



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA – 4101-024-01/2014
P/14/076

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/076 – Realizacja Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w latach 2012-2013.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach.
Kontrolerzy	1. Mariusz Podolski, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 90700 z dnia 1 sierpnia 2014 r. 2. Beata Pękuł, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 91666 z dnia 20 sierpnia 2014 r. [Dowód: akta kontroli str. 1-4]
Jednostka kontrolowana	Krajowe Centrum ds. AIDS w Warszawie (zwane dalej <i>Krajowym Centrum</i>), ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Anna Marzec-Bogusławska, Dyrektor Krajowego Centrum (zwana dalej <i>Dyrektorem Centrum</i>). [Dowód: akta kontroli str. 5]

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie¹, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działania Krajowego Centrum ds. AIDS w zakresie opracowania i realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS² w latach 2012-2013.

Uzasadnienie oceny ogólnej

NIK pozytywnie ocenia działania Krajowego Centrum w zakresie opracowania Krajowego Programu na lata 2012-2016 oraz koordynację działań w jego ramach w latach 2012-2013. Terminowo przedłożono Ministrowi Zdrowia do zaakceptowania projekt Harmonogramu realizacji Krajowego Programu na lata 2012-2016, przewidujący wykonanie zadań zgodnych z celami wskazanymi w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS³, a Dyrektor Centrum dysponował pełnomocnictwami Ministra Zdrowia do realizacji zadań objętych Krajowym Programem.

Na pozytywną ocenę zasługuje także zakres zadań przyjętych przez Krajowe Centrum do realizacji dla całości Krajowego Programu w latach 2012-2013, a także sposób realizacji zadań wykonanych przez Krajowe Centrum w ww. okresie w ramach obszarów: I (zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa), IV (współpraca międzynarodowa) oraz V (monitoring) Krajowego Programu.

Wszystkie zadania każdego z pięciu obszarów Krajowego Programu były przypisane do konkretnego celu ogólnego i szczegółowego, dla działań wskazywano

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

² Zwany dalej *Krajowym Programem*.

³ Dz. U. z 2011 r. Nr 44, poz. 227, zwane dalej *rozporządzeniem w sprawie Krajowego Programu*.

każdorazowo grupę docelową oraz wskaźniki realizacji. Zlecenie przez Krajowe Centrum zadań innym jednostkom dokonywane było w drodze konkursu lub w trybie zamówień publicznych, a zawarte w ich wyniku umowy rozliczano rzetelnie. Na potrzeby realizacji programu zdrowotnego Ministra Zdrowia pn. *Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2012-2016*⁴ – będącego najkosztowniejszym zadaniem ujętym w Krajowym Programie – wdrożono Internetową Bazę Leków, umożliwiającą bieżący nadzór nad każdym etapem dystrybucji leków antyretrowirusowych (ARV) – od zawarcia umowy z dystrybutorem leków, poprzez ich magazynowanie i dystrybucję, aż do przepisania konkretnemu pacjentowi. Przyjęte i realizowane przez Krajowe Centrum procedury monitoringu realizacji Krajowego Programu umożliwiały bieżący wgląd i ocenę stanu realizacji poszczególnych zadań.

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości wystąpiły w zakresie wylaniania podmiotów prowadzących Punkty konsultacyjno-diagnostyczne⁵ (nie przestrzegano niektórych postanowień wewnętrznych uregulowań obowiązujących w Krajowym Centrum) oraz wylaniania dostawców leków ARV (w ramach jednego z postępowań naruszono przepisy art. 45 w związku z art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych⁶ i § 2 ust. 1 pkt 3-6 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2009 r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy, oraz form, w jakich te dokumenty mogą być składane⁷. W ramach jednego postępowania naruszono przepis art. 51 ust. 1 Prawa zamówień publicznych).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Opracowanie Krajowego Programu na lata 2012-2016 i koordynacja działań w jego ramach

1.1. Struktura zatrudnienia, kwalifikacje i wydatki na wynagrodzenia pracowników zatrudnionych w Krajowym Centrum

Opis stanu
faktycznego

W latach 2012-2013 Krajowe Centrum zatrudniało odpowiednio 53-48 pracowników, z czego na podstawie umowy o pracę 32-30 (60-52%), a na podstawie umowy-zlecenia 21-18 (40-48%). Większość pracowników zatrudnionych w ww. okresie w Krajowym Centrum, posiadała wykształcenie wyższe (83-85%), przy czym w grupie zatrudnionych na podstawie umowy o pracę odsetek ten wynosił 81-83%, a w grupie zatrudnionych na podstawie umowy-zlecenia 86-89%.

Zmniejszeniu o 1,8% uległy w ww. okresie łączne wydatki na wynagrodzenia pracowników Krajowego Centrum (z 1.542 tys. zł w 2012 r. do 1.514 tys. zł w 2013 r.), przy czym w grupie osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę nastąpiło zmniejszenie wydatków o 2,3%, a w grupie osób zatrudnionych na podstawie umowy-zlecenia nastąpił wzrost wydatków o 6,9% (udział wynagrodzeń tej grupy w całości wydatków na wynagrodzenia wynosił 4,7% w 2012 r. oraz 5,2% w 2013 r.).

[Dowód: akta kontroli str. 6-8]

⁴ Zwany dalej *Programem ARV*

⁵ Zwane dalej *PKD*.

⁶ Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm., zwaną dalej *Prawem zamówień publicznych*.

⁷ Dz. U. Nr 226, poz. 1817, zwane dalej rozporządzeniem w sprawie dokumentów z 2009 r.

Dyrektor Centrum wyjaśniła, że zmniejszanie się wydatków na wynagrodzenia pracowników Krajowego Centrum ma miejsce (...) *od wielu lat, co skutkuje występowaniem (...) zjawiska negatywnej selekcji kadr, prowadzącego do odpływu, z powodu bardzo niskich uposażeń, osób o najlepszych kwalifikacjach zawodowych, ze znajomością języków obcych. W latach 2005-2013, odeszło z Centrum 31 osób, jako główny powód podając niskie zarobki.* Opisanej sytuacji nie zmieniają corocznie przedkładane Ministrowi Zdrowia przez Krajowe Centrum plany budżetowe, w których (...) *wnioskuje o zwiększenie średniej etatowej, co najmniej do poziomu zbliżonego do innych jednostek o podobnym charakterze, a także o przyznanie dodatkowych etatów.*

[Dowód: akta kontroli str. 9-11]

1.2. Opracowanie i zatwierdzenie Krajowego Programu na lata 2012-2016

Opis stanu
faktycznego

W § 1 rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Krajowego Programu wskazano pięć następujących obszarów, w których Krajowy Program winien być realizowany:

- I zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa,
- II zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych,
- III wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS,
- IV współpraca międzynarodowa,
- V monitoring,

a w załączniku do rozporządzenia dla każdego z ww. obszarów wskazano cele ogólne i szczegółowe.

W § 4 ust. 5 rozporządzenia w sprawie Krajowego Programu nałożono na Krajowe Centrum obowiązek opracowania Harmonogramu realizacji Krajowego Programu na pięć lat i przedłożenia go Ministrowi Zdrowia w terminie do 30 czerwca roku poprzedzającego rozpoczęcie działań (tj. 30 czerwca 2011 r.). Minister Zdrowia zobowiązany był do przedłożenia Harmonogramu Radzie Ministrów do zatwierdzenia (§ 4 ust. 6 przedmiotowego rozporządzenia). Przywołane rozporządzenie nie precyzuje terminu wykonania powyższego obowiązku przez Ministra Zdrowia, tym niemniej procedura uzgadniania i zatwierdzania Harmonogramu na lata 2012-2016 winna uwzględniać datę 15 października 2011 r., do której podmioty obowiązane do realizacji Krajowego Programu winny przekazać Krajowemu Centrum harmonogramy roczne (§ 6 ust. 1 ww. rozporządzenia).

Opracowany przez Krajowe Centrum projekt Harmonogramu realizacji Krajowego Programu na lata 2012-2016, wpłynął do Ministra Zdrowia 10 maja 2011 r. (51 dni przed terminem wskazanym w § 4 ust. 5 rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Krajowego Programu). Uzgodnienia wewnątrzresortowe dotyczące ww. projektu trwały do 7 grudnia 2011 r. (7 miesięcy), uzgodnienia międzyresortowe trwały do 22 lutego 2012 r. (2,5 miesiąca), Komitet Rady Ministrów zaakceptował projekt 8 marca 2012 r. (po 14 dniach), a Rada Ministrów zatwierdziła Harmonogram 3 kwietnia 2012 r. (po 26 dniach).

[Dowód: akta kontroli str. 67-153]

Minister Zdrowia wyjaśnił, że powodem wstrzymania procesu uzgodnień wewnętrznych projektu Harmonogramu na lata 2012-2016 był (...) *brak możliwości zabezpieczenia w budżecie Ministra Zdrowia środków finansowych na działania profilaktyczne oraz leczenie antyretrowirusowe zaplanowane w dokumencie.*

(...) Po kolejnych analizach przeprowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia i Krajowe Centrum ds. AIDS, poprawiony projekt Harmonogramu został dnia 12 grudnia 2011 r. przekazany do uzgodnień zewnętrznych. Należy zauważyć, że w toku tych uzgodnień kolejne uwagi mające znaczenie dla przebiegu prac nad dokumentem zgłaszał m.in. Minister Finansów. Minister Zdrowia przekazał projekt Harmonogramu pod obrady Komitetu Rady Ministrów w dniu 24 lutego 2012 r.

