



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.410.026.04.2018

Almuetaz Bellah Nasrullah
Prezes Zarządu
Szpital Powiatowy w Wyrzysku Sp. z o. o.
ul. 22 Stycznia 41, 89-300 Wyrzysk

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/18/058 – Bezpieczeństwo pacjentów przy stosowaniu antybiotykoterapii w szpitalach

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Powiatowy w Wyrzysku Sp. z o. o., ul. 22 Stycznia 41, 89–300 Wyrzysk (dalej: „Szpital”) ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Sprawy Szpitala prowadzi jednoosobowy Zarząd, którego Prezesem od 8 czerwca 2015 r. jest Almuetaz Bellah Nasrullah (dalej: Prezes Szpitala).
Zakres przedmiotowy kontroli	– Działania podejmowane w celu racjonalizacji stosowania antybiotyków. – Monitorowanie zjawisk antybiotykoodporności. – Efekty działań podejmowanych w celu zahamowania wzrostu lekoodporności drobnoustrojów.
Okres objęty kontrolą	Lata 2016–2018 (I połowa).
Podstawa prawna podjęcia kontroli	art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ² .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontroler	Bartosz Tomczyk, specjalista k. p., upoważnienie do kontroli nr LPO/160/2018 z 27 września 2018 r. (dowód: akta kontroli str. 1-10)

¹ Szpital jest spółką z wyłącznym udziałem jednostki samorządu terytorialnego – powiatu pilskiego.

² Dz. U. z 2017 r. poz. 524 ze zm., dalej: ustawa o NIK

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Działania podjęte w Szpitalu w latach 2016-2018 (I połowa) sprzyjały zapewnieniu pacjentom bezpieczeństwa przy stosowaniu terapii antybiotykowej. Polegały one na wdrożeniu szpitalnej polityki antybiotykowej zalecanej przez Ministra Zdrowia oraz na racjonalizowaniu stosowania antybiotyków, a także na prawidłowym monitorowaniu zjawiska antybiotykooporności. Działania te nie doprowadziły jednak do zmniejszenia liczby hospitalizowanych pacjentów zakażonych bakteriami lekoopornymi oraz zużycia antybiotyków w tym okresie. W Szpitalu, pomimo obowiązku wynikającego z art. 86 ust. 4 pkt 2 ustawy dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne⁴ nie ustalono procedur wydawania produktów leczniczych lub wyrobów medycznych przez aptekę szpitalną na oddziały oraz dla pacjenta. Nieustalenie tych procedur mogło skutkować brakiem wiedzy Apteki szpitalnej o faktycznym zużyciu antybiotyków przez pacjentów oraz utrudniać działania służące racjonalizacji ich stosowania. Ponadto Zespół ds. antybiotykoterapii nie prowadził w 2018 r. edukacji personelu medycznego w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Działania podejmowane w celu racjonalizacji stosowania antybiotyków.

Opis stanu faktycznego

1.1. Prezes Szpitala wyznaczył pracowników Szpitala do realizacji zadań związanych z zapobieganiem i zwalczaniem zakażeń szpitalnych oraz z antybiotykoterapią, a także określił ich zadania (zadania te zostały określone w zakresach czynności pracowników, umowach cywilnoprawnych oraz regulaminach pracy odpowiedniego zespołu czy komisji).

(dowód: akta kontroli str. 11-77)

1.2. Szpital nie uczestniczył w Narodowym Programie Ochrony Antybiotyków na lata 2016 – 2020.

(dowód: akta kontroli str. 573)

1.3. Zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt 1 ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁶ (dalej: „ustawa o zwalczaniu zakażeń”) w Szpitalu powołano jednostki odpowiedzialne za sprawowanie nadzoru nad zakażeniami, tj. Zespół kontroli zakażeń szpitalnych (dalej: ZKZS) oraz Komitet kontroli zakażeń szpitalnych (dalej: KKZS).

KKZS uczestniczył w opracowywaniu i aktualizacji standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w Szpitalu. Na zebraniach⁷ Komitetu, które były dokumentowane w postaci protokołów z posiedzeń m.in.: oceniano współpracę Szpitala z laboratorium, omawiano zagadnienia związane z Receptariuszem szpitalnym, wynikami badań mikrobiologicznych, wynikami kontroli przeprowadzonych w poszczególnych komórkach Szpitala, analizowano raporty z zarejestrowanych zakażeń szpitalnych, rozważano opracowanie nowej listy antybiotyków ze wskazaniem do ich stosowania, a także wprowadzenie do użycia

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁴ Dz. U. z 2017 r. poz. 2211 ze zm.

⁵ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁶ Dz. U. z 2018 r. poz. 151

⁷ Zebrania odbywały się dwa razy w roku.

nowego antybiotyku oraz aktualizowano wiedzę na temat zakażeń wewnątrzszpitalnych.

Na zebraniach⁸ ZKZS m. in. omawiano sytuację epidemiologiczną Szpitala, zasady pobierania i transportu badań mikrobiologicznych, wdrożenie programu polityki antybiotykowej przez Zespół ds. antybiotykoterapii oraz oceniano propozycje do ww. polityki przedstawione przez oddział chirurgiczny i dziecięcy, analizowano wyniki badań mikrobiologicznych i raporty mikrobiologiczne, omawiano czynniki ryzyka mające wpływ na występowanie zakażeń w poszczególnych oddziałach Szpitala, weryfikowano zgłoszone zakażenia szpitalne i drobnoustroje alarmowe z poszczególnych oddziałów, omawiano zużycie wybranych grup antybiotyków na poszczególnych oddziałach.

(dowód: akta kontroli str. 78-183)

1.4. W Szpitalu wprowadzono⁹ i aktualizowano w kontrolowanym okresie standardy okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej zawierające m.in.: rekomendacje dotyczące stosowania danego antybiotyku, jego dawkowanie, osoby odpowiedzialne za jego zlecenie i podanie.

