jest ograniczony do wykonania niezbędnych badań diagnostycznych. W oddziale docelowym dostaje niezbędny antybiotyk. Ponadto jednym z pierwszych badań jest pobranie krwi na posiew.

[dowód: akta kontroli str. 467]

Według Szpitalnej Polityki Antybiotykowej w SOR/Izbie Przyjęć przewidziano stosowanie antybiotyków w celach leczniczych. Natomiast nie przewidziano pobierania krwi w celu wykonania posiewu.

[dowód: akta kontroli str. 443-444]

W sprawozdawczości dotyczącej zakażeń szpitalnych sepsa wykazywana jest jako jedna z form klinicznych zakażeń występujących w danym oddziale, rejestrowana jako zakażenie układu krwionośnego – posocznica pierwotna i wtórna, z kodem A41.9.

[dowód: akta kontroli str. 445-446]

W latach 2015 –2017 r. (I półrocze) w wyniku zakażenia szpitalnego w Szpitalu zmarło 17 osób, w tym dwie z powodu „Posocznicy nieokreślonej”.

[dowód: akta kontroli str. 467]

W 2016 r. Dział diagnostyki mikrobiologicznej wykonał łącznie 4 651 badań posiewów krwi, 32 883 badań CRP i 2 628 badań PCT. W wyniku przeprowadzonych badań ustalono, iż u odpowiednio: 315, 20 398 i 1 181 przebadanych pacjentów zostały przekroczone normy.

[dowód: akta kontroli str. 447]

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W 21 przypadkach⁵¹(75%) nie dokonano zgłoszeń o podejrzeniu lub rozpoznaniu choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej do PPIS w terminie 24 godzin od powzięcia podejrzenia lub stwierdzenia zakażenia, co stanowiło naruszenie przepisów art. 27 ust. 1 pkt 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń.

[dowód: akta kontroli str. 440]

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że w Szpitalu zdarzały się sytuacje nieprzestrzegania 24 godzinnego terminu zgłaszania do Sanepidu przypadków podejrzenia lub choroby zakaźnej. Sytuacje te wiązały się ze zwolnieniem przepływu informacji w godzinach dyżurowych oraz świątecznych i dniach wolnych od pracy.

[dowód: akta kontroli str. 465]

2. Diagnosta laboratoryjny w dwóch przypadkach⁵² nie przesłał do PPIS informacji o dodatnim wyniku badania w kierunku biologicznego czynnika chorobotwórczego w czasie 24 godzin od chwili uzyskania tego wyniku, co było niezgodne z art. 29 ust. 1 ustawy o zakażeniach szpitalnych. Opóźnienie wyniosło trzy dni.

[dowód: akta kontroli str. 406-407]

⁵¹ Na 29 analizowanych.

⁵² Na 23 analizowane.

Jak wyjaśniła specjalista ds. mikrobiologii, w przypadku uzyskania dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznego czynnika chorobotwórczego, diagności laboratoryjnej Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej dokonują jego zgłoszenia na formularzach zgłoszenia do Powiatowego Inspektoratu Sanitarnego w Rybniku w formie papierowej, drogą pocztową poprzez Kancelarię Szpitala. Ewentualne rozbieżności zgłoszenia czynnika biologicznego powyżej 24 godzin wynikają z braku możliwości wysłania zgłoszenia pocztą od piątku godz. 15.00 do poniedziałku godz. 7.00.

[Dowód: akta kontroli str. 405]

NIK nie podziela złożonych wyjaśnień, gdyż dopuszczalna jest inna forma przekazywania powyższych informacji stosownie do § 8 ust. 2 rozporządzenia 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, tj. za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

