Minister Zdrowia

SEKRETARIAT Biura Prac Senackich
Wpłynęło dn. 11.07.2016
nr 4335 podpis

Warszawa, 2016 -07- 01

ZPŚ.070.24.2016

dot. BPS1043-19-379/16

GABINET MARSZAŁKA SENATU
wpłynęło dn. 11.07.2016 r.
nr 3321 podpis

Pan
Stanisław Karczewski
Marszałek Senatu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

W związku z oświadczeniem złożonym przez Pana Senatora Wiesława Kiliana podczas 19. posiedzenia Senatu RP w dniu 9 czerwca 2016 r. w sprawie zakażeń szpitalnych, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Zakażenie szpitalne to zakażenie, które wystąpiło w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy choroba nie pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylęgania albo wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylęgania – art. 2 pkt 33 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz. U. z 2013 r. poz. 947 z późn. zm.).

Zakażenia szpitalne występują we wszystkich szpitalach, na całym świecie, stanowiąc istotne zagrożenie dla zdrowia i życia osób hospitalizowanych. Niezwykle trudno jest ocenić rzeczywisty poziom zakażeń szpitalnych, ale przyjmuje się że dochodzi do nich średnio u ok. 10% osób hospitalizowanych. Zakażenia szpitalne można podzielić na zakażenia endogenne, dla których źródłem zakażenia jest własna flory bakteryjna chorego, oraz zakażenia egzogenne gdy źródło zakażenia pochodzi ze środowiska szpitalnego. Pomimo podejmowania licznych i coraz bardziej złożonych procedur zapobiegawczych niemożliwe jest całkowite wyeliminowanie tego zjawiska. Wynika to z charakteru podstawowych czynników, które mają decydujący wpływ na powstawanie zakażeń szpitalnych:

1. Czynniki zależne od stanu pacjenta: wielu chorych ma zaburzenia immunologiczne różnego pochodzenia, mogą być one związane z wiekiem, chorobą podstawową (nowotwory) lub leczeniem preparatami o działaniu immunosupresyjnym.

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

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

2. Środowisko szpitalne: pacjenci ulegają kolonizacji już po kilku godzinach pobytu w szpitalu (skóra, układ oddechowy i moczowy), drobnoustroje mogą pochodzić ze środowiska szpitalnego (urządzenia sanitarne, sprzęt medyczny, powietrze) jak również od innych chorych i personelu.
3. Techniki diagnostyczne i lecznicze: używanie kaniul (wenflonów) dożylnych, cewników moczowych, urządzeń do wspomaganego oddychania, endoskopów, implantowanych elektrod i urządzeń do wziernikowania stwarza dodatkowe drogi wprowadzenia zakażeń.
4. Zaniedbania ze strony personelu: dotyczą one przede wszystkim nieprzestrzegania higieny rąk, stosowania niewłaściwych technik sterylizacyjnych, niedokładnego lub niewłaściwego mycia i odkażania sprzętów i pomieszczeń.

Szpitale również różnią się profilem i liczbą posiadanych oddziałów. W związku z powyższym, ze względu na zróżnicowanie chorób, z powodu których leczeni są pacjenci, występujących u nich czynników ryzyka i zróżnicowania wykonywanych procedur medycznych, uzyskane z podmiotów leczniczych dane nie powinny służyć przeprowadzaniu oceny i porównaniu występowania zakażeń szpitalnych między szpitalami. Powyższe czynniki mają istotny wpływ na bazowe ryzyko szerzenia się zakażeń szpitalnych, niezależnie od mających miejsce zaniedbań personelu. Porównanie liczby zakażeń szpitalnych pomiędzy różnymi szpitalami, nie będzie stanowiło odzwierciedlenia faktycznej jakości i bezpieczeństwa udzielanych przez nie świadczeń.

Nadzór nad zakażeniami szpitalnymi oraz występowaniem drobnoustrojów alarmowych to jeden z priorytetów krajowej i unijnej polityki zdrowotnej, ze względu na szczególne znaczenie dla zdrowia publicznego, bezpieczeństwa pacjentów oraz personelu medycznego. Sytuację prawną w Polsce w zakresie nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami szpitalnymi i drobnoustrojami alarmowymi regulują:

- ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. *w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala* (Dz. U. Nr 294, poz. 1741);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. *w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych* (Dz. U. z 2014 r. poz. 746);

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. *w sprawie zakresu, sposobu i częstości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych* (Dz. U. Nr 100, poz. 646);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. *w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji* (Dz. U. Nr 100, poz. 645).