Zasady wykonywania badań mikrobiologicznych określone zostały w Zarządzeniach Prezesa w sprawie profilaktyki zakażeń szpitalnych¹⁰. Zgodnie z nimi wprowadzono do rutynowego pobierania badania mikrobiologiczne od pacjentów przekazywanych z innych placówek medycznych i domów pomocy społecznej w celu oceny ryzyka nosicielstwa lub zakażenia spowodowanego szczepami wieloopornymi (pałeczki Gram-ujemne, MRSA, VRE). Zawarto w nim instrukcje pobierania wymazu oraz wskazano osoby przeprowadzające pobranie. W Szpitalu obowiązywał również „Podręcznik pobierania próbek pierwotnych” opisujący m.in. zasady pobierania materiału do badań mikrobiologicznych w przypadku np. zakażeń dolnych i górnych dróg oddechowych, oka, ucha, układu moczowego czy przewodu pokarmowego.

W Szpitalu obowiązywały także procedury dotyczące zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych¹¹ oraz wprowadzono obowiązek monitorowania czynników ryzyka do wystąpienia zakażenia na oddziałach Szpitala. W celu skrócenia czasu wyszukiwania pacjentów, u których może dojść do zakażenia szpitalnego oraz przyspieszenia wprowadzenia izolacji pacjentów, u których wyhodowano czynniki alarmowe w oddziałach Szpitala powołano również tzw. pielęgniarki łącznikowe pośredniczące pomiędzy pielęgniarką epidemiologiczną a oddziałem.

(dowód: akta kontroli str. 199-201, 215-279)

1.5. W Szpitalu utworzono Receptariusz szpitalny zawierający Szpitalną listę leków i zasady ich stosowania. Określono w nim m.in.: zasady regulujące zagadnienia związane ze stosowaniem w Szpitalu antybiotyków (zasady te dotyczyły stosowania antybiotyków w zakażeniach miejsca operowanego, zakażeniach stopy cukrzycowej, zakażeniach przewlekłych zmian skórnych). Wprowadzono zasady antybiotykoterapii empirycznej w podziale na poszczególne oddziały Szpitala i występujące na nich rodzaje zakażeń wraz z wymienieniem możliwych do zastosowania leków i zasad ich stosowania (wraz z dawkowaniem) oraz określeniem czynników ryzyka. Zawarto w nim również zasady wprowadzania i wycofywania leku ze Szpitalnej listy leków i wprowadzono jednocześnie ogólną zasadę, zgodnie z którą zastosowanie leku spoza ww. listy wymaga akceptacji

⁸ W 2016 r. odbyło się 10 zebrań, w 2017 r. takich zebrań było 11, a w I połowie 2018 r. miały miejsce cztery zebrania ZKZS.

⁹ Zarządzenie nr 8/05/2011 z 10 maja 2011 r. Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitala, Zarządzenia Prezesa: nr 33/2016 z 4 października 2016 r., nr 11/2017 z 14 kwietnia 2017 r., nr 34/2017 z 31 grudnia 2018 r., nr 17/2018 z 1 lipca 2018 r.

¹⁰ Zarządzenie nr 28/2016 z 30 sierpnia 2016 r., nr 10/2017 z 12 kwietnia 2017 r., 5/2018 z 12 kwietnia 2018 r.

¹¹ Procedury: PE.02 „Zasady postępowania w przypadku wystąpienia ogniska epidemicznego”, PE.04 „Zapobieganie i kontrola zakażeń szpitalnych”, PE.07 „Postępowanie w przypadku podejrzenia potwierdzenia zakażenia o etiologii Clostridium Difficile”, PE.09 „Izolacja w zakażeniach szerzących się drogą oddechową”, PE.10 „Izolacja w zakażeniach szerzących się drogą kontaktu bezpośredniego”, PE.11 „Izolacja pacjenta w przypadku wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych lub bardzo zaraźliwych”.

Prezesa Zarządu. Szpitalna lista leków zawierała wykaz antybiotyków stosowanych w Szpitalu¹².

Wydzielenie antybiotyków, których zalecenie wymaga autoryzacji przez członka Komitetu Terapeutycznego Szpitala lub innego konsultanta lub ordynatora oddziału Szpitala, w tym dostęp do antybiotyków najnowszej generacji zawarto w Zarządzeniu Prezesa nr 26/2018 z 9 października 2018 r. w sprawie powołania nowego składu Zespołu ds. antybiotykoterapii (dotyczyło to m. in. antybiotyków takich jak Cefalosporyny III i IV generacji, Karbapenemy, Monobaktamy, Oksazolidyny, Lipopeptydy, Polimyksyny, Tetracykliny).

W okresie objętym kontrolą jeden raz zaktualizowano wykaz antybiotyków w związku z wprowadzeniem w styczniu 2017 r. nowego Receptariusza, którego załącznik stanowiła Szpitalna lista leków.

Ponadto do Szpitalnej listy leków wprowadzono jeden antybiotyk o nazwie Amoksiklav 457 mg), natomiast żadnego antybiotyku z niej nie wycofano¹³.

Na stanie magazynowym Apteki szpitalnej na dzień 9 października 2018 r. znajdowały się 22 antybiotyki, w tym dziewięć¹⁴ antybiotyków nieujętych w Szpitalnej liście leków.

Prezes Szpitala wyjaśnił, że wymienione antybiotyki dotyczą nazw handlowych leku, a nie nazw międzynarodowych (chemicznych), które są zgodne z Receptariuszem szpitalnym. Rozbieżności są konsekwencją przetargów, w czasie których Szpital jest zobowiązany podać nazwę międzynarodową leku i które są wygrywane przez różne hurtownie oferujące lek dowolnego producenta spełniający wymogi przetargu.