[Dowód: akta kontroli str. 154-156]

W ocenie Dyrektora Krajowego Centrum, opisane powyżej przedłużenie procedury zatwierdzania Harmonogramu na lata 2012-2016 wywołało jedynie (...) *konsekwencje formalne w postaci niedotrzymania terminów określonych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. (...) obowiązujących* podmioty uczestniczące w realizacji Krajowego Programu w zakresie opracowania harmonogramów rocznych na 2012 r. Pomimo tego udało się zachować ciągłość realizacji zadań z zakresu HIV/AIDS, w szczególności przez punkty konsultacyjno-diagnostyczne, w których wykonywane są testy w kierunku HIV połączone z bezpłatnym i anonimowym poradnictwem przed i po wykonaniu testu oraz pracę telefonu zaufania AIDS.

[Dowód: akta kontroli str. 157-163]

W Harmonogramie realizacji Krajowego Programu na lata 2012-2016 przyjęto dla każdego z pięciu obszarów i wszystkich celów (ogólnych i szczegółowych) wskazanych w §1 i §2 rozporządzenia w sprawie Krajowego Programu: zadania, grupy docelowe, wskaźniki wykonania, podmioty realizujące, rok realizacji.

[Dowód: akta kontroli str. 97-127]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że dla oceny poziomu uzyskanych efektów w każdym z pięciu obszarów ujętych w Harmonogramie realizacji Krajowego Programu na lata 2012-2016 przyjęto wyłącznie wskaźniki ilościowe⁸. Tymczasem w obszarze I Krajowego Programu ustalono cel 1a w brzmieniu *Wzrost wiedzy na temat HIV/AIDS u ogółu społeczeństwa oraz zmiany postaw, ze szczególnym uwzględnieniem odpowiedzialności za własne zdrowie*, dla którego przyjęte wskaźniki ilościowe (liczba kampanii, liczba podmiotów realizujących zadanie, liczba programów/inicjatyw, liczba odbiorców) nie umożliwiają rzetelnego ustalenia czy i jak zmienił się poziom wiedzy społeczeństwa na temat HIV/AIDS lub stan poszczególnych komponentów postaw społeczeństwa wobec tego zjawiska i osób zakażonych/chorych. Umożliwić może to wyłącznie pomiar jakościowy z wykorzystaniem wystandaryzowanych metod. Podobnie sytuacja występuje w przypadku wskaźników ustalonych dla celu 1a (*Wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS w celu zmniejszenia poziomu zachowań ryzykownych*) obszaru II oraz celów 1a (*Poprawa jakości życia i funkcjonowania osób żyjących z HIV/AIDS, ich bliskich i rodzin*) i 1b (*Zwiększenie poziomu akceptacji społecznej wobec osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich*) obszaru III.

[Dowód: akta kontroli str. 97-127]

Dyrektor Krajowego Centrum wyjaśniła, że środowiska uczestniczące w tworzeniu Harmonogramu realizacji Krajowego Programu na lata 2012-2016 zdawały sobie sprawę z ograniczeń finansowych w zakresie działań profilaktycznych, dlatego eksperci starają się konstruować takie wskaźniki, które pozwolą na ocenę działań i będą jednocześnie dostosowane do realiów. Stwierdziła także, że (...) *Aby ocenić realizację działań na podstawie wskaźników jakościowych, konieczne stałoby się*

⁸ Dla obszaru I było to łącznie 86 wskaźników w 2012 r. i 80 wskaźników w 2013 r., dla obszaru II odpowiednio 47 i 42 wskaźniki, dla obszaru III 27 i 22 wskaźniki, dla obszaru IV 2 i 5 wskaźników, a dla obszaru V 16 i 16.

przeprowadzenie badań w tym zakresie. Przy poziomie budżetu, którym dysponuje Centrum, praktycznie nie jest możliwe coroczne finansowanie analiz i tym samym badanie wskaźników jakościowych mówiących o skuteczności realizacji Krajowego programu. Przykładem może być bieżący rok, kiedy w pierwszym postępowaniu na „Badanie społeczne dotyczące HIV/AIDS i zakażeń przenoszonych drogą płciową” nie wpłynęła żadna oferta, w drugim postępowaniu przetargowym Zamawiający otrzymał tylko jedną ofertę. Szacunkowy koszt badania dwu lub trzykrotnie przekracza możliwości finansowe naszej jednostki. Mimo trudnej sytuacji finansowej Krajowe Centrum ds. AIDS dysponuje wskaźnikami jakościowymi mówiącymi o realizacji wybranych zadań”. Dotyczyły one:

- trendów zmian zachowań klientów PKD (analiza porównawcza zlecona przez Krajowe Centrum w 2014 r.),
- oceny poszczególnych PKD dokonywanej przez ich klientów⁹,
- oceny stanu wiedzy uczestników szkoleń z zakresu HIV/AIDS¹⁰,
- badania efektywności wybranych kampanii społecznych/medialnych (np. w 2012 r. badanie zrealizowane przez TNS OBOP w zakresie skuteczności dotarcia przekazu oraz efektywności kampanii *Zrób test na HIV*).

Dyrektor Krajowego Centrum wyjaśniła ponadto, że prowadzenie badań społecznych oraz realizowanie wskaźników jakościowych (...) *wpływa znacząco na wzrost finansowania zadań z zakresu HIV/AIDS*, a Krajowe Centrum nie uzyskało zgody Ministra Zdrowia na uwzględnienie dodatkowych środków na działania profilaktyczne (także w ramach współpracy międzynarodowej¹¹) w projekcie wydatków na zadania Krajowego Programu w latach 2012-2016.

[Dowód: akta kontroli str. 159-163]

1.3. Uwzględnienie w Krajowym Programie rekomendacji z ewaluacji Krajowego Programu na lata 2007-2011

Opis stanu faktycznego

W raporcie ewaluacyjnym edycji Krajowego Programu na lata 2007-2011 sformułowano 18 rekomendacji dotyczących działań na lata następne, z których 15 zostało uwzględnionych w przyjętym przez Radę Ministrów 3 kwietnia 2012 r. Harmonogramie realizacji Krajowego Programu na lata 2012-2016. Trzy nieuwzględnione rekomendacje dotyczyły:

- zwiększenia liczby i zakresu badań społecznych, w tym badań jakościowych,
- zwiększenia komplementarności i porównywalności badań społecznych z zakresu problematyki HIV/AIDS poprzez określenie spójnego standardu badawczego i wprowadzenie rozwiązań systemowych w tym zakresie,
- zwiększenia puli środków za zadania z zakresu poprawy jakości życia i funkcjonowania osób zakażonych HIV/chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich.

Powodem ich nieuwzględnienia był brak środków finansowych (tak Ministerstwo Zdrowia tłumaczyło brak zgody na postulowany przez Krajowe Centrum - na etapie

⁹ Wyniki ankiet dostępnych na stronie internetowej Krajowego Centrum.

¹⁰ Jw.

¹¹ Projekt *Join Action Improvement of HIV prevention in Europe* nakierowany na podniesienie jakości programów profilaktycznych dotyczących HIV w Europie dzięki włączeniu do ich struktury oceny jakości oraz poprawy jakości na poziomie państw członkowskich.

uzgadniania Harmonogramu na lata 2012-2016 - wzrost wydatków na zadania z zakresu szeroko rozumianej profilaktyki¹²).

[Dowód: akta kontroli str. 16-23, 134-153]

1.4. Powołanie i funkcjonowanie wojewódzkich Zespołów ds. realizacji Krajowego Programu¹³

Opis stanu faktycznego

Dnia 18 listopada 2011 r. Ministerstwo Zdrowia, realizując prośbę Krajowego Centrum w tej sprawie, zwróciło się do wszystkich urzędów wojewódzkich i marszałkowskich z przypomnieniem dotyczącym powołania wojewódzkich zespołów ds. realizacji Krajowego Programu na lata 2012-2016¹⁴. Wg stanu na dzień 1 stycznia 2012 r. zespoły zostały powołane w 14 województwach, na dzień 31 grudnia 2013 r. w 15 województwach, a zespół w ostatnim województwie (łódzkim) został powołany w 27 sierpnia 2014 r. Krajowe Centrum wspierało proces powoływania wszystkich zespołów¹⁵.

[Dowód: akta kontroli str. 24-60]

Uwagi dotyczące badanej działalności

Zgodnie z § 9 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Krajowego Programu, wojewódzkie Zespoły ds. AIDS powoływane są przez podmioty obowiązane do realizacji Krajowego Programu oraz podmioty, które prowadzą działalność umożliwiającą podejmowanie zadań wynikających z Harmonogramu realizacji Krajowego Programu lub prowadzenia akcji wspierających jego realizację. W zapytaniu skierowanym do Ministra Zdrowia, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹⁶, NIK podniósł, że zgodnie z treścią przywołanego przepisu na terenie jednego województwa mogłoby zostać powołanych wiele niezależnych od siebie wojewódzkich Zespołów ds. AIDS, nie wskazuje on bowiem podmiotu odpowiedzialnego za inicjatywę w tym zakresie. Minister Zdrowia wyjaśnił, że (...) *nie rozważa obecnie zmian w zakresie treści § 9 ww. rozporządzenia*, gdyż w jego ocenie (...) *na terenie żadnego z województw nie funkcjonują równocześnie identyczne struktury przy różnych podmiotach zobowiązanych do realizacji Programu na terenie województwa, które powielalyby swoje działania, a ograniczenie dotyczące podmiotów mogących powoływać wojewódzkie Zespoły oraz organizować ich prace (...) mogłoby mieć istotny negatywny wpływ na poziom merytoryczny działań prowadzonych w województwach w ramach realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS*.

