



LKA-4101-024/2014  
Nr ewid. 10/2015/P/14/076/LKA

Informacja o wynikach kontroli

**REALIZACJA KRAJOWEGO PROGRAMU  
ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM HIV I ZWALCZANIA AIDS  
W LATACH 2012–2013**

DELEGATURA W KATOWICACH

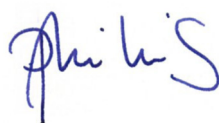
## MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

## WIZJA

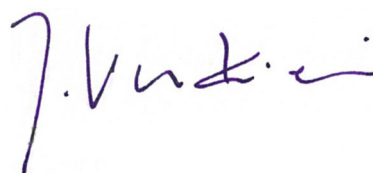
Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Dyrektor Delegatury NIK w Katowicach:  
Piotr Miklis



**Akceptuję:**

Jacek Uczkiewicz



Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

**Zatwierdzam