Ocena częściowa

W latach 2016 - 2017 r. (I półrocze) w Szpitalu prowadzono działania w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych: opracowano m.in. procedury dotyczące zasady higieny rąk w warunkach szpitalnych, czyszczenia, mycia, dezynfekcji sprzętu i pomieszczeń szpitalnych. Ponadto opracowano procedury dotyczące profilaktyki okołoooperacyjnej oraz Szpitalną Politykę Antybiotykową. Przeprowadzane były kontrole stanu sanitarnego i wewnętrznej ordynacji antybiotykowej, szkolenia personelu w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych. W Szpitalu analizowano bieżący stan zagrożenia zakażeniami szpitalnymi i skuteczność podejmowanych w tym zakresie działań oraz wdrażano zmiany w organizacji pracy i postępowaniu z chorymi, mające na celu ograniczenie występowania takich zakażeń oraz ich skuteczne leczenie. Prowadzono zgodnie z wymogami rejestr zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczące nieprzekazywania do PPIS w terminie 24 godzin informacji dotyczących powzięcia podejrzenia lub stwierdzenia zakażenia chorobą zakaźną oraz dodatnich wyników badania w kierunku biologicznego czynnika chorobotwórczego nie miały wpływu na podejmowane ww. działania.

3. Realizacja zaleceń i wniosków pokontrolnych państwowej inspekcji sanitarnej

Opis
stanu faktycznego

3.1. W okresie objętym kontrolą PPIS przeprowadził w Szpitalu 20 kontroli w zakresie działań zapobiegających szczeniu się zakażeń i chorób zakaźnych⁵³. W 19 przypadkach nie zostały wydane żadne zalecenia lub wnioski pokontrolne, natomiast w trakcie jednej kontroli PPIS Inspektor Sanitarny stwierdził nieprawidłowości i wydał jedną decyzję, w której nakazał doprowadzenie do właściwego stanu sanitarno-higienicznego ścian i sufitów w pomieszczeniach poszczególnych Oddziałów⁵⁴ oraz usunięcie ubytków w wykładzinie podłogowej na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, a także odnowienie zniszczonej stolarki drzwiowej w brudowniku oddziału Urologicznego, w terminie do 30 września 2017 r. Ponadto w terminie do 21 grudnia 2017 r. nakazał odnowienie brudnych,

⁵³ PIS przeprowadził 10 kontroli w 2016 r. oraz 10 kontroli w 2017 r. (ostatnia w dniu 23 czerwca). W tym samym okresie Szpital nie był kontrolowany przez wojewódzką stację sanitarno-epidemiologiczną.

⁵⁴ Chorób Wewnętrznych – do przechowywania czystej bielizny, Neurologii w brudowniku, Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej w łazience ogólnej, Kardiologii w łazience ogólnodostępnej, Rehabilitacji na hydroterapii i w brudowniku, Onkologii w brudowniku.

zakurzonych ścian, sufitów z odpadającej farby, w łazienkach oraz odnowienie skorodowanych pochwytów przy prysznicach w łazienkach przy salach chorych na Oddziale Otolaryngologii Dzieci i Oddziale Chirurgii Dziecięcej. Natomiast w terminie do 30 kwietnia 2018 r. nakazał odnowienie, zakurzonych ścian i sufitów zakładzie anatomopatologii we wszystkich pomieszczeniach.

W dniu 15 września 2017 r. PPIS wydał decyzję, na podstawie której realizacja wszystkich ww. działań została przesunięta do końca czerwca 2018 r.

[dowód: akta kontroli str. 449-453]

3.2 W okresie objętym kontrolą w Szpitalu wystąpiło pięć przypadków ognisk epidemiologicznych. Stosownie do wymagań §5 ust. 2 rozporządzenia z dnia 23 grudnia 2011 r. Ministra Zdrowia w sprawie czynników alarmowych, przekazywano PPIS stosowne zgłoszenia o ognisku epidemiologicznym w terminie 24 godzin⁵⁵.

[dowód: akta kontroli str. 377-393]

Jak wyjaśniła Naczelna Pielęgniarka, „pomimo wystąpienia w Szpitalu ognisk epidemicznych Państwowy Inspektor Sanitarny nie podjął decyzji o czasowym zamknięciu któregoś z oddziałów Szpitala”.

[dowód: akta kontroli str. 292]

Ocena częściowa

Z uwagi na przesunięcie do końca czerwca 2018 r. terminu realizacji zaleceń pokontrolnych PPIS, NIK odstępuje od oceny tego obszaru.

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

Opis
stanu faktycznego

4.1. W latach 2015 –2017 r. (I półrocze) liczba pacjentów hospitalizowanych wyniosła odpowiednio 32 849, 34 715 i 18 519 osób. Wartość podpisanych umów ze Śląskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalne i wartość wykonanych świadczeń w ramach tych umów (koszty świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) wyniosły 83 333,9 tys. zł, 85 033,9 tys. zł i 38 568,0 tys. zł. Średni koszt osobodnia w Szpitalu wyniósł 446,29 zł, 486,03 zł i 527,84 zł. W ww. latach liczba hospitalizowanych pacjentów w szpitalu, u których wystąpiły zakażenia szpitalne wykryte w badaniu pobranym po upływie co najmniej 72 godzin od przyjęcia do Szpitala wyniosła 398, 452 i 217. Średni czas pobytu pacjenta, u którego wykryto zakażenie szpitalne wyniósł 23,50; 18,91 i 15,38 dnia. Średni koszt pobytu pacjenta z zakażeniem szpitalnym wyniósł 10,5 tys. zł; 9,2 tys. zł i 8,1 tys. zł. Szacunkowe koszty ponoszone przez Szpital w związku z przedłużeniem hospitalizacji z powodu zakażeń szpitalnych wyniosły odpowiednio 701,8 tys. zł, 2 116,3 tys. zł i 632,2 tys. zł.

[dowód: akta kontroli str. 454-456]

4.2. W latach 2015–2017 r. (I półrocze) Szpital poniósł następujące koszty funkcjonowania systemu przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym: 12 276,9 tys. zł, 13 876 tys. zł i 6 835,1 tys. zł.

[dowód: akta kontroli str. 459]

⁵⁵ Telefonicznie, elektronicznie oraz formie papierowej.

Udział kosztów związanych z utrzymaniem standardów zapobiegania zakażeniom szpitalnym w kosztach szpitala ogółem w ww. latach wyniósł odpowiednio 10,5%, 11,2% i 12%. Udział ww. kosztów w kosztach zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wyniósł odpowiednio 9,2%, 9,9% i 9,4%.

[dowód: akta kontroli str. 457]

4.3. W ww. latach koszty Szpitala związane z badaniami mikrobiologicznymi wyniosły 226,7 tys. zł, 268, 8 tys. zł i 138,0 tys. zł i stanowiły one 0,2% kosztów realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

[dowód: akta kontroli str.458]

4.4. W Szpitalu nie prowadzono analizy ponoszonych kosztów na leczenie osób zakażonych i kosztów dotyczących funkcjonowania systemu zakażeń szpitalnych. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że dotychczas nie wystąpiła taka potrzeba.

[dowód: akta kontroli str.465]

4.5. W okresie objętym kontrolą przeciwko Szpitalowi prowadzono pięć postępowań sądowych z tytułu zakażeń szpitalnych. W jednym przypadku, w wyniku prawomocnego wyroku⁵⁶ Sąd Okręgowy w Gliwicach Wydział II Cywilny zasądził od pozwanych⁵⁷ łączną kwotę 107,2 tys. zł wraz z odsetkami, którą w całości uregulował ubezpieczyciel.

[dowód: akta kontroli str.460-461]

Ocena częściowa

W latach 2016- 2017 r. (I półrocze) w Szpitalu prowadzono ewidencję kosztów umożliwiającą wyodrębnienie kwot związanych z zakażeniami szpitalnymi. Skróceniu uległ średni czas pobytu w Szpitalu pacjenta, u którego wykryto zakażenie szpitalne.

IV. Wnioski

Wnioski
pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny 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 Kontroli⁵⁸, wnosi o podjęcie działań mających na celu:

1. Uzupełnienie składu Zespołu i w konsekwencji składu Komitetu o przewodniczącego spełniającego wymogi ustawy o zwalczaniu zakażeń.
2. Zapewnienie terminowego przesyłania do Państwowej Inspekcji Sanitarnej:
 - zawiadomień o podejrzeniu lub rozpoznaniu zakażenia lub choroby zakaźnej,
 - informacji o uzyskaniu dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznego czynnika chorobotwórczego.

⁵⁶ Z dnia 21 listopada 2016 r.

⁵⁷ Szpitala i Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółka Akcyjna w Warszawie.

⁵⁸ Dz. U. z 2017 r., poz. 524, zwana dalej „ustawą o NIK”.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania NIK
o sposobie wykorzystania i
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 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.

Katowice, dnia 5 grudnia 2017 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

Kontroler nadzorujący

Katarzyna Koziół

Gł. specjalista kontroli państwowej

.....