Stwierdzono również, że 20 antybiotyków¹⁵ zawartych w Szpitalnej liście leków nie było dostępnych w Apteczce Szpitalnej.

Prezes Szpitala wyjaśnił, że część z ww. leków występowała pod inną nazwą handlową, a część znajdowała się w trakcie realizacji zamówienia, które z powodu braku płynności finansowej Szpitala, znacząco się wydłużało.

(dowód: akta kontroli str. 211-214, 280-401, 579-580)

1.6. W Szpitalu powołano Zespół ds. antybiotykoterapii¹⁶ oraz określono jego zadania, do których należało m. in. opracowanie szpitalnej listy antybiotyków i jej bieżąca ocena, opracowanie zasad antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej i propozycji wytycznych dotyczących diagnostyki i leczenia strategicznych zakażeń w Szpitalu. Wśród osób powołanych w skład Zespołu byli m. in. Kierownik Apteki Szpitalnej, mikrobiolog oraz lekarze, przedstawiciele oddziałów Szpitala. Od 9 października 2018 r. do składu ww. Zespołu dołączył Przewodniczący ZKZS.

W kontrolowanym okresie Zespół zebrał się sześć razy (po dwa razy w każdym z lat objętych kontrolą). Posiedzenia Zespołu były dokumentowane w formie protokołów.

Wynikiem prac Zespołu było opracowanie nowego Receptariusza szpitalnego obowiązującego od stycznia 2017 r., opracowywanie standardów okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej i zasad antybiotykoterapii empirycznej poszczególnych

¹² Obejmowała ona m. in. następujące antybiotyki wg kodu ATC: J01C (Antybiotyki beta-laktamowe, penicyliny), J01CR (Połączenia penicylin z inhibitorami beta-laktamaz), J01DB (Cefalosporyny I generacji), J01DC (Cefalosporyny II generacji), J01DD (Cefalosporyny III generacji), J01EA (Sulfonamidy i trimetoprim), J01IF (Makrolidy, linkozamidy, streptograminy), J01M (Chinolony), J01XD (Pochodne imidazolu).

¹³ Liczba wszystkich wniosków o wprowadzenie zmiany w liście leków wyniosła trzy w 2016 r. oraz jeden w 2017 r.

¹⁴ Amoksilav 600 mg, Amoksilav tabl. pow. 625 mg, Amotaks tabl. 1000 mg, Biofazolin 1000 mg, Biofuroksym 750 mg, Bioracef tabl. powł. 500 mg, Ciprinol 0,1 g/10 ml, Doxycylinum 0,1g/5 ml, Unidox Solutab tabl. 100 mg.

¹⁵ Duomox kaps. a 1,0 x 20 sztuk, Penicilinum Cryst.TZF (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań 1 mln j.m. 1 fiol oraz proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań 5 mln j.m. 1 fiol.); Unasyn fiol. a 1,5; Taromentin tabl. powł. A 1,0 x 14 sztuk, Piperacylin/tazobactam Kabi 4g + 0,5 x 10 fiolek 50 ml; Tazafazolin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań 1 g 1 fiol.); Cefuroxim MIP x 10 fiol (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.m., i.v. i zaw. do wstrzykiwań i.m. 750 mg); Tarcefandol (proszek do sporządzania zaw. 1 g x 1 fiolek); Biseptol (tabl. a 0,48, tabl. a 0,96); Biseptol 480 (amp. A 0,48/ 5 ml); Erythromycinum intravenosum TZF (fiol. 300 mg); Fromilid (zawiesina 125 mg/ml x 60 ml); Taclar (tabl. powł. 250 mg 14 tabl); Azycyna (tabl. powł. 250 mg x 6 szt.); Sumamed (zaw. doustna 100 mg/5 ml x 20 ml); Clindamycin MIP x 5 amp; Ciprofloxacin Kabi 200 mg/100 ml; Ciprofloxacin Kabi 100 ml/50 ml; Metronidazol (tabl. a 0,25g) oraz Metronidazol Fresenius (amp. a 0,1/20 ml i 100 ml fiakon 0,005/1 ml).

¹⁶ Zarządzenie Prezesa Szpitala nr 49/2015 z 6 lipca 2015 r.

oddziałów Szpitala. Na posiedzeniach analizowano również zużycie antybiotyków na oddziałach Szpitala, poddano ocenie listę antybiotyków ogólnodostępnych i zastrzeżonych.

Personel medyczny powołany w skład ww. Zespołu nie pobierał dodatkowego wynagrodzenie za pełnione w nim funkcje.

Zespół nie organizował i nie prowadził szkoleń dla lekarzy i personelu medycznego w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii.

(dowód: akta kontroli str. 184-214, 402-413, 573)

1.7. Koszty zużycia antybiotyków¹⁷ wyniosły: 54.793,90 zł w 2016 r., 64.713,30 zł w 2017 r. (wzrost o 18%), 35.790,70 zł w I półroczu 2017 r. oraz 41.585,10 zł w I półroczu 2018 r. (wzrost o 16%).

Ww. koszty stanowiły odpowiednio:

10,24% w 2016 r., 12,09% w 2017 r., 12,98% w I połowie 2017 r. oraz 15,82% w I połowie 2018 r. kosztów poniesionych na leki przez Szpital;

0,49% w 2016 r., 0,49% w 2017 r., 0,55% w I połowie 2017 r. oraz 0,61% w I połowie 2018 r. kosztów zrealizowanych przez Szpital świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalne finansowanych ze środków publicznych;

0,32% w 2016 r., 0,34% w 2017 r., 0,39% w I połowie 2017 r. oraz 0,43% w I połowie 2018 r. kosztów Szpitala ogółem.