Wymienione wyżej przepisy prawne określają zasady prowadzenia rejestrów zakażeń szpitalnych oraz czynników alarmowych, a także szczegółowy sposób sporządzania raportów o występowaniu tych zakażeń i tryb ich przekazywania państwowym powiatowym inspektorom sanitarnym.

Na mocy przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* oraz 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*, Państwowa Inspekcja Sanitarna zbiera dane służące uzyskaniu wiedzy o pojawianiu się i rozpowszechnieniu na terenie województw i kraju poszczególnych rodzajów alert patogenów tzn. przede wszystkim czynników alarmowych charakteryzujących się lekoopornością, dlatego też stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia Raport okresowy zawiera informacje o zakażeniach szpitalnych ograniczone jedynie do wybranych czynników zakaźnych tzw. czynników alarmowych.

Należy podkreślić, iż nieodłącznym elementem nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi jest także poziom wykorzystania diagnostyki mikrobiologicznej. Na podstawie przedmiotowych danych z raportów stwierdzono, iż pomimo pewnej poprawy, nadal utrzymuje się niekorzystne zjawisko zbyt małej liczby badań mikrobiologicznych wykonywanych w szpitalach (w 2014 r. wskaźnik ten wynosił 19,5% badań/łóżko/rok. tj. 2-krotnie mniej w porównaniu do krajów Unii Europejskiej, gdzie wskaźnik ten wynosi 50 badań/łóżko/rok). Sytuacja ta spowodowana jest przede wszystkim ograniczonym poziomem finansowania szpitali i dostępem do diagnostyki mikrobiologicznej. Biorąc pod uwagę fakt, że istnieje ścisły związek między ilością wykonywanych badań mikrobiologicznych, a czułością i efektywnością systemu kontroli zakażeń szpitalnych, należy podjąć wszelkie możliwe działania w celu zwiększenia zakresu wykorzystania diagnostyki mikrobiologicznej w szpitalach. Pozwoli to na wczesne, skuteczne rozpoznanie ewentualnego zagrożenia i eliminowanie najgroźniejszych czynników biologicznych przyczyniając się do zmniejszenia występowania zakażeń szpitalnych.

Należy więc wyraźnie podkreślić, iż waga problemu zakażeń szpitalnych jest nie do przecenienia, zarówno z punktu widzenia zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta, jak również obniżenia kosztów związanych z hospitalizacją, poprzez prowadzenie właściwego nadzoru epidemiologicznego i mikrobiologicznego.

Na przestrzeni ostatnich lat wybijającym się problemem w obszarze zakażeń szpitalnych jest narastająca lawinowo liczba ognisk wywołanych *Clostridium difficile* oraz przypadków zakażeń, w tym ognisk, wywołanych pałeczkami *Enterobacteriaceae*, szczególnie *Klebsiella pneunoniae* NDM-1.

W związku z rozprzestrzenianiem się w Polsce pałeczek *Enterobacteriaceae* (zwłaszcza *Klebsiella pneumoniae*) wytwarzających β-laktamazy typu KPC, pojawieniem się w Polsce szczepów wytwarzających β-laktamazy MBL, szczepów wytwarzających MBL-NDM-1 oraz β-laktamazy typu OXA-48 (napływających ostatnio do wielu krajów UE), wymagane jest podejmowanie natychmiastowych działań zapobiegających ich rozprzestrzenianiu się.

Występowanie licznych mechanizmów oporności w szczepach KPC, MBL i OXA-48 powoduje, że szczepy te nagminnie wykazują wielooporność (MDR – *Multi Drug Resistance*) lub rozszerzoną wielooporność (XDR – *Extensive Drug Resistance*). Pojawiają się również doniesienia o izolowaniu szczepów opornych na wszystkie dostępne antybiotyki (PDR – *Pan Drug Resistance*).

Klebsiella pneumoniae NDM-1 (New Delhi Metallo - β-lactamases) po raz pierwszy pojawiły się w 2010 w Szwecji, u pacjenta, który wcześniej był hospitalizowany w Indiach, a także we Francji, Holandii, Niemczech. Szczepy NDM-1 są wysoce oporne na antybiotyki. Pierwszy przypadek infekcji szczepem NDM-1 w Polsce zidentyfikowano w 2012 r. w szpitalu w Poznaniu. Następnie szczep ten pojawiał się w innych szpitalach w kraju wywołując największą jak dotąd epidemię wśród pacjentów hospitalizowanych w kilkudziesięciu szpitalach znajdujących się na terenie województwa mazowieckiego.