W ocenie NIK – uwzględniając zadania Krajowego Centrum w zakresie podejmowania inicjatyw legislacyjnych dotyczących zagadnień HIV/AIDS¹⁷ – uzasadnione jest zaproponowanie przez Krajowe Centrum jednolitych zasad powoływania i funkcjonowania wojewódzkich Zespołów ds. AIDS.

[Dowód: akta kontroli str. 130, 155-156, 931]

¹² Korespondencję w tym zakresie pomiędzy Ministerstwem Zdrowia i Krajowym Centrum opisano w punkcie 1.2. niniejszego wystąpienia.

¹³ Zwane dalej *Zespołami ds. AIDS*.

¹⁴ Powołanie ww. zespołów przewiduje przepis § 9 ust. 1 rozporządzenia w sprawie Krajowego Programu.

¹⁵ Prowadzono korespondencję z odpowiedzialnymi urzędami administracji rządowej i samorządowej, a Krajowe Centrum posiadało wiedzę o składzie zespołów powołanych w poszczególnych województwach i podmiotach odpowiedzialnych za ich obsługę techniczną/administracyjną.

¹⁶ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm., zwana dalej *ustawą o NIK*.

¹⁷ Inicjatywy legislacyjne w zakresie HIV/AIDS są jednym z zadań Krajowego Centrum w ramach obszaru I Krajowego Programu.

1.5. Współpraca Krajowego Centrum z wojewódzkimi Zespołami ds. realizacji Krajowego Programu

Opis stanu faktycznego

Krajowe Centrum organizowało corocznie 1 - 2 spotkania przedstawicieli wojewódzkich Zespołów ds. AIDS mające na celu¹⁸:

- nawiązanie współpracy pomiędzy osobami i instytucjami zajmującymi się problematyką HIV/AIDS oraz ustalenie zasad tej współpracy,
- omówienie zagadnień związanych z problematyką HIV/AIDS (np. dane epidemiologiczne, formy działalności, zasady finansowania programów profilaktycznych itp.),
- prezentowanie dorobku realizatorów Krajowego Programu w poszczególnych województwach, w tym wymiana „dobrych praktyk”,
- wypracowanie rekomendacji dotyczących funkcjonowania Zespołów ds. AIDS.

[Dowód: akta kontroli str. 30-40]

Dyrektor Centrum oceniła pozytywnie powołanie i funkcjonowanie wojewódzkich Zespołów ds. AIDS oraz stwierdziła, że cieszą się one prestiżem w środowisku lokalnym, a udział w ich pracach przedstawicieli instytucji ważnych z punktu widzenia problemu HIV/AIDS daje duże możliwości organizacyjne/instytucjonalne, które mogą być wykorzystane do przeprowadzania diagnozy potrzeb w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV i zachorowaniom na AIDS. Według Dyrektora Centrum, powołanie Zespołów ds. AIDS przyczyniło się do konsolidacji inicjatyw w zakresie HIV/AIDS na terenie poszczególnych województw, a za największą przeszkodę w prawidłowym ich funkcjonowaniu uznała brak wystarczających środków finansowych.

[Dowód: akta kontroli str. 9, 12-13]

1.6. Upoważnienie kierownictwa Krajowego Centrum do realizacji Krajowego Programu w zakresie zlecania zadań finansowanych w formie dotacji

Opis stanu faktycznego

W latach 2012-2013 Dyrektor Centrum posiadał stosowne upoważnienia do realizacji zadań Krajowego Programu, udzielone przez Ministra Zdrowia odrębnie dla zakresu zapobiegania i zwalczania HIV i AIDS poprzez udzielanie dotacji¹⁹ oraz dla realizacji Programu ARV²⁰.

[Dowód: akta kontroli str. 61-62]

1.7. Finansowanie przez Krajowe Centrum realizacji Krajowego Programu w latach 2012-2013 z uwzględnieniem danych z poprzedniej edycji Krajowego Programu na lata 2007-2011

Opis stanu faktycznego

Na przestrzeni lat 2007-2013 kwota wydatków przeznaczanych na finansowanie Krajowego Programu wzrosła niemal trzykrotnie (z 99.012 tys. zł w 2007 r. do 283.141 tys. zł w 2013 r.), przy czym – poza 2009 r. kiedy doszło do zmniejszenia kwoty wydatków w porównaniu do roku poprzedniego o 10,2% - wydatki te corocznie wzrastały od 5,5% (w 2013 r.) do nawet 64,9% (w 2008 r.).

[Dowód: akta kontroli str. 63]

¹⁸ Spotkania odbyły się w dniach 12 kwietnia 2012 r., 3 października 2012 r., 2 października 2013 r., 27-28 maja 2014 r., a przedstawiciele zespołów prezentowali swoje inicjatywy regionalne w trakcie XX Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie” w dniach 2-3 grudnia 2013 r.

¹⁹ Pełnomocnictwo Ministra Zdrowia nr MZ-BGP-013-7219-2/KSZ/11 z dnia 6 kwietnia 2011 r., ważne do chwili zaprzestania pełnienia funkcji Dyrektora Centrum.

²⁰ Pełnomocnictwo Ministra Zdrowia nr MZ-BGP-013-8235-1/KSZ/12 z dnia 6 lutego 2012 r., ważne do chwili zaprzestania pełnienia funkcji Dyrektora Centrum.

Badania przeprowadzone na zlecenie Krajowego Centrum w 2004 r. wykazały, że tzw. *współczynnik rentowności* profilaktyki w stosunku do kosztów leczenia wynosi 2,62, tj. jedna złotówka wydana na profilaktykę pozwala na zaoszczędzenie 2,62 zł w wydatkach na leczenie. Tymczasem, w latach 2007-2013 udział wydatków na profilaktykę w łącznej kwocie wydatków na finansowanie Krajowego Programu corocznie zmniejszał się i wynosił od 3,5% w 2007 r. do 0,9% w 2013 r.

[Dowód: akta kontroli str. 63-66]

Dyrektor Centrum wyjaśniła, że *Krajowe Centrum ds. AIDS od kilku lat sygnalizuje problem niedostatecznego finansowania profilaktyki w zakresie HIV/AIDS. (...) Dysproporcje pomiędzy budżetem na realizację Programu leczenia ARV, a nakładami na profilaktykę pogłębiają się głównie z racji szybkiego wzrostu wysokości środków wydawanych na leczenie ARV w związku z przyrostem liczby pacjentów wymagających terapii ze wskazań życiowych. (...) Niewątpliwie do braku możliwości zwiększenia środków przeznaczonych na profilaktykę przyczynił się kryzys finansowy. W kraju o niskiej prevalencji zakażeń HIV²¹ środki finansowe alokowane są często na rozwiązywanie innych problemów zdrowia publicznego, takich jak choroby niezakaźne czy onkologiczne. Według Dyrektora Centrum, ograniczeniom podlegały szczególnie działania profilaktyczne skierowane do ogółu społeczeństwa oraz wybranych grup społecznych (np. młodzież) i zawodowych, a także programy badań behawioralnych umożliwiających rzetelną diagnozę wiedzy i postaw społecznych wobec HIV/AIDS (ostatnie badania w tym zakresie wykonano w 2005 r., a dla zachowania (...) porównywalności wyników powinno odbywać się co 5 lat).*

[Dowód: akta kontroli str. 9, 13-15]

Najwyższa Izba Kontroli uważa utrzymującą się tendencję corocznego zmniejszania się udziału wydatków na profilaktykę w ogólnej kwocie wydatków na realizację Krajowego Programu w latach 2007-2013 za szczególnie niepokojącą i skutkującą niebezpiecznym marginalizowaniem działań mających na celu zapobieganie zakażeniom i późniejszym zachorowaniom. W ocenie NIK, Krajowe Centrum powinno poszukiwać możliwości odwrócenia opisanego trendu.

1.8. Koszty działalności Krajowego Centrum w latach 2007-2013

W edycji Krajowego Programu na lata 2007-2011, udział kosztów obsługi realizacji Krajowego Programu przez Krajowe Centrum w całości wydatków dotyczących Krajowego Programu uległ zmniejszeniu z 3,5% w 2007 r. do 1,4% w 2011 r. W pierwszych dwóch latach realizacji Krajowego Programu na lata 2012-2016 udział ten uległ dalszemu zmniejszeniu do 1,1% w 2012 r. i 1,0% w 2013 r. Udział wydatków na wynagrodzenia stanowił w edycji na lata 2007-2011 od 40% do 52% ogółu wydatków Krajowego Centrum. W pierwszych dwóch latach edycji 2012-2016 ten udział wynosił 49%. W latach 2007-2011 plan finansowy Krajowego Centrum został wykonywany na poziomie przekraczającym 99%, a w latach 2012-2013 wykonanie wynosiło ok. 99%.

[Dowód: akta kontroli str. 7-8]

²¹ Odsetek dorosłej populacji świata żyjącej z HIV.

1.9. Zatwierdzanie przez Ministra Zdrowia planów rzeczowo-finansowych Krajowego Centrum

Opis stanu
faktycznego

Zatwierdzane przez Ministra Zdrowia plany rzeczowo-finansowe Krajowego Centrum na lata 2012-2013²² zawierały wskazanie: rodzaju finansowanych zadań, kwot przypisanych do poszczególnych zadań oraz planowanego sposobu i trybu wyboru zleceńobiorcy.

Dowód: akta kontroli str. 164-169]

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Krajowego Centrum w zakresie opracowania Krajowego Programu na lata 2012-2016 i koordynacji działań w jego ramach w latach 2012-2013.