(dowód: akta kontroli str. 414-415)

1.8. W aptece szpitalnej nie ustalono procedur wydawania produktów leczniczych lub wyrobów medycznych na oddziały oraz dla pacjenta.

W Szpitalu nie stosowano w okresie objętym kontrolą „formularza zlecenia antybiotyków”¹⁸.

Apteka szpitalna uczestniczyła w racjonalizacji farmakoterapii i prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi w Szpitalu poprzez, jak wyjaśnił Prezes Szpitala, omawianie na spotkaniach Zespołu ds. antybiotykoterapii współczesnych zagadnień terapii antybiotykami w lecznictwie zamkniętym i jej zastosowania w Szpitalu. Ponadto w celu podniesienia bezpieczeństwa pracy na oddziałach oraz zmniejszenia kosztów działalności Szpitala, w trakcie szkoleń przeprowadzanych przez przedstawicieli firm medycznych, informowano poszczególne oddziały Szpitala o nowych produktach farmaceutycznych. Pracownicy Apteki szpitalnej zapewnili stały dostęp personelowi Szpitala do antybiotyków poza godzinami pracy Apteki.

(dowód: akta kontroli str. 577-578, 653)

1.9. Zakupy antybiotyków, których dokonano w latach 2016 – 2018 były poprzedzone przeprowadzeniem analizy cen tych leków. W kontrolowanym okresie Szpital udzielił dwóch zamówień publicznych na kompleksowy zakup leków (również antybiotyków).

(dowód: akta kontroli str. 416-441)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

¹⁷ W okresie objętym kontrolą zużyto następujące antybiotyki: Amotaks, Ampicilin, Biodacyna 250 mg i 500 mg, Bioracef, Ciprinol, Cipronex, Doxycyclinum, Gentanycin, Klarmin, Unidox, Proxacin, Amoksiklav 600 mg, 625 mg, 100 mg i 1200 mg, Cefazolin, Clindamycin-Mip, Klimicin, Cefotaxim-Mip, Ceftriaxon-Mip, Biofuroksym 750 mg i 1500 mg, Biotaksym, Biotrakson, Biotrakson 1000 mg, Biotum 1000 mg, Tienam, Biofazolin, Klimicin, Terfazolin.

¹⁸ Formularze zlecenia antybiotyków mogą wykorzystywać dwa mechanizmy służące racjonalizacji stosowania tych leków: automatyczne zakończenie zlecenia lub uzasadnienie zlecenia antybiotyku. Formularz automatycznego zakończenia zlecenia ma na celu przeciwdziałać zbyt długiemu stosowaniu antybiotyku; w przypadku zlecenia profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej antybiotyk jest stosowany zwykle nie dłużej niż 24 godziny, natomiast do terapii empirycznej do 72 godzin.

1. W Szpitalu nie ustalono procedur wydawania produktów leczniczych lub wyrobów medycznych przez aptekę szpitalną na oddziały oraz dla pacjenta, co było niezgodne z art. 86 ust. 4 pkt 2 ustawy dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne¹⁹ (dalej: „Prawo farmaceutyczne”). Nieustalenie tych procedur skutkowało brakiem wiedzy Apteki szpitalnej o faktycznym zużyciu antybiotyków, uniemożliwiało monitorowanie stosowania antybiotyków w oddziałach szpitalnych i rezultatów podjętych interwencji służących racjonalizacji ich stosowania, a także porównywanie z innymi ośrodkami o tym samym profilu leczenia pacjentów.

Prezes Szpitala wyjaśnił, że ww. procedury nie zostały opracowane ponieważ ich wdrożenie wiązało się z przeznaczeniem określonych środków finansowych, a zła kondycja finansowa Szpitala, utrzymująca się od kilku lat, oddalała realizację tej inwestycji w czasie.

(dowód: akta kontroli str. 653)

W ocenie NIK dystrybucja antybiotyków na konkretnych pacjentów pozwoliłaby na bieżący monitoring rozdysponowanych dawek leku na oddziały, a tym samym, redukcję błędów i nadużywania antybiotyków.

2. Zespół ds. Antybiotykoterapii nie organizował i nie prowadził szkoleń w 2018 r. dla lekarzy i personelu medycznego w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii, co było niezgodne z § 2 pkt 7 zarządzenia nr 1/2018 Prezesa Szpitala z 9 stycznia 2018 r.

Jak wyjaśnił Prezes Szpitala, podczas comiesięcznych odpraw ordynatorów i koordynatorów oddziałów i pielęgniarek oddziałowych przedstawiano najnowsze wytyczne w sprawie antybiotykoterapii szpitalnej i prowadzono edukację w tym zakresie, a ponadto, podczas spotkań ww. Zespołu, w których brali udział wszyscy ordynatorzy oddziałów, omawiano współczesne zagadnienia antybiotykoterapii w lecnictwie zamkniętym.

NIK zwraca uwagę, że szkolenia personelu medycznego są niezbędnym elementem wprowadzania Szpitalnej Polityki Antybiotykowej w Szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 184-214, 402-413, 573)

OCENA CZĄSTKOWA

Stosownie do postanowień art. 14 ust. 1 pkt 3 lit. e ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (dalej ustawa o zwalczaniu zakażeń), w latach 2016 – 2018 (I półrocze) Zarząd Szpitala podjął działania zmierzające do ograniczenia narastania lekooporności biologicznych czynników chorobotwórczych w wyniku niewłaściwego stosowania profilaktyki i terapii antybiotykowej.

W Szpitalu wdrożono szpitalną politykę antybiotykową zalecaną przez Ministra Zdrowia i podejmowano działania w celu racjonalizacji stosowania antybiotyków. Powołane zespoły odpowiedzialne za sprawowanie nadzoru nad zakażeniami oraz ds. antybiotykoterapii opracowały i aktualizowały politykę antybiotykową oraz Receptariusz szpitalny. W Szpitalu, pomimo obowiązku wynikającego z art. 86 ust. 4 pkt 2 Prawa farmaceutycznego, nie ustalono procedur wydawania produktów leczniczych lub wyrobów medycznych przez Aptekę szpitalną na oddziały oraz dla pacjenta.