Klebsiella pneumoniae jest rodzajem Gram-ujemnej bakterii, która może powodować rożnego rodzaju zakażenia szpitalne, w tym zapalenie płuc, zakażenia krwi, ran lub zakażenia miejsca operowanego i zapalenie opon mózgowych. *Klebsiella* może wytwarzać karbapenemazy, w tym typ NDM należący do grupy patogenów bakteryjnych dysponujących jednym z najniebezpieczniejszych z dotychczas rozpoznanych mechanizmów oporności na antybiotyki. *Klebsiella* jest normalnie obecna w ludzkich jelitach (gdzie nie powoduje choroby). Występuje również w ludzkim kale. Zagrożenia związane z pojawieniem się Szczepu *Klebsiella pneumoniae* NDM wynikają z możliwości wystąpienia zarówno pełnej oporności na wszystkie dostępne

antybiotyki, co zostało potwierdzone w badaniach wykonanych w laboratoriach mikrobiologicznych, jak i szybkiej transmisji wśród leczonych w szpitalu (domach opieki, zakładach rehabilitacyjnych) pacjentów, jak i łatwej transmisji genów oporności kodujących NDM do innych drobnoustrojów powodujących częste zakażenia w całej populacji np. *Escherichia coli.*

Główne przedsięwzięcia wynikające z zaleceń Ministra Zdrowia to:

- laboratoria mikrobiologiczne wykonujące badania na użytek podmiotów wykonujących działalność leczniczą powinny bezwzględnie wdrożyć do rutynowej diagnostyki mikrobiologicznej procedury oznaczania wrażliwości pałeczek Gram – ujemnych na karbapenemy, w tym wykrywania KPC i MBL u *Enterobacteriaceae*,
- w przypadku podejrzenia izolacji szczepu *Enterobacteriaceae* wytwarzającego KPC lub inną karbapenemazę konieczne jest niezwłoczne powiadomienie zespołu ds. zakażeń szpitalnych o istniejącym podejrzeniu, wdrożenie izolacji chorego (izolacja kontaktowa),
- w przypadku potwierdzenia wykrycia szczepu wytwarzającego KPC lub inną karbapenemazę zaleca się niezwłoczną izolację chorego zakażonego lub skolonizowanego, niezwłoczne przeprowadzenie badania przesiewowego polegającego na pobraniu wymazów około odbytniczych u pacjentów przebywających na tym samym oddziale co pacjent zakażony lub skolonizowany lub będący pod opieką tego samego personelu oraz przeprowadzenie wywiadu epidemiologicznego, a także niezwłoczne zgłoszenie wykrycia szczepu wytwarzającego KPC lub inne karbapenemazy do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego,
- izolacja kontaktowa pacjenta ze szczepem wytwarzającym KPC lub inne karbapenemazy, która obejmuje zakładanie przed wejściem na salę jednorazowych rękawiczek i jednorazowego fartucha ochronnego, zdejmowanie ubrania ochronnego tuż przed wyjściem lub tuż po wyjściu z sali, bezwzględne przestrzeganie zasad antyseptyki rąk przy zastosowaniu środka alkoholowego po zdjęciu ubrania ochronnego, wydzielenie osobnego sprzętu medycznego wymienianego między pacjentami oraz dekontaminacja sprzętu, który będzie stosowany u innych pacjentów, umieszczenie pacjenta w osobnej sali z węzłem sanitarnym, kontrolowane opuszczanie sali przez pacjenta na wykonywane badania, wydzielenie osobnego personelu pielęgniarskiego do pielęgnacji pacjenta ze szczepem KPC lub wytwarzającego inne karbapenemazy, w przypadku większej liczby pacjentów zakażonych lub nosicieli szczepu wytwarzającego KPC lub inne karbapenemazy stosuje się izolację grupową,
- zespół ds. kontroli zakażeń szpitalnych prowadzi stałe monitorowanie przestrzegania zasad izolacji kontaktowej oraz innych procedur zapobiegających rozprzestrzenianiu

się szczepów wytwarzających KPC lub inne karbapenemazy. W przypadku wypisywania do domu, zakładu opieki długoterminowej lub przenoszenia do innego podmiotu wykonującego działalność leczniczą pacjenta ze szczepem wytwarzającym KPC lub inne karbapenemazy w jego karcie informacyjnej, w rubryce „rozpoznania" należy bezwzględnie umieścić informację o stwierdzeniu zakażenia lub kolonizacji takim szczepem,

- nie należy stosować antybiotyków w przypadku jedynie kolonizacji.