2. Działania Krajowego Centrum w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV (obszary I oraz II Krajowego Programu)

W Harmonogramie realizacji Krajowego Programu w ramach zapobiegania zakażeniom HIV (dla ogółu społeczeństwa oraz środowisk o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych) przyjęto następujące cele szczegółowe (identyczne dla każdego roku okresu 2012-2016):

- wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS,
- rozwój i wzmocnienie bazy szkoleniowo-edukacyjnej skierowanej do różnych grup społecznych i zawodowych,
- poszerzenie oferty informacyjnej dostosowanej do potrzeb odbiorców,
- usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym i w ciąży,
- poprawa jakości i dostępności diagnostyki zakażeń HIV dla osób narażonych na zakażenia, w tym zwiększenie dostępności do anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV,
- zwiększenie i integracja działań mających na celu zapobieganie HIV i innym chorobom przenoszonym drogą płciową,
- usprawnienie zbierania danych epidemiologicznych o drogach szerzenia się zakażeń HIV i zachowaniach ryzykownych,
- wspieranie działań z zakresu redukcji szkód zdrowotnych,
- dostosowanie aktualnie obowiązującego prawa w zakresie HIV/AIDS do przyjętych przez Polskę zobowiązań wspólnotowych/międzynarodowych,
- podejmowanie inicjatyw legislacyjnych w zakresie prawa dot. HIV/AIDS.

[Dowód: akta kontroli str. 97-127]

2.1. Rodzaje działań podejmowanych przez Krajowe Centrum w latach 2012-2013 w zakresie realizacji celów ogólnych Krajowego Programu w obszarach I-II

Opis stanu
faktycznego

W latach 2012-2013 Krajowe Centrum podejmowało w ramach realizacji zadań Krajowego Programu w obszarach I-II następujące rodzaje działań:

²² Plan rzeczowo-finansowy na 2012 r. został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia dnia 14 listopada 2011 r., a plan na 2013 r. został zatwierdzony dnia 21 listopada 2012 r.

- w ramach działania w zakresie ograniczenia rozprzestrzeniania się zakażeń HIV: zorganizowano i przeprowadzono m.in. trzy kampanie²³ skierowane do ogółu społeczeństwa i środowisk medycznych na łączną kwotę dotacji 876,8 tys. zł; przeprowadzono dziewięć programów/inicjatyw²⁴ mających na celu podniesienie poziomu akceptacji społecznej wobec osób żyjących z HIV/AIDS na łączną kwotę 35,9 tys. zł; zorganizowano i przeprowadzono 12 szkoleń (z zakresu: profilaktyki i zwiększenia wiedzy o HIV/AIDS, certyfikacji na doradców pracujących w PKD, dla pracowników medycznych) za łączną kwotę 223,4 tys. zł; opracowano, wydrukowano i rozdysponowano materiały informacyjne²⁵ o łącznej wartości 327,6 tys. zł; wyłoniono w drodze konkursów podmioty na prowadzenie PKD, którym przekazano dotację w kwocie łącznej 3.234,8 tys. zł.
- w ramach zapewnienia odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS zapewniono dostęp do informacji m.in. poprzez stronę internetową Krajowego Centrum, telefon zaufania HIV/AIDS i portal edukacyjny dla pacjentów.

[Dowód: akta kontroli str. 170-212]

Badaniem objęto następujące zadania zrealizowane w ramach obszarów I-II:

Kampania „Fair Play”, którą przeprowadzono w okresie od 22 maja do 2 lipca 2012 r. w związku ze współorganizacją przez Polskę turnieju finałowego 14 Mistrzostw Europy w piłce nożnej. W Kampanii wykorzystano, takie narzędzia jak: spot telewizyjny²⁶, spot radiowy²⁷, materiały informacyjne rozpowszechniane w prasie²⁸ i w Internecie²⁹, billboardy³⁰, materiały drukowane, takie jak: pakiety edukacyjne³¹, ulotki³², flagi i chorągiewki kampanijne³³ oraz koszulki typu T-shirt³⁴, torby reklamowe³⁵, teczki tekturowe i płyty CD³⁶ oraz piłki antystresowe³⁷ – dystrybuowane w sąsiedztwie stadionów, „stref kibica” i „stref turystycznych”.

Wykonawca usługi zorganizowania i przeprowadzenia kampanii społecznej z zakresu profilaktyki HIV został wybrany w wyniku postępowania przeprowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego, zgodnie z przepisami Prawa zamówień publicznych. Wartość zamówienia określono na 450,0 tys. zł (brutto) i taką kwotę wykorzystano i rozliczono.

[Dowód: akta kontroli str. 213-279]

Program profilaktyczny „Już wiem, nie ryzykuję” - realizator zadania został wyłoniony w wyniku otwartego konkursu ofert przeprowadzonego zgodnie

²³ Kampanie: *Fair play, Zrób test na HIV, Znam rekomendacje PTN AIDS. Zalecam test na HIV.*

²⁴ Zorganizowano obchody Dnia Pamięci o Zmarłych na AIDS (projekt *Patchwork 4, Memorial AIDS Day 2012*, akcja *Bezpieczna Jazda*) oraz obchody Światowego Dnia AIDS (konferencja prasowa, konferencja *Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie*, *Czerwona kokardka*).

²⁵ *Zapobieganie HIV/AIDS i chorobom przenoszonym drogą płciową, Co musisz wiedzieć o HIV i AIDS, bez względu na to gdzie mieszkasz czy pracujesz czy pracujesz.*

²⁶ Spot TV/kinowy – dziewięć publikacji telewizyjnych emitowany na antenie Superstacji, 4FUN TV, Rebel TV, TV Disco, WTK, TeDe, RTV Lubuska, TV Medica, TV 4 oraz spoty wyświetlane w kinach: Kinotece, Kinie Femina i Kinie Muranów.

²⁷ Spot radiowy – 11 spotów emitowany przez RMF Maxx Trójmiasto, Roxy Poznań, Roxy Kraków, Roxy Katowice, Czwórkę Polskie Radio, Trójkę Polskie Radio, Radio Eska, Radio Zachód, Polskie Radio dla zagranicy, Radio Akadera, Radio Lublin.

²⁸ 10 reklam prasowych zamieszczonych w tytułach: *Przegląd sportowy*, *Metro Warszawa*, *Gdańsk*, *Poznań*, *Wrocław*, *Tylko Piłka*, *Rzeczpospolita*, *Men's Health*, *Tygodnik kibica*, *Magazyn Futbol*.

²⁹ 20 publikacji w Internecie.

³⁰ Reklama billboardowa w czterech Miastach Gospodarzach: Gdańsku, Poznaniu, Warszawie, Wrocławiu.

³¹ Produkcja w nakładzie 148.020 szt.

³² Projekt oraz produkcja w nakładzie 59.650 szt.

³³ Flagi w nakładzie 30 szt., chorągiewki w nakładzie 32.200 szt.

³⁴ Produkcja w nakładzie 5.596 szt.

³⁵ Produkcja w nakładzie 3.798 szt.

³⁶ Teczki w nakładzie 500 szt. oraz CD w nakładzie 350 szt.

³⁷ W nakładzie 8.875 szt.

z postanowieniami *Procedury wyboru w roku 2012 realizatorów programów profilaktycznych w ramach projektu Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV na lata 2012-2016*³⁸. W ramach realizacji programu, w grudniu 2012 r. przeprowadzono zajęcia z młodzieżą w formie warsztatów w zakresie *Profilaktyka uzależnień i Profilaktyka HIV/AIDS* i z nauczycielami oraz rodzicami, którymi objęto 122 osoby³⁹. Z przyznanej dotacji w kwocie 5,5 tys. zł wykorzystano 5,02 tys. zł. Zwrotu niewykorzystanej dotacji w kwocie 480 zł dokonano 31 grudnia 2012 r.

[Dowód: akta kontroli str. 280-319]

Szkolenie *Chcę wiedzieć* - realizator zadania został wyłoniony w wyniku otwartego konkursu ofert przeprowadzonego zgodnie z postanowieniami *Procedury wyboru*. Szkoleniem (12 godz. warsztatów i 16 godz. wykładów) objęto 27 pracowników służb społecznych. Dotację wykorzystano i rozliczono w kwocie przyznanej, tj. 6,0 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 306-312, 320-340]

Szkolenie dla osób ubiegających się o prolongatę certyfikatu konsultanta HIV/AIDS upoważniającego do prowadzenia poradnictwa informacyjnego w telefonie zaufania, poradniach, punktach konsultacyjnych itp. - wykonawca zadania został wyłoniony w wyniku otwartego konkursu ofert przeprowadzonego zgodnie z postanowieniami *Procedury wyboru*. Szkoleniem, zrealizowanym w dniach 15–17 listopada 2013 r. objęto 10 osób, z których pięć uzyskało prolongatę certyfikatu konsultanta poradnictwa informacyjnego i pięć zostało certyfikowanymi konsultantami. Z pierwotnej kwoty dotacji w wysokości 10 000 zł wykorzystano i rozliczono 7,0 tys. zł. Niewykorzystaną kwotę 3,0 tys. zł zwrócono w dniu 7 listopada 2013 r.