Nieustalenie tych procedur mogło skutkować brakiem wiedzy Apteki szpitalnej o faktycznym zużyciu antybiotyków przez pacjentów oraz utrudniać działania służące racjonalizacji ich stosowania.

¹⁹ Dz. U. z 2017 r. poz. 2211 ze zm.

2. Monitorowanie zjawisk antybiotykoodporności.

2.1. Szpital nie posiadał własnej pracowni mikrobiologicznej. W Szpitalu zapewniono jednak wykonywanie badań mikrobiologicznych w trybie całodobowym, zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt 3 lit. c ustawy o zwalczaniu zakażeń. Badania diagnostyki mikrobiologicznej do grudnia 2016 r. wykonywało Laboratorium RH+ Sp. z o. o., a od grudnia 2016 r. - Diagnostyka Sp. z o. o. Podmioty te wykonywały na zlecenie Szpitala badania mikrobiologiczne przez całą dobę we wszystkie dni tygodnia.

(dowód: akta kontroli str. 442-471)

2.2. W latach 2016 – 2018 (I półrocze) w Szpitalu hospitalizowana była zbliżona liczba pacjentów (4.034 pacjentów w 2016 r., 4.104 pacjentów w 2017 r. 2.138 pacjentów w I połowie 2017 r. oraz 1.992 pacjentów w I połowie 2018 r.).

Liczba pacjentów zakażonych ogółem (zakażenia szpitalne i pozaszpitalne) wzrosła z 64 osób w 2016 r. do 101 osób w 2017 r., tj. o 58%, natomiast zmalała z 73 osób w I połowie 2017 r. do 48 osób w I połowie 2018 r., tj. o 34%.

Liczba pacjentów zakażonych patogenami alarmowymi²⁰ wzrosła z 55 osób w 2016 r. do 92 osoby w 2017 r., tj. o 67%, natomiast zmalała z 66 osób w I połowie 2017 r. do 48 osób w I połowie 2018 r., tj. o 27%.

Liczba pacjentów zakażonych bakteriami lekoopornymi²¹ wzrosła z 16 osób w 2016 r. do 36 osób w 2017 r., tj. o 125% oraz z 13 osób w I połowie 2017 r. do 20 osób w I połowie 2018 r., tj. o 54%²².

Odsetek pacjentów zakażonych w stosunku do liczby hospitalizowanych pacjentów ogółem wzrósł z 1,59% w 2016 r. do 2,46% w 2017 r., natomiast zmalał z 3,41% w I połowie 2017 r. do 2,41% w pierwszej połowie 2018 r. Odsetek pacjentów zakażonych patogenami alarmowymi wśród pacjentów zakażonych wzrósł z 85,94% w 2016 r. do 91,09% w 2017 r. oraz z 90,41% w I połowie 2017 r. do 100% w I połowie 2018 r. Odsetek pacjentów zakażonych bakteriami lekoopornymi wzrósł z 0,40% w 2016 r. do 0,88% w 2017 r. oraz z 0,61% w I połowie 2017 r. do 1,00% w I połowie 2018 r.

(dowód: akta kontroli str. 472-475)

2.3. Liczba badań mikrobiologicznych wykonanych hospitalizowanym pacjentom wzrosła z 473 w 2016 r. do 760 w 2017 r., tj. o 61% oraz z 245 w I połowie 2017 r. do 272 w I połowie 2018 r., tj. o 11%. Natomiast liczba wykonanych antybiogramów zmalała z 218 w 2016 r. do 151 w 2017 r., tj. o 31% oraz z 53 w I połowie 2017 r. do 50 w I połowie 2018 r., tj. o 6%.

Liczba badań mikrobiologicznych wykonanych pacjentom zakażonym bakteriami lekoopornymi wzrosła z 16 w 2016 r. do 36 w 2017 r., tj. o 125%. Koszty wykonania tych badań zmalały z 1.286,4 tys. zł w 2016 r. do 1086,4 tys. zł w 2017 r., tj. o 16%.

²⁰ Wymienionymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala (Dz. U. Nr 294, poz.1741).

²¹ Do bakterii lekoopornych, objętych kontrolą, zalicza się: *Streptococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus faecium* i *Enterococcus faecalis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Escherichia coli*, *Acinetobacter* spp."

²² W 2016 r. siedem osób zakażonych było *Enterobacteriaceae*-*Klebsiella pneumoniae* - pałeczka zapalenia płuc - oporna na cefalosporyny III generacji, siedem osób zakażonych było *Escherichia coli* (werotoksyczne pałeczki okrężnicy - STEC/VTEC): oporna na cefalosporyny trzeciej generacji, jedna osoba zakażona była *Acinetobacter* spp - opornych jednocześnie na fluorochinolony, aminoglikozydy i karbapenemy i jedna osoba zakażona była *Staphylococcus aureus* – (gronkowiec złocisty). W 2017 r. 25 osób zakażonych było *Enterobacteriaceae*-*Klebsiella pneumoniae*, osiem osób zakażonych było *Escherichia coli*, jedna osoba zakażona była *Acinetobacter* spp i dwie osoby zakażone były *Staphylococcus aureus*, a jedna *Pseudomonas aeruginosa* (pałeczka ropy błękitnej). W I połowie 2018 r. 12 osób zakażonych było *Enterobacteriaceae* - *Klebsiella pneumoniae*, trzy osoby zakażone były *Escherichia coli*, jedna osoba zakażona była *Enterococcus faecium*: występuje w przewodzie pokarmowym człowieka – oporna na wankomycynę, trzy osoby zakażone były *Enterococcus faecalis* i jedna osoba zakażona była *Staphylococcus aureus*.