Powyższe informacje są zawarte w zaleceniach Ministra Zdrowia dotyczących postępowania w przypadku zachorowań i sporadycznych ognisk epidemicznych wywołanych przez Gram - ujemne pałeczki z rodziny *Enterobacteriaceae* i dostępne na stronie internetowej pod następującymi adresami: http://www.antybiotyki.edu.pl/pdf/kpc-20120713.pdf oraz http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/1_zaleceniaogniskepid_20120717.pdf

Odnośnie *Clostridium difficile* w ostatnich latach obserwuje się wzrost zakażeń szpitalnych wywołanych przez te wielolekooporne bakterie, co stanowi dodatkowe zagrożenie dla pacjentów i świadczeniodawców. Gram - dodatnie beztlenowe laseczki *Clostridium difficile* stanowią główny czynnik etiologiczny rzekomobłoniastego zapalenia jelita grubego i biegunek po antybiotykoterapii oraz nieswoistego zapalenia jelit. Powyższe objawy wywołują m.in. szczepy *C. difficile* wytwarzające toksynę A i/lub B. Czynnikami ryzyka rozwoju zakażenia jest: stosowanie antybiotyków o szerokim spektrum działania, wzrost liczby pacjentów z obniżoną odpornością, wiek powyżej 65. roku życia, pobyty w szpitalu oraz kolonizacja szczepami *Clostridium difficile*.

Ze względu na stale rosnącą ilość zachorowań, a także ze względu na ciężkość ich przebiegu oraz oporność na stosowane leczenie i rosnącą śmiertelność ważne jest, aby każdy szpital miał możliwość wykonania badań w kierunku *Clostridium difficile*, a diagnostyka w tym kierunku powinna być wykonana u wszystkich pacjentów z biegunką, u których występują czynniki ryzyka. Ważne jest także, aby działania podejmowane w sytuacji rozpoznania ogniska epidemicznego miały charakter wielokierunkowy, koordynowany przez zespół „zadaniowy". Powołanie szpitalnego zespołu ds. wygaszania ogniska epidemicznego *C. difficile* predysponuje koordynowanie i monitorowanie działań w przedmiotowym zakresie. Istotne jest aby w skład zespołu weszli przedstawiciele: zespołu ds. kontroli zakażeń szpitalnych, oddziału objętego ogniskiem, personelu laboratorium mikrobiologicznego, przedstawiciele służb pomocniczych odpowiedzialnych za sprzątanie oddziału. Zespół powinien posiadać kompetencje do wprowadzania zmian koniecznych do wygaszenia

ogniska epidemicznego, jak monitorowanie nowych zachorowań, przedstawianie propozycji wygaszania ogniska epidemicznego, ocena możliwości szybkiej diagnostyki zachorowań, edukacja personelu, oraz weryfikacja procedur i zaleceń obowiązujących w szpitalu. Podjęte działania w powyższym zakresie mogą przyczynić się do zmniejszenia występowania tego patogenu w szpitalu, który charakteryzuje się zwiększonym potencjałem chorobotwórczym i epidemicznym, a jego eradykacja ze środowiska szpitalnego u skolonizowanych pacjentów jest trudna.

Z analizy raportów rocznych za 2014 r. wynika, iż *Clostidium difficile* jest w ostatnich trzech latach najczęstszym czynnikiem alarmowym zgłaszanym w ogniskach epidemicznych zakażeń szpitalnych. Od 2012 r. zaznaczył się trend wzrostowy występowania tego patogenu w podmiotach leczniczych - zarejestrowano 82 ogniska epidemiczne co stanowiło 27% wszystkich ognisk, w roku 2013 zarejestrowano 112 ognisk co stanowiło 28,4% ognisk ogółem zaś w 2014 r. zgłoszone zostały ogniska epidemiczne w liczbie 124 co stanowiło 31% wszystkich zgłoszonych ognisk. Z wstępnych danych wynika, że procentowy udział ognisk wywołanych *Clostridium difficile* w 2015 r. jest jeszcze większy niż w latach ubiegłych.