[Dowód: akta kontroli str. 341-369]

2.2. Realizacja w latach 2012-2013 zadań związanych z działalnością PKD

Opis stanu
faktycznego

W 2012 r. Krajowe Centrum zawarło 31 umów, przedmiotem których w 23 przypadkach było prowadzenie 23 PKD wykonujących anonimowe i bezpłatne testy w kierunku HIV połączone z poradnictwem okołotestowym, a w przypadku 8 PKD finansowanych ze środków samorządowych, przedmiotem umowy była promocja PKD oraz ich zaopatrzenie w testy przesiewowe wykrywające zakażenie HIV oraz testy potwierdzenia. Realizatorzy tych zadań wyłonieni zostali w drodze otwartego konkursu ofert, zgodnie z ustawą z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie⁴⁰. Po zawarciu w 2013 r. dodatkowej umowy liczba funkcjonujących PKD zwiększyła się do 32. W 2012 r. badania w kierunku HIV w PKD wykonało 30 085 osób – zakażenie wykryto u 359 osób. Dodatkowo przyjętych zostało 1.007 osób, które z różnych powodów nie zostały skierowane na test. W roku 2013 statystyki te przedstawiały się odpowiednio: 32.206 osób, 381 oraz 965 osób.

[Dowód: akta kontroli str. 170-204]

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W trakcie postępowania konkursowego 01/2012 na prowadzenie PKD (ogłoszenie o konkursie), zmieniono warunki udziału wymagane od oferentów, w stosunku do wymogów wynikających z *Procedury wyboru*.

³⁸ Zwanej dalej *Procedurą wyboru*.

³⁹ 106 uczniów, czterech rodziców 12 nauczycieli.

⁴⁰ Dz. U. z 2014 r., poz. 1118 ze zm.

Według Procedury wyboru, dla prowadzenia PKD wymagane było posiadanie co najmniej dwóch pomieszczeń z poczekalnią, powstałych w oparciu o bazę lokalową istniejących zakładów opieki zdrowotnej, a zgodnie ze *spisem wymaganych załączników do ofert na rok 2012*, potwierdzeniem spełnienia ww. warunku przez oferentów miała być *umowa przyrzeczenia użyczenia lokalu na PKD lub oświadczenie, że PKD znajduje się w strukturach ZOZ*. Warunek ten uległ zmianie w treści ogłoszenia o otwartym konkursie ofert na prowadzenie PKD (postępowanie 01/2012), według którego potwierdzenie posiadania bazy lokalowej miała stanowić *umowa najmu/użyczenia lokalu*, stanowiąca załącznik do składanej oferty.

[Dowód: akta kontroli str. 370-379]

Dyrektor Centrum wyjaśniła, że zmiana wynikała (...) *z faktu, iż w trakcie prac nad treścią ogłoszenia rozważane oraz brane pod uwagę były propozycje różnych zapisów, natomiast w wersji końcowej przyjęto zasadę: „umowa przyrzeczenia użyczenia lokalu na PKD lub oświadczenie. Jednakże sformułowanie to omyłkowo nie zostało zastosowane, a w treści ogłoszenia nie naniesiono stosownej poprawki, tym samym nie ujednolicając zapisów*. W 2013 r. rozbieżności pomiędzy treścią ogłoszenia, procedurami, a spisem wymaganych załączników zostały usunięte.

[Dowód: akta kontroli str. 454-458, 469]

2. Współpracę w zakresie prowadzenia PKD kontynuowano z pięcioma podmiotami, które nie były zarejestrowane jako podmioty lecznicze (dot. PKD w Szczecinie, Jeleniej Górze, Koszalinie, Rzeszowie i Lublinie) i pomimo zawarcia z Krajowym Centrum w 2012 r. aneksów do umów umożliwiających powierzanie usługi poboru krwi podmiotowi leczniczemu lub laboratorium, nie skorzystały z tej możliwości. Krajowe Centrum nie wyegzekwowało od podmiotów prowadzących ww. PKD dostosowania w tym zakresie.

[Dowód: akta kontroli str. 380, 467]

Dyrektor Centrum wyjaśniła, że umowy na prowadzenie PKD zostały zawarte z podmiotami rekomendowanymi przez Komisję Konkursową w protokole końcowym z postępowania 01/2012, a po wejściu w życie nowej ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej⁴¹ Krajowe Centrum ds. AIDS aneksowało wszystkie umowy na prowadzenie PKD wymagając, aby pomieszczenia PKD spełniały wszelkie wymagania wynikające z przepisów ustawy o działalności leczniczej. Jednocześnie wyraziło zgodę na powierzenie całości lub części usługi specjalistycznej, polegającej na pobraniu materiału biologicznego oraz wykonaniu badań przesiewowych w kierunku zakażenia HIV, odpowiednio podmiotowi leczniczemu lub laboratorium (pracowni diagnostyki laboratoryjnej), pod warunkiem spełniania warunków określonych przepisami prawa dla tych podmiotów. Niewyegzekwowanie wymienionych warunków od ww. pięciu podmiotów prowadzących PKD, wg wyjaśnień Dyrektora Centrum spowodowane było tym, że (...) *między innymi w tych pięciu podmiotach Krajowe Centrum nie przeprowadzało kontroli wizytującej, która mogłaby wykazać nieprawidłowości. Wynika to z braku wystarczającego potencjału personalnego po stronie Krajowego Centrum*. Jednocześnie Dyrektor Centrum stwierdziła: *Od roku bieżącego wprowadziliśmy nowy rodzaj kontroli polegającej na weryfikacji dokumentów przesyłanych do Centrum przez podmioty korzystające z dotacji, w tym także prowadzących PKD*.

⁴¹ Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.

W mojej ocenie pozwoli to na wyeliminowanie w przyszłości opisanych przez NIK uchybień.

[Dowód: akta kontroli str. 469-473]

3. Umowy na prowadzenie PKD zawarto z dwoma podmiotami, które nie spełniły wymogów określonych w dokumentach wewnętrznych Krajowego Centrum (Procedurze wyboru i ogłoszeniu) w zakresie bazy lokalowej wykorzystywanej do prowadzenia działalności (do oferty nie dołączono umowy przyrzeczenia użyczenia lokalu do prowadzenia PKD lub oświadczenia, że PKD znajduje się w strukturze ZOZ, ani też umowy najmu/użyczenia lokalu).

[Dowód: akta kontroli str. 390-394, 483-485]

Dyrektor Centrum wyjaśniła, że Komisja konkursowa oceniająca oferty (...) *przyjęła zapisy dotyczące miejsca realizacji zadania publicznego, jako jednoznacznie wskazujące, iż PKD znajdują się w strukturach podmiotów leczniczych: (...) Kierując się powyższym oraz wieloletnią współpracą i kontrolami (m.in. w 2010 r.) połączonymi z wizytacjami punktów znajdujących się w strukturach ZOZ we Wrocławiu od 2006 roku, a w Łodzi od 2009 roku, Komisja rekomendowała oferty do realizacji.*

[Dowód: akta kontroli str. 474-485]

NIK nie podziela stanowiska zawartego w wyjaśnieniach Dyrektora Centrum, gdyż zgodnie z Procedurą wyboru obowiązującą w Krajowym Centrum, dane podane w treści oferty winny znaleźć potwierdzenie w załączonych dokumentach.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości działania Krajowego Centrum w zakresie realizacji zadań Krajowego Programu dotyczących zapobiegania zakażeniom HIV skierowanych do ogółu społeczeństwa oraz środowisk o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych.

3. Działania Krajowego Centrum w zakresie wsparcia i opieki zdrowotnej dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS (obszar III Krajowego Programu)

W Harmonogramie realizacji Krajowego Programu ustalono następujące cele szczegółowe (identyczne dla każdego roku okresu 2012-2016) do realizacji w zakresie wsparcia i opieki zdrowotnej dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS:

- poprawa jakości życia i funkcjonowania osób żyjących z HIV/AIDS, ich bliskich i rodzin,
- zwiększenie poziomu akceptacji społecznej wobec osób żyjących z HIV/AIDS, ich bliskich i rodzin,
- poprawa istniejącego systemu opieki medycznej nad osobami żyjącymi z HIV/AIDS,
- usprawnienie systemu opieki nad osobami, które uległy ekspozycji na zakażenie HIV,
- usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym, w ciąży i kobiet karmiących piersią,

- usprawnienie systemu opieki nad dziećmi żyjącymi z HIV oraz urodzonymi przez matki żyjące z HIV.

[Dowód: akta kontroli str. 97-127]

3.1. Rodzaje działań podejmowanych przez Krajowe Centrum w latach 2012-2013 w zakresie realizacji celów ogólnych Krajowego Programu w tym obszarze

Opis stanu faktycznego

W latach 2012-2013 Krajowe Centrum podejmowało w ramach realizacji zadań Krajowego Programu w obszarze III następujące rodzaje działań:

- wspomaganie realizacji Krajowego Programu (finansowanie wykładów, szkoleń, wydawnictw itp.),
- wyłonienie dostawców leków ARV oraz realizacja ich zakupu i dystrybucji do placówek prowadzących leczenie pacjentów zakażonych HIV/chorych na AIDS,
- wyłanianie w drodze konkursów lub postępowań o udzielenie zamówienia publicznego realizatorów szkoleń/warsztatów/grup wsparcia/działań środowiskowych/punktów informacyjnych skierowanych do różnych grup docelowych (np. osoby seropoztywne i ich rodziny), leczenia ARV.