Porównanie I połowy 2017 r. i 2018 r. wykazało wzrost liczby tych badań o 54% oraz kosztów ich wykonania o 31%.

(dowód: akta kontroli str. 476-479)

Liczba pacjentów zakażonych bakteriami lekoopornymi, którym wykonano badania mikrobiologiczne wzrosła z 16 w 2016 r. do 36 w 2017 r., tj. o 125% oraz z 13 w I połowie 2017 r. do 20 w I połowie 2018 r., tj. o 54%.

Liczba pacjentów zakażonych bakteriami lekoopornymi, którym wykonano antybiogram zmalała z 16 w 2016 r. do 14 w 2017 r., tj. o 13% oraz wzrosła z 13 w I połowie 2017 r. do 20 w I połowie 2018 r., tj. o 54%.

(dowód: akta kontroli str. 480-483)

Szacunkowe koszty związane z hospitalizacją pacjentów z zakażeniem bakterią lekooporną wzrosły z 101.717,82 zł w 2016 r. do 292.843,82 zł w 2017 r., tj. o 188% oraz zmalały z 135.809,18 zł w I połowie 2017 r. do 26.017,97 zł w I połowie 2018 r., tj. o 81%.

(dowód: akta kontroli str. 484-487)

2.4. Spośród wybranych grup²³ antybiotyków największe zużycie w przeliczeniu na PDD²⁴ na 100 hospitalizacji na dzień dotyczyło J01CR (łącznie 1.094,2 PDD) i wzrosło z 246,9 PDD w 2016 r. do 418,8 PDD w 2017 r., tj. o 70% oraz z 411,3 PDD w I połowie 2017 r. do 428,5 PDD w I połowie 2018 r., tj. o 4%. Największe zużycie tej grupy antybiotyków w objętym kontrolą okresie było na oddziale dziecięcym (396 PDD) oraz wewnętrznym (297,1 PDD). Drugą w kolejności grupą antybiotyków o największym zużyciu była grupa J01DD (łącznie 292,5 PDD). Jej zużycie wzrosło z 56,9 PDD w 2016 r. do 108,2 PDD w 2017 r., tj. o 90% oraz z 98,8 PDD w I połowie 2017 r. do 127,4 PDD w I połowie 2018 r., tj. o 29%. Największe zużycie tej grupy antybiotyków w okresie objętym kontrolą było na Oddziale Wewnętrznym (łącznie 224,7 PDD) oraz dziecięcym (45,9 PDD). W okresie tym w Szpitalu nie używano antybiotyków z grup: J01DB, J01DH, J01EA, J01XA, J01XB, J01XD, J01XE. Najwięcej antybiotyków zużyto na Oddziale Wewnętrznym szpitala (łącznie 749,8 PDD wszystkich badanych grup antybiotyków).

(dowód: akta kontroli str. 488-491)

2.5. W Szpitalu, zgodnie z wyjaśnieniami Prezesa Szpitala, nie wprowadzono procedur określających sposób zbierania danych z oddziałów szpitalnych, apteki, laboratorium mikrobiologicznego i meldunków epidemiologicznych, które pozwalałyby na monitorowanie zużycia antybiotyków. Na posiedzeniach Zespołu ds. antybiotykoterapii analizowano jednak zużycie antybiotyków w Szpitalu. W ich wyniku pozytywnie oceniono monitorowanie miesięcznych raportów zużycia antybiotyków z poszczególnych oddziałów, zaproponowano wykonywanie przez mikrobiologa dwa razy w roku analizy lekowrażliwości wyhodowanych szczepów, podejmowano decyzje o zmianach antybiotyku do profilaktyki okołoperacyjnej.

(dowód: akta kontroli str. 184-214, 578)

2.6. Liczba pacjentów hospitalizowanych, którym podano dwa lub więcej antybiotyków w trakcie hospitalizacji zmalała z 285 osób w 2016 r. do 279 w 2017 r.,

²³ J01AA – tetracyliny, J01CA Penicyliny o szerokim spektrum działania, J01CE Penicyliny wrażliwe na beta-laktamazę, J01CR – penicyliny z inhibitorami, J01DB cefalosporyny I generacji, J01DC – cefalosporyny II generacji, J01DD – cefalosporyny III generacji; J01Dh – karbapenemy, J01EA – sulfonamidy i trimetoprim, J01FA – Makrolidy, J01FF Linkozamidy, J01GA/GB – aminoglikozydy, J01MA – chinolony, J01XA – antybiotyki glikopeptydowe, J01XB – polimiksyne (np. wankomycyna), J01XD – pochodne imidazolu, J01XE – pochodne nitrofuranu. Do analizy nie zostały włączone leki J02 (leki przeciw – grzybicze), J04 (leki przeciw- gruźlicze) oraz J05 (leki przeciw- wirusowe).

²⁴ PDD – średnia dawka leku przepisana pacjentom i ustalana na podstawie zleceń danego leku.

tj. o 2% oraz wzrosła ze 136 osób w I połowie 2017 r. do 183 osób w I połowie 2018 r., tj. o 35%.

(dowód: akta kontroli str. 492)

2.7. Procedurę zgłaszania działań niepożądanych produktu leczniczego zawarto w Receptariuszu szpitalnym. Zgodnie z nią w przypadku zaistnienia takiego podejrzenia, lekarz, pielęgniarka lub położna mieli obowiązek natychmiastowego wstrzymania podawania leku i jego zabezpieczenia, a następnie zgłoszenie tego faktu koordynatorowi oddziału lub lekarzowi dyżurnemu, którzy zobowiązani byli wypełnić zgłoszenie niepożądanego działania produktu leczniczego i przekazać je, wraz z zabezpieczonym lekiem, Kierownikowi apteki szpitalnej. Kierownik apteki był odpowiedzialny za zabezpieczenie serii wadliwego leku oraz zgłoszenie na odpowiednim druku zaistniałego przypadku Wojewódzkiemu Inspektorowi Farmaceutycznemu oraz Prezesowi Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

W okresie objętym kontrolą w szpitalu nie zgłoszono działania niepożądanego antybiotyków.