W odpowiedzi na niekorzystną sytuację epidemiologiczną związaną z narastaniem liczby przypadków osób objętych ogniskami zakażeń wywołanych przez *Clostridium difficile* w polskich szpitalach, Krajowy Konsultant w dziedzinie Mikrobiologii Klinicznej w porozumieniu z Głównym Inspektorem Sanitarnym zarówno w 2014 r. jak i 2015 r. podjęli inicjatywę i zorganizowali warsztaty szkoleniowe dedykowane członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, przedstawicielom szpitali, a także Państwowej Inspekcji Sanitarnej z terenu całego kraju. Podczas warsztatów przedstawiona została sytuacja epidemiologiczna tych zakażeń w Polsce oraz metody diagnostyczne i procedury wygaszania ognisk epidemicznych w przedmiotowym zakresie. Zaprezentowano także działania zmierzające do ograniczenia zakażeń związanych z opieką zdrowotną i opornością na antybiotyki, a także monitorowania i szybkiego rozpoznawania bakteryjnych zakażeń.

Najwięcej zachorowań obserwuje się wśród osób powyżej 75. roku życia, stanowiących grupę podwyższonego ryzyka zakażeniem *Clostridium difficile*.

Podkreślenia wymaga fakt, iż w polskich szpitalach narasta problemem lekooporności drobnoustrojów na dostępne antybiotyki, a także wzrost liczby pacjentów zakażonych patogenami wielolekoopornymi, trudnymi do wyeliminowania ze środowiska szpitalnego. Powyższe zagrożenia zdrowotne zarówno dla pojedynczego pacjenta jak również zdrowia publicznego wymagają skoordynowanych działań zmierzających do

ograniczenia zakażeń związanych z opieką zdrowotną i opornością na antybiotyki, a także monitorowania i szybkiego rozpoznawania bakteryjnych zakażeń.

Zakażenia szpitalne stanowią wyzwanie dla współczesnej medycyny, a zrozumienie ważności tej problematyki przez personel podmiotów leczniczych poprzez bieżący monitoring czynników alarmowych, prowadzenie kontroli wewnętrznej, ustawiczne szkolenia personelu pozwolą zminimalizować ryzyko zakażeń pacjentów i personelu, a tym samym podnieść jakość usług medycznych w szpitalach. Istotną rolę w przedmiotowym zakresie pełnią zespoły kontroli zakażeń szpitalnych.

W związku z rozprzestrzenieniem się lekoopornych patogenów Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z Krajowym Konsultantem w dziedzinie Mikrobiologii Lekarskiej rozpoczął prace związane w szczególności z:

- przygotowaniem nowej listy czynników alarmowych zawartych 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* oraz nowelizacją tego rozporządzenia,
- nowelizacją 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,*
- przygotowaniem rozporządzenia Ministra Zdrowia na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 3 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*, w którym zostaną określone szczegółowe metody zapobiegania szerzenia się czynników alarmowych, w tym *Klebsiella pneumoniae* NDM-1.

Działania na szczeblu ogólnokrajowym podejmowane na rzecz zapobiegania lekooporności i zakażeniom szpitalnym realizowane są w ramach Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków. W ramach działań programu odbywało się m. in. nieustanne monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w Polsce, co zaowocowało gotowością naszego kraju do natychmiastowego reagowania na zagrożenia ze strony bakteryjnych patogenów inwazyjnych i antybiotykoopornych. Pozwoliło to również na wprowadzenie w wielu obszarach zdrowia publicznego nowych regulacji, w szczególności dotyczących monitorowania mikrobiologicznego zakażeń inwazyjnych, kontroli lekooporności, nadzoru nad zakażeniami związanymi z opieką zdrowotną i polityką antybiotykową w podmiotach leczniczych. Badania punktowe występowania zakażeń szpitalnych prowadzone w ramach Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków prowadzone w polskich szpitalach wskazują, że zakażenia szpitalne

występują u około 6% chorych, co daje roczną liczbę 480 tys. zakażeń szpitalnych (według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny w Polsce rocznie jest hospitalizowanych ok. 8 mln pacjentów).

Narodowy Program Ochrony Antybiotyków, którego podstawą prawną realizacji jest art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.), jest programem zawierającym wszystkie niezbędne elementy w obszarze medycyny dla realizacji tzw. międzysektorowego mechanizmu zgodnie z dyrektywą Komisji Europejskiej i służącym koordynacji wdrażania krajowej strategii zapobiegania antybiotykooporności. Program jest realizowany w celu wypełnienia *Council Recommendation of 15 November 2001 on the prudent use of the antimicrobial agents in the human medicine* (Official Journal of the European Communities, 2002/77/EC), *Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections* (2009/C 151/01) (Official Journal of the European Union C 151/1), a także zaleceń Europejskiego Centrum ds. Kontroli i Zapobiegania Chorób, wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia oraz ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.*

Nowa edycja programu (na lata 2016-2020) ma na celu doprowadzenie do ograniczenia zakażeń związanych z opieką zdrowotną i oporności na antybiotyki, a także uzyskanie pogłębionej wiedzy na temat etiologii i epidemiologii bakteryjnych zakażeń inwazyjnych, zwłaszcza tych, którym można zapobiegać poprzez szczepienia, co jest niezwykle istotne w aspekcie zdrowia publicznego naszego kraju.

W ramach Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków podejmowane są następujące działania mające zapobiegać zakażeniom szpitalnym i oporności na antybiotyki.

1. Opracowywane są rekomendacje dotyczące profilaktyki diagnostyki i terapii zakażeń. Aktualnie na stronie internetowej NPOA umieszczonych jest 19 rekomendacji.

2. Prowadzone są od 2008 r. badania punktowe występowania zakażeń szpitalnych. Mają one na celu zweryfikowanie ilu pacjentów otrzymuje antybiotyki a także u ilu pacjentów występują zakażenia szpitalne. W okresie dwóch ostatnich lat w badaniu wzięło udział odpowiednio w 2014 r. 112 szpitali, a w 2015 r. 160 szpitali. W efekcie badaniami objęto ponad 52 tys. pacjentów. Badania punktowe pozwalają na scharakteryzowanie głównych problemów polskich szpitali dotyczących zakażeń szpitalnych i ukierunkowanie działań profilaktycznych na najbardziej zapalne obszary.

Pierwszy raport z badań punktowych został przedstawiony w 2012 roku, drugi będzie przedstawiony w 2016 r.

3. Przy współpracy z pionem sanitarnym opracowywane są zalecania dotyczące sposobów zapobiegania rozprzestrzenianiu szczególnie niebezpiecznych drobnoustrojów. Prowadzone są szkolenia:

a) dla zespołów kontroli zakażeń szpitalnych i szpitalnych zespołów ds. antybiotykoterapii,

b) dotyczące profilaktyki, diagnostyki i terapii zakażeń szpitalnych w Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii w każdym województwie z udziałem konsultantów wojewódzkich.

4. Prowadzona jest stała współpraca ze szpitalami w zakresie wdrażania programów kontroli zakażeń szpitalnych i racjonalnej antybiotykoterapii. W ramach współpracy prowadzone są warsztaty na terenie szpitali, w których do tej pory udział wzięło blisko 100 szpitali.

Na realizację Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków w 2016 r. została dedykowana kwota w wysokości 1 500 000 zł, w tym:

- na działalność edukacyjną zaplanowano 564 000 zł,
- na monitorowanie zużycia antybiotyków zaplanowano 30 000 zł,
- na monitorowanie zakażeń wywołanych przez drobnoustroje lekooporne i pozaszpitalne zakażenia inwazyjne zaplanowano kwotę 790 400 zł,
- na upowszechnianie wyników i współpracę krajową i międzynarodową zaplanowano 115 600 zł.

W kolejnych latach na realizację programu planowane są środki w wysokości: 2017 r. – 2100000 zł, 2018 r. – 2200000 zł, 2019 r. – 2300000 zł, a w roku 2020 - 2150000 zł.

Ponadto informuję, że standardy akredytacyjne wydane na podstawie art. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o akredytacji w ochronie zdrowia* (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418, z późn. zm.) określają wymagania w zakresie monitorowania i kontroli zakażeń. W przypadku szpitali, w zakresie prowadzenia działań redukujących ryzyko zakażeń oceniane jest między innymi: efektywne mycie i dezynfekcja rąk, sposób dekontaminacji pomieszczeń szpitalnych i sprzętu użytkowego, sposób dezynfekcji i sterylizacji sprzętu medycznego, zastosowanie środków ochrony osobistej, prowadzenie szczepień personelu i szkoleń, wdrożenie programu monitorowania zakażeń oraz analizy szczepów wieloopornych.

Wymagania te określają przepisy:

1. obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. *w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali* (Dz. Urz. Min. Zdrow. Nr 2, poz. 24),

2. obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. *w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podmiotów leczniczych wykonujących inwazyjne procedury zabiegowe i operacyjne* (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 67).

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU

Jarosław Pinkas