[Dowód: akta kontroli str. 170-212]

3.2. Realizacja w latach 2012-2013 wybranych zadań Krajowego Programu

Opis stanu faktycznego

W latach 2012 – 2013 Program ARV realizowany był w szpitalach/placówkach medycznych, na bazie których działały ośrodki referencyjne leczące zakażonych HIV i chorych na AIDS. Realizatorzy⁴² Programu ARV wyłonieni zostali w drodze konkursu, ogłoszonego⁴³ przez Krajowe Centrum w oparciu o upoważnienie udzielone przez Ministra Zdrowia. Programem ARV objęte były osoby zakażone HIV i chore na AIDS, w tym również kobiety w ciąży zakażone HIV oraz noworodki urodzone przez matki zakażone HIV oraz osoby, które wymagają zastosowania leków ARV w ramach postępowania poekspozycyjnego po narażeniu na zakażenie HIV – ekspozycje pozazawodowe wypadkowe. Leczenie ARV było prowadzone również w zakładach penitencjarnych (na podstawie umowy zawartej z Centralnym Zarządem Służby Więziennej), jako kontynuacja leczenia pacjentów przed pobytem w zakładzie penitencjarnym lub nowych pacjentów wymagających włączenia do terapii HAART w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności. Leczenie ARV w ośrodkach penitencjarnych było konsultowane przez specjalistów w dziedzinie HIV/AIDS z ośrodków referencyjnych.

[Dowód: akta kontroli str. 487-578]

Udzielanie przez Krajowe Centrum zamówień publicznych na sprzedaż, magazynowanie i dostawę leków antyretrowirusowych⁴⁴, poprzedzone było weryfikacją zapotrzebowania ośrodków referencyjnych na leki ARV składanych do Krajowego Centrum oraz analizą bieżących stanów magazynowych danego leku i analizą ilości oraz asortymentu leków niezbędnych do zabezpieczenia terapii ARV leczonych pacjentów wg danych uzyskanych z komputerowej bazy monitorującej.

[Dowód: akta kontroli str. 538-554, 579, 596-610, 690-710, 726-749, 761-764]

⁴² 17 szpitali/placówek medycznych realizujących Program ARV w pełnym zakresie, trzy szpitale realizujące Program ARV w zakresie postępowania poekspozycyjnego wypadkowego pozazawodowego oraz Instytut Matki i Dziecka w Warszawie prowadzący badania przesiewowe w kierunku zakażenia HIV u kobiet ciężarnych oraz profilaktykę zakażeń wertykalnych HIV – podawanie leków ARV kobiecie zakażonej HIV i noworodkowi.

⁴³ Na podstawie art. 48 ust. 4 w związku z ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.).

⁴⁴ Zwanych dalej *lekami ARV*

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

1. Wysokości wadium żadanego od oferentów we wszystkich w postępowaniach o udzielanie zamówień publicznych na sprzedaż, magazynowanie i dostawy leków ARV w latach 2012-2013, wyliczano od wartości brutto zamówienia tj. z naruszeniem art. 45 ust. 4, w związku z 32 ust. 1 Prawa zamówień publicznych, zgodnie z którymi podstawą wyliczenia wadium jest wartość netto zamówienia. Łączna kwota zawyżonych w ww. okresie wartości wadium wyniosła 1.688.033,21 zł.

[Dowód: akta kontroli str. 588]

Dyrektor Centrum wyjaśniła, że opisana nieprawidłowość spowodowana była omyłką pracownika.

[Dowód: akta kontroli str. 766]

2. W postępowaniu 270-7/2012 o udzielenie zamówienia publicznego na sprzedaż, magazynowanie i dostawę leków ARV (wartość brutto umowy zawartej na podstawie ww. zamówienia wyniosła 6.269.938 zł) nie wyegzekwowano od oferenta, z którym zawarto umowę, dokumentów wymaganych wówczas zgodnie z § 2 ust.1 pkt 3-6 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie dokumentów z 2009 r.

[Dowód: akta kontroli str. 611-617]

Dyrektor Centrum wyjaśniła, że opisana nieprawidłowość była spowodowana omyłką Zamawiającego.

[Dowód: akta kontroli str. 766]

W ocenie NIK, opisane powyżej dwie nieprawidłowości wynikające z omyłek pracowników Krajowego Centrum świadczą o niewystarczającym nadzorze nad prowadzonymi postępowaniami o udzielanie zamówień publicznych i uzasadniają jego wzmożenie. Szczególnie, że pierwsza z omyłek miała charakter systemowy i dotyczyła każdego z postępowań prowadzonych przez Krajowe Centrum.

3. W ww. postępowaniu, w ogłoszeniu o zamówieniu na dostawy⁴⁵ podano, że zaproszeni do składania ofert będą wykonawcy w liczbie od 1 do 20, co było niezgodne z art. 51 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.

[Dowód: akta kontroli str. 611-640]

Dyrektor Centrum wyjaśniła, że: (...) liczba wykonawców, którzy mieli zostać zaproszeni do składania ofert jest zgodna z przepisami ustawy Pzp, ponieważ minimalna liczba wykonawców (1) wynika z art. 51 ust. 3 ustawy Pzp, a maksymalna (20) określona została zgodnie z art. 51 ust. 1 ustawy Pzp i mieści się w zakresie tam wskazanym. Art. 51 ust. 1 ustawy Pzp określa przedział w jakim powinna zawierać się liczba wykonawców, których zamawiający zaprosi do składania ofert, jaka winna zostać wskazana przez Zamawiającego w ogłoszeniu o zamówieniu (w związku z art. 48 ust. 2 pkt 8 ustawy Pzp). Zamawiający może więc wskazać, że zaprosi do składania ofert 5 wykonawców albo 20 wykonawców, albo każdą inną dowolną liczbę, byleby mieściła się ona w przedziale pomiędzy 5 a 20. Potwierdzeniem, że art. 51 ust. 1 ustawy Pzp nie określa minimalnej liczby wykonawców, jaka zostanie zaproszona do udziału w postępowaniu, jest art. 51 ust. 3 ustawy Pzp, zgodnie z którym jeżeli liczba wykonawców, którzy spełniają

⁴⁵ Sekcja IV.1.2 ogłoszenia nr 134535-PL, które ukazało się w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej (<http://ted.europa.eu>) dnia 27 kwietnia 2012 r. (Dz. U./S- S82). Treść ww. ogłoszenia w sekcji IV.1.2 była tożsama z treścią odpowiedniej sekcji ogłoszenia wysłanego przez Krajowe Centrum do Dziennika Urzędowego Unii Europejskiej dnia 25 kwietnia 2012 r.

warunki udziału w postępowaniu, jest mniejsza, niż określona w ogłoszeniu o zamówieniu, zamawiający zaprasza do składania ofert wszystkich wykonawców spełniających warunki udziału w postępowaniu (...).

[Dowód: akta kontroli str. 766-767]

NIK nie podziela stanowiska przedstawionego przez Dyrektora Centrum, w którym dokonano wykładni przepisu, którego sens językowy jest jasny. Z postanowień art. 51 ust. 1 Prawa zamówień publicznych wynika, że określona w ogłoszeniu liczba wykonawców spełniających warunki udziału w postępowaniu, którzy zostaną zaproszeni do składania ofert, nie może być niższa niż 5 i wyższa niż 20. Przywołany w powyższych wyjaśnieniach przepis art. 51 ust. 3 tejże ustawy ma zastosowanie wyłącznie w przypadkach kiedy liczba ofert spełniających warunki udziału w postępowaniu, złożonych w jego toku będzie niższa niż wskazana przez Zamawiającego w ogłoszeniu.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości działania Krajowego Centrum w zakresie realizacji zadań dotyczących wsparcia i opieki zdrowotnej dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.

4. Działania Krajowego Centrum w zakresie współpracy międzynarodowej (obszar IV Krajowego Programu)

Opis stanu faktycznego

W Harmonogramie realizacji Krajowego Programu ustalono do realizacji w zakresie współpracy międzynarodowej następujące cele szczegółowe (identyczne dla każdego roku okresu 2012-2016):

- poszerzenie współpracy międzynarodowej w zakresie HIV/AIDS,
- aktywizacja udziału Polski w planowaniu, tworzeniu i koordynowaniu polityki międzynarodowej w zakresie HIV/AIDS,
- aktywizacja udziału Polski w pracach instytucji i organizacji międzynarodowych,
- poszerzenie współpracy międzynarodowej na rzecz poprawy jakości życia osób zakażonych HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich.

[Dowód: akta kontroli str. 97-127]

W latach 2012-2013 Krajowe Centrum reprezentowało Polskę w pracach dwóch organizacji międzynarodowych zajmujących się zagadnieniami HIV/AIDS:

- Rada Koordynacyjna Wspólnego Programu Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS UNAIDS – PCB UNAIDS (działalność prowadzi od 1996 r.),
- Partnerstwo Wymiaru Północnego w Dziedzinie Zdrowia i Opieki Społecznej (NDPHS), które prowadzi działalność od 2003 r.,

oraz w roboczej grupie eksperckiej Think Tank działającej przy Komisji Europejskiej.

[Dowód: akta kontroli str. 768-775]

W 2012 r. Krajowe Centrum realizowało opisane powyżej cele Krajowego Programu w zakresie współpracy międzynarodowej poprzez udział pracowników w:

- siedmiu międzynarodowych konferencjach/sympozjach (organizatorem jednego z nich było Krajowe Centrum), z których trzy miały zasięg ogólnosiwiatowy (XIX Światowa Konferencja nt. AIDS w Waszyngtonie,

Konferencja pn. *Wspólna odpowiedzialność oraz globalna solidarność wobec epidemii HIV/AIDS* w Nowym Jorku, XIX Konferencja nt. *Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie* w Warszawie),

- trzech posiedzeniach regionalnych grup eksperckich, z których jedno zorganizowało Krajowe Centrum (w Sopocie, spotkanie poświęcone przygotowaniu koncepcji międzynarodowego projektu na rzecz walki z epidemią HIV w regionie Morza Bałtyckiego),
- czterech szkoleniach/warsztatach tematycznych, których tematami było: monitorowanie zakażeń HIV i zachorowań na AIDS, podnoszenie jakości programów profilaktycznych HIV/AIDS, opracowanie dobrych praktyk dla punktów konsultacyjno-diagnostycznych, stosowanie szybkich testów z wymazu,
- sześciu wizytach studyjnych (organizatorem czterech z nich było Krajowe Centrum), które były poświęcone wymianie doświadczeń z przedstawicielami państw regionu Morza Bałtyckiego, USA, Tadżykistanu i Białorusi, a także zapoznaniu z zagadnieniami profilaktyki i leczenia HIV/AIDS studentów Hiszpanii, Portugalii, Egiptu i Libanu.