(dowód: akta kontroli str. 310-311, 577)

2.8. W latach 2016 – 2018 (I półrocze) w Szpitalu nie przeprowadzono kontroli wewnętrznej w zakresie zasadności ordynacji antybiotyków. W trakcie kontroli wewnętrznych dotyczących realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych (po dwie kontrole przeprowadzone w 2016 i 2017 r. oraz jedna kontrola przeprowadzona w 2018 r.) sprawdzano, czy w ramach profilaktyki i terapii antybiotykowej wykonywane były miesięczne raporty zużycia antybiotyków i czy stosowano profilaktykę okołoooperacyjną. Ww. kontrole przeprowadzane były przez przewodniczącego KKZS, przełożoną pielęgniarek oraz pielęgniarkę epidemiologiczną. Zarządzeniem nr 27/2018 z dnia 11 października 2018 r. Prezes Szpitala określił obowiązki zespołu ds. kontroli wewnętrznej, do których należało m.in. ocena stosowania profilaktyki antybiotykowej czy wykonywania badań laboratoryjnych.

(dowód: akta kontroli str. 493-524)

2.9. W okresie objętym kontrolą Wielkopolski Państwowy Inspektor Sanitarny przeprowadził trzy kontrole, które dotyczyły m. in. funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. W dwóch z nich kontrolujący nie stwierdzili żadnych nieprawidłowości ani nie sformułowali uwag czy wniosków. W wyniku kontroli przeprowadzonej w lipcu 2017 r. zalecono opracowanie zasad postępowania i zgłaszania ognisk epidemicznych oraz zweryfikowanie oświadczenia o zapoznaniu się pracowników z obowiązującymi w Szpitalu procedurami dotyczącymi realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. W wyniku kontroli sprawdzającej przeprowadzonej w kwietniu 2018 r. nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości ani nie sformułowano żadnych zaleceń ani uwag (opracowano zasady postępowania i zgłaszania ognisk epidemicznych oraz zweryfikowano oświadczenia o zapoznaniu się pracowników z obowiązującymi w Szpitalu procedurami dotyczącymi realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych).

(dowód: akta kontroli str. 525-570)

2.10. W latach 2016 – 2018 (I półrocze) nie były prowadzone postępowania sądowe przeciwko Szpitalowi z tytułu zakażeń szpitalnych.

(dowód: akta kontroli str. 573)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala w zbadanym obszarze.

OBSZAR

3. Efekty działań podejmowanych w celu zahamowania wzrostu lekooporności drobnoustrojów.

Opis stanu
faktycznego

3.1. Średni czas hospitalizacji pacjentów zakażonych wzrósł z 7,2 dni w 2016 r. do 16,1 dni w 2017 r., tj. o 124%, natomiast zmalał z 15,8 dni w I połowie 2017 r. do 10,3 dni w I połowie 2018 r., tj. o 35%. Szacunkowe koszty związane z hospitalizacją ww. pacjentów wzrosły z 87.202,22 zł w 2016 r. do 248.177,63 zł w 2017 r., tj. o 185% oraz zmalały z 136.600,85 zł w I połowie 2017 r. do 36.754,01 zł w I połowie 2018 r., tj. o 74%.

Średni czas hospitalizacji pacjentów z zakażeniem bakteriami lekoopornymi wzrósł z 7,3 dni w 2016 r. do 11,4 dni w 2017 r., tj. o 56%, natomiast zmalał z 13,3 dni w I połowie 2017 r. do 8,9 dni w I połowie 2018 r., tj. o 33%. Szacunkowe koszty związane z hospitalizacją ww. pacjentów wzrosły z 101.717,82 zł w 2016 r. do 292.843,82 zł w 2017 r., tj. o 188% oraz zmalały z 135.809,18 zł w I połowie 2017 r. do 26.017,97 zł w I połowie 2018 r., tj. o 81%.

Średni czas hospitalizacji pacjentów niezakażonych wzrósł z 4,4 dni w 2016 r. do 9,5 dni w 2017 r., tj. o 116%, natomiast zmalał z 9,3 dnia w I połowie 2017 r. do 8,8 dnia w I połowie 2018 r., tj. o 5%. Szacunkowe koszty związane z hospitalizacją ww. pacjentów wzrosły z 10.759.360 zł w 2016 r. do 12.663.920 zł w 2017 r., tj. o 18% oraz z 6.309.930 zł w I połowie 2017 r. do 6.462.907 zł w I połowie 2018 r., tj. o 2%.

(dowód: akta kontroli str. 484-487)

Liczba zakażeń spowodowanych *Clostridium difficile* wzrosła z 17 przypadków w 2016 r. do 19 przypadków w 2017 r. oraz dziesięciu przypadków w I połowie 2017 r. do 18 w I połowie 2018 r.

W okresie objętym kontrolą odsetek pacjentów zakażonych bakteriami lekoopornymi w porównaniu do ogółu hospitalizowanych pacjentów wzrósł z 0,40% w 2016 r. do 0,88% w 2017 r. oraz z 0,61% w I połowie 2017 r. do 1,00% w I połowie 2018 r.

(dowód: akta kontroli str. 635)

W okresie objętym kontrolą nie odnotowano w Szpitalu zgonów pacjentów z powodu zakażeń.