Część ww. działań (dwie konferencje i dwa warsztaty tematyczne) była związana z uczestnictwem przez Krajowe Centrum w realizacji międzynarodowego projektu pn. *Testowanie w kierunku HIV w punktach konsultacyjno-diagnostycznych skierowane do wybranych społeczności na terenie Europy (HIV COBATEST)*.

W 2012 r. Krajowe Centrum realizowało także zadania wynikające z powierzenia Polsce na okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2013 r. funkcji przewodniczącego Rady Koordynacyjnej PCB UNAIDS. Polegały one na:

- prowadzeniu Biura PCB UNAIDS,
- organizowaniu i przeprowadzaniu posiedzeń Biura PCB UNAIDS dwukrotnie w każdym kwartale,
- organizowaniu i prowadzeniu sesji PCB UNAIDS oraz wizyty studyjnej tej organizacji na Ukrainie (4-5 października w Kijowie),
- udziale przedstawicieli Krajowego Centrum w spotkaniach grup roboczych PCB UNAIDS,
- prowadzeniu prac komitetu nadzorującego proces ewaluacji uczestnictwa przedstawicieli społeczeństwa obywatelskiego,
- monitorowaniu działań z zakresu HIV/AIDS podejmowanych przez inne organizacje międzynarodowe (np. WHO, Rada Praw Człowieka),
- organizowaniu i uczestniczeniu w cyklicznych spotkaniach z przedstawicielstwami dyplomatycznymi w Biurze Narodów Zjednoczonych w Genewie.

[Dowód: akta kontroli str. 768-775]

W 2013 r. Krajowe Centrum realizowało opisane powyżej cele w zakresie współpracy międzynarodowej poprzez udział jego pracowników w:

- 19 międzynarodowych konferencjach/sympozjach (organizatorem jednego z nich było Krajowe Centrum), z których 11 miało zasięg ogólnosiwiatowy (XVI Symposium HIV/AIDS w Kuala Lumpur, Konferencja nt. retrowirusów i zakażeń oportunistycznych w Atlancie, 57 sesja Komisji ONZ ds. Statusu Kobiet oraz konsultacje UNAIDS w Nowym Jorku, VIII Konferencja

nt. leczenia HIV i adherencji w Miami, XXIII Konferencja Redukcji Szkód w Wilnie, 32 sesja Rady PCB UNAIDS w Genewie, VII Konferencja AIDS Society w Kuala Lumpur, Światowy kongres HIV/AIDS w Wiedniu, Konferencja nt. metod walki z HIV/AIDS w San Francisco, XX Konferencja nt. *Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie* w Warszawie, 33 sesja Rady PCB UNAIDS w Genewie),

- 16 posiedzeniach grup eksperckich, z których dwa zorganizowało Krajowe Centrum (w okresie kwiecień-maj prace grupy roboczej nad agendą rozwojową UNAIDS na 2015 r., 19 września spotkanie z przedstawicielami międzynarodowych organizacji pozarządowych nt. walki z HIV/AIDS w Europie Centralnej i Wschodniej),
- dwóch szkoleniach, których tematem było opracowanie projektów dotyczących zdrowia w regionie Morza Bałtyckiego na lata 2014-2020. Pracownicy Krajowego Centrum przeprowadzili także cztery szkolenia dla specjalistów HIV/AIDS z Ukrainy oraz warsztaty poświęcone wymianie doświadczeń z pracownikami telefonu zaufania z Danii,
- dwóch wizytach studyjnych, które były poświęcone zapoznaniu specjalistów z Białorusi i Gruzji z polskimi doświadczeniami w zakresie profilaktyki i leczenia HIV/AIDS.

Część ww. działań była związana z uczestniczeniem przez Krajowe Centrum w realizacji trzech międzynarodowych projektów pn.:

- *Testowanie w kierunku HIV w punktach konsultacyjno-diagnostycznych skierowane do wybranych społeczności na terenie Europy (HIV COBATEST),*
- *Wzmocnienie profilaktyki i ograniczenie negatywnych skutków HIV/AIDS oraz infekcji powiązanych w regionie Morza Bałtyckiego poprzez intensyfikację współpracy międzynarodowej (HOTBAI),*
- *Podniesienie jakości programów profilaktycznych dotyczących HIV w Europie (JOINT ACTION).*

[Dowód: akta kontroli str. 768-775]

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Krajowego Centrum w zakresie współpracy międzynarodowej.

5. Działania Krajowego Centrum w zakresie monitoringu (obszar V Krajowego Programu)

W Harmonogramie realizacji Krajowego Programu ustalono następujące cele szczegółowe (identyczne dla każdego roku okresu 2012-2016) do realizacji w obszarze monitoringu:

- usprawnienie nadzoru epidemiologicznego na wykrywalnością zakażeń HIV, zachorowalnością na AIDS i umieralnością osób żyjących z HIV/AIDS oraz innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym ujednolicenie systemu zgłoszeń,
- usprawnienie nadzoru dotyczącego działań i zadań w zakresie HIV/AIDS,
- wsparcie informacyjne realizacji Krajowego Programu,

- wsparcie informacyjne realizacji leczenia antyretrowirusowego.

[Dowód: akta kontroli str. 97-127]

5.1. System monitorowania prowadzony przez Krajowe Centrum

Opis stanu
faktycznego

Na system monitorowania Krajowego Programu w latach 2012-2013 składały się:

- a) obowiązujący w Krajowym Centrum system kontroli zarządczej wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora Krajowego Centrum nr 22/2011 z dnia 7 września 2011 r., zgodnie z którym bieżącemu nadzorowi podlegał stan realizacji zadań w poszczególnych obszarach Krajowego Programu (w ramach ww. systemu opracowywano analizy ryzyka oraz miesięczne i kwartalne zestawienia rzeczowo-finansowe dla każdego obszaru, z uwzględnieniem poszczególnych zadań i zaangażowania finansowego realizowanych umów),

[Dowód: akta kontroli str. 776-844]

- b) Elektroniczna Baza Monitoringowa (EBM) służąca do katalogowania i przeglądania zadań planowanych i realizowanych w ramach Krajowego Programu (zakres danych ujmowanych w EBM spełniał wymogi określone w § 10 rozporządzenia w sprawie Krajowego Programu⁴⁶),

[Dowód: akta kontroli str. 845-867]

- c) Internetowa Baza Leków (IBL), utworzona w celu nadzorowania gospodarki lekami ARV, testami i szczepionkami, a także zbierania danych statystycznych na temat leczenia i analiz merytorycznych i finansowych. IBL umożliwiała nadzór nad kolejnymi etapami procesu zakupu i dystrybucji leków ARV, od zawarcia umowy z dystrybutorem leku lub testu, poprzez ich magazynowanie i dystrybucję, aż do przepisania ich konkretnemu pacjentowi (z bazy mogły korzystać trzy różne grupy użytkowników: administrator, uprawnieni lekarze z ośrodków prowadzących leczenie ARV oraz uprawnieni pracownicy działu medycznego Krajowego Centrum, przy czym każdy z użytkowników posiadał indywidualny login i hasło⁴⁷),

[Dowód: akta kontroli str. 868-872]

- d) przeprowadzane raz w roku szkolenia dla podmiotów zobowiązanych do realizacji Krajowego Programu, na których przedstawiano sytuację epidemiologiczną w zakresie HIV/AIDS, działalność PKD, tryb i zakres współpracy z Krajowym Centrum, projektów międzynarodowych, działań wojewódzkich Zespołów ds. realizacji Krajowego Programu,

[Dowód: akta kontroli str. 32, 34]

- e) prowadzony przez Krajowe Centrum monitoring prasy (w latach 2012-2013 monitoringiem objęto 803 tytuły prasowe, w których ukazało się odpowiednio 269 i 249 artykułów dotyczących tematyki HIV/AIDS).

[Dowód: akta kontroli str. 930]

⁴⁶ W EBM znajdowały się informacje o: podmiotach obowiązanych do realizacji Krajowego Programu oraz podmiotach uczestniczących w jego realizacji; realizowanych zadaniach z wyszczególnieniem zakresu finansowania, terminu realizacji oraz zasięgu terytorialnego każdego zadania, grupy docelowej każdego zadania i liczbie odbiorców; spójności tematycznej zadania z innymi krajowymi programami/strategiami.

⁴⁷ Kopia zasobów IBL była wykonywana raz dziennie i zapisywana na wydzielonym serwerze.

5.2. Realizacja przez podmioty uczestniczące w realizacji Krajowego Programu w latach 2012-2013 obowiązków w zakresie opracowania harmonogramów i sprawozdań⁴⁸

Opis stanu
faktycznego

W ocenie Krajowego Centrum, liczba podmiotów obowiązanych do realizacji Krajowego Programu wynosiła 61. Obowiązek dotyczący przekazania harmonogramów rocznych zadań Krajowego Programu (do dnia 15 października roku poprzedniego) na 2012 r. i na 2013 r. zrealizowało w terminie po 55 jednostek, przy czym Krajowe Centrum wzywało pisemnie pozostałych sześć jednostek do ich opracowania (braki uzupełniły dwie jednostki na 2012 r. oraz jedna na 2013 r.). Obowiązek dotyczący przekazania rocznego sprawozdania z realizacji zadań Krajowego Programu (do 15 kwietnia roku następnego) wykonało wszystkie 61 jednostek, z tego terminowo 58 jednostek za 2012 r. oraz 57 jednostek za 2013 r., a pozostałe po uprzednim wezwaniu przez Krajowe Centrum.

[Dowód: akta kontroli str. 873-878]

5.3. Kontrole realizacji zadań Krajowego Programu w latach 2012-2013 (edycje 2007-2011 oraz 2012-2016)

Opis stanu
faktycznego

W latach 2012-2013 Krajowe Centrum przeprowadzało kontrole dotyczące wykonania umów zawartych na realizację zadań Krajowego Programu, przy czym 17 kontroli przeprowadzonych w 2012 r. obejmowało realizację zadań Krajowego Programu edycji 2007-2011, a spośród 38 kontroli przeprowadzonych w 2013 r., pięć obejmowało realizację zadań edycji 2007-2011, a 33 dotyczyły zadań edycji 2012-2016. Kontrole przeprowadzone w 2012 r. nie wykazały istotnych nieprawidłowości, a uchybienia⁴⁹ stwierdzone w treści sprawozdań końcowych trzech podmiotów prowadzących PKD zostały przez nie usunięte. Kontrole przeprowadzone w 2013 r. wykazały błędy w realizacji trzech umów, które dotyczyły:

- treści sprawozdania końcowego jednego ze stowarzyszeń (umowa nr 38/282/12 na kwotę 6 tys. zł), które zostało w wyniku kontroli skorygowane,
- wadliwego sposobu realizacji zadania przez jeden podmiot (umowa nr 28/282/12 na kwotę 2,2 tys. zł), co skutkowało wdrożeniem w odpowiedzialnym podmiocie programu naprawczego,
- wykonania części projektu dot. portalu internetowego (umowa nr 09/282/13 na kwotę 89,9 tys. zł), co skutkowało rozwiązaniem umowy ze skutkiem natychmiastowym i zwrotem zakwestionowanej przez Krajowe Centrum kwoty 5,25 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 879-923]

5.4. Efekty realizacji Krajowego Programu w latach 2012-2013

Opis stanu
faktycznego

Łączne wydatki poniesione przez wszystkie podmioty uczestniczące w realizacji zadań Krajowego Programu w latach 2012-2013 wyniosły 565.635,9 tys. zł, z czego Krajowe Centrum wydatkowało 557.420,6 tys. zł (98,3%), naczelne i centralne jednostki administracji rządowej 3.892,5 tys. zł (0,7%), jednostki administracji samorządowej 2.986,2 tys. zł (0,5%), jednostki terenowe administracji rządowej 862,0 tys. zł (0,2%), a Państwowa Inspekcja Sanitarna 474,6 tys. zł (0,1%).

[Dowód: akta kontroli str. 924-930]

⁴⁸ Badanie ograniczono do podmiotów obowiązanych do realizacji Krajowego Programu.

⁴⁹ Błędy polegały na wprowadzaniu błędnych numerów dowodów księgowych lub dat ich wystawienia, a w ocenie Krajowego Centrum powodem ich występowania była nieuwaga podczas wprowadzania danych źródłowych do tabel sprawozdania.

Efektem realizacji Krajowego Programu w latach 2012-2013 było, między innymi:

- Obszar I: 711 programów/inicjatyw w zakresie podniesienia poziomu akceptacji osób zakażonych HIV lub chorych na AIDS (łącznie koszt 634,5 tys. zł), 107 kampanii medialnych (łącznie koszt 1.137,3 tys. zł), przeszkolenie 1.055 specjalistów (łącznie koszt 365,5 tys. zł), opracowanie 106 publikacji (łącznie koszt 355,8 tys. zł), zwiększenie dostępności informacji (421,7 tys. zł), przeprowadzenie 8.390 szkoleń dla grup docelowych (łącznie koszt 1.232,4 tys. zł), opracowanie 874 nowych programów profilaktycznych (łącznie koszt 206,5 tys. zł), pozostałe zadania (725,7 tys. zł). Ogółem wydatki poniesione na realizację zadań w tym obszarze wyniosły 5.079,4 tys. zł (stanowiło to 0,9% całości środków wydatkowanych na zadania Krajowego Programu w latach 2012-2013), z czego 2.721,1 tys. zł w 2012 r. oraz 2.358,3 tys. zł w 2013 r.
- Obszar II: 105 programów/inicjatyw w zakresie edukacji dot. HIV/AIDS (łącznie koszt 295,0 tys. zł), wykonanie 62.391 testów w kierunku HIV i wykrycie 740 zakażeń HIV (łącznie koszt 5.093,0 tys. zł), analiza 2.749 ankiet otrzymanych z sieci PKD (łącznie koszt 60,5 tys. zł), 61 programów/inicjatyw dot. ograniczenia szkód wywołanych zakażeniami HIV i zachorowaniami na AIDS (łącznie koszt 208,1 tys. zł), pozostałe zadania (94,5 tys. zł). Ogółem wydatki poniesione na realizację zadań w tym obszarze wyniosły 5.751,1 tys. zł (stanowiło to 1,01% całości środków wydatkowanych na zadania Krajowego Programu w latach 2012-2013), z czego 2.622,0 tys. zł w 2012 r. oraz 3.129,1 tys. zł w 2013 r.
- Obszar III: 37 programów/inicjatyw dot. aktywizacji zakażonych i chorych (łącznie koszt 471,0 tys. zł), leczenie ARV 6.297 pacjentów w 2012 r. oraz 7.110 pacjentów w 2013 r. (łącznie koszt 545.445,2 tys. zł), 133 programy/inicjatywy w zakresie podniesienia poziomu wiedzy zakażonych/chorych/ich rodzin (łącznie koszt 6.308,1 tys. zł), prowadzenie badań klinicznych dot. zakażeń HIV i zachorowań AIDS (łącznie koszt 2.665,3 tys. zł), pozostałe zadania (1.022,6 tys. zł). Łączne wydatki poniesione na realizację zadań w tym obszarze wyniosły 555.912,2 tys. zł (stanowiło to 98,0% całości środków wydatkowanych na zadania Krajowego Programu w latach 2012-2013), z czego 270.772,7 tys. zł w 2012 r. oraz 285.139,5 tys. zł w 2013 r.
- Obszar IV: podjęcie sześciu inicjatyw międzynarodowych (łącznie koszt 6,2 tys. zł) i udział w tworzeniu czterech projektów międzynarodowych (łącznie koszt 378,9 tys. zł). Łączne wydatki poniesione na realizację zadań w tym obszarze wyniosły 385,1 tys. zł (stanowiło to 0,07% całości środków wydatkowanych na zadania Krajowego Programu w latach 2012-2013), z czego 230,5 tys. zł w 2012 r. oraz 154,6 tys. zł w 2013 r.
- Obszar V: wykonanie 12 opracowań dot. podniesienia jakości danych epidemiologicznych (łącznie koszt 89,4 tys. zł), prowadzenie stałego monitoringu realizacji Krajowego Programu (łącznie koszt 18,7 tys. zł), analiza 518 artykułów/publikacji dotyczących problematyki HIV/AIDS, pozostałe zadania (3,6 tys. zł). Ogółem wydatki poniesione na realizację zadań w tym obszarze wyniosły 111,7 tys. zł (stanowiło to 0,02% całości środków wydatkowanych na zadania Krajowego Programu w latach 2012-2013), z czego 73,8 tys. zł w 2012 r. oraz 37,8 tys. zł w 2013 r.

[Dowód: akta kontroli str. 924-930]

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działania Krajowego Centrum w zakresie monitoringu realizacji Krajowego Programu w latach 2012-2013 oraz uzyskane w tym okresie efekty realizacji przedmiotowego programu.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o:

1. Podjęcie działań mających na celu wprowadzenie wskaźników jakościowych do oceny skuteczności realizacji Krajowego Programu w obszarach I-III.
2. Podjęcie działań pozwalających zapewnić zwiększenie w ramach Krajowego Programu udziału środków przeznaczanych na realizację działań profilaktycznych.
3. Wyegzekwowanie od podmiotów prowadzących PKD w Szczecinie (ul. Wojska Polskiego 136), Jeleniej Górze (ul. Ogińskiego 6), Koszalinie (ul. Zwycięstwa 136, blok B), Rzeszowie (ul. Podkarpacka 1) i Lublinie (ul. Biernackiego 9) wymogu prowadzenia działalności w zakresie poboru krwi zgodnie z przepisami art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
4. Wyegzekwowanie wymogów określonych w dokumentach wewnętrznych Krajowego Centrum (procedury wyboru realizatorów zadania, ogłoszenia) w zakresie bazy lokalowej wykorzystywanej do prowadzenia działalności, od podmiotów prowadzących PKD w Łodzi (ul. Kniaziewicza 1/5) i Wrocławiu (ul. Podwale 74 ofic. 23).
5. Określanie w ogłoszeniach publikowanych w postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu ograniczonego, liczby wykonawców, którzy spełniają warunki udziału w postępowaniu i będą zaproszeni do składania ofert, zgodnie z art. 51 ust. 1 Prawa zamówień publicznych.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 30 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Katowice, dnia 5 listopada 2014 r.

**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach**

**Kontroler
Mariusz Podolski
Specjalista kontroli państwowej**

.....