(dowód: akta kontroli str. 595-633, 636-639)

3.2. Zespół ds. antybiotykoterapii nie przeprowadzał audytów oceniających efektywność szpitalnej polityki antybiotykowej. Rezultaty pracy zespołu zostały opisane w punkcie 1.6. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli str. 185-214, 493-524, 573)

3.3. Analiza dokumentacji medycznej 50 pacjentów, którym w latach 2016-2018 (I półrocze) udzielono świadczeń w rodzaju nocna i świąteczna opieka zdrowotna i przepisano najwięcej antybiotyków (41 osobom przepisano jeden antybiotyk, siedmiu osobom przepisano dwa antybiotyki, jednej osobie przepisano trzy antybiotyki, a jednej osobie w w ciągu kolejnych sześciu miesięcy przepisano sześć antybiotyków), wykazała, że:

- tylko w jednym wywiadzie medycznym (spośród ogółem 64) odnotowano informacje o: przebytych infekcjach bakteryjnych; zażywanych antybiotykach;

reakcjach alergicznych na antybiotyki, a w dwóch wywiadach zapisano wyłącznie informacje o przebytych infekcjach bakteryjnych.

Prezes Szpitala wyjaśnił, że w trakcie wizyty lekarskiej pacjent podczas przeprowadzania badania podmiotowego (wywiadu medycznego) pytany był o ww. sprawy. Informacje te nie zostały zapisane w dokumentacji medycznej, ponieważ lekarz uzyskał od pacjenta informację, że ten nie miał żadnych infekcji, nie zażywał antybiotyków oraz że nie miał reakcji alergicznych lub informacje nie wniosły niczego istotnego do dalszego sposobu postępowania.

- w żadnym wpisie lekarz nie odnotował zlecenia wykonania badania mikrobiologicznego, w tym antybiogramu przed pełnym zdiagnozowaniem pacjenta i przepisaniem antybiotyku.

Prezes Szpitala wyjaśnił, że lekarz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (dalej: NiŚOZ) nie zlecił wykonywania ww. badań przed przepisaniem antybiotyku z uwagi na brak możliwości wizyty kontrolnej w NiŚOZ pacjentów po otrzymaniu wyniku antybiogramu i zachowania ciągłości leczenia. Ponadto pacjenci ci nie byli odpowiednio przygotowani do przeprowadzenia badania mikrobiologicznego, ponieważ niezbędne jest wykonanie podstawowych zaleceń dotyczących np. badania moczu na posiew bądź wymazu z gardła, migdałków, czy też jamy ustnej (badanie moczu na posiew jest wykonywane po umyciu narządów rodnych, a mocz powinien zalegać w pęcherzu minimum 4 godziny od ostatniej mikcji; wymaz z gardła, migdałków, jamy ustnej zalecany jest rano, na czczo, po przeplukaniu jamy ustnej przegotowaną wodą, w godzinach porannych, przed przyjęciem pokarmów lub płynów dla uniknięcia splukania bakterii bytujących na powierzchni błony śluzowej gardła, czy migdałków, przed umyciem zębów (mogą zafałszować wynik).

- w pięciu wpisach z 2016 r., 13 wpisach z 2017 r. oraz dziewięciu wpisach z I połowy 2018 r. nie odnotowano prawidłowego dawkowania przepisanego antybiotyku.

Prezes Szpitala wyjaśnił, że w dokumentacji medycznej nie wpisano dawkowania zaordynowanego antybiotyku ponieważ informacja taka została zapisana na wydanej pacjentowi receptce, a każdy pacjent został poinformowany o sposobie dawkowania leku.

- w 13 wpisach z 2016 r., 14 wpisach z 2017 r. oraz pięciu wpisach z I połowy 2018 r. brak było adnotacji dotyczącej stosowania probiotyku.

Prezes Szpitala wyjaśnił, że nie zawarto ww. adnotacji ponieważ każdy z pacjentów ustnie lub pisemnie został poinformowany o zaleceniu stosowania probiotyku podczas antybiotykoterapii.

- tylko dwóm pacjentom z zaleconą antybiotykoterapią lekarz wystawił zwolnienie lekarskie, a średni okres leczenia antybiotykiem wyniósł od pięciu do siedmiu dni.

- trzy najczęściej występujące rozpoznania choroby u pacjentów według klasyfikacji ICD 10 wpisane w kartach zdrowia i choroby pacjentów to: J06²⁵, J20 i J02 w 2016 r. i I połowie 2018 r. oraz J02, J06, G54 w 2017 r.

- w związku z ww. rozpoznaniem pacjentom najczęściej przepisywano antybiotyki z grypy J01CR02, J01FA09 i J01FA10 w 2016 r., J01DC02, J01CR02 i J01FA10 w 2017 r. oraz J01DC02, J01CR02 i J01AA02 w I połowie 2018 r.,

- żaden pacjent nie zgłosił się ponownie do lekarza w wyniku nieskutecznego leczenia antybiotykiem oraz nie odnotowano skierowania pacjenta do szpitala w wyniku braku poprawy stanu zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 640-655)

²⁵ J06 – Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym, J20 – Ostre zapalenie oskrzeli, J02 – Ostre zapalenie gardła, G54 – Zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych i spłotów nerwowych.

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala w zbadanym obszarze.

IV. Uwagi i wnioski

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

Wnioski

- 1) ustalenie procedur wydawania produktów leczniczych lub wyrobów medycznych przez aptekę szpitalną na oddziały oraz dla pacjenta,
- 2) zapewnienie systematycznych szkoleń personelu medycznego przez Zespół ds. Antybiotykoterapii w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii.

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 Poznaniu. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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

Poznań, dnia 28 listopada 2018 r.

Kontroler
Bartosz Tomczyk
Specjalista k. p.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu
Dyrektor
z up. Grzegorz Malesiński
Wicedyrektor

.....
podpis

.....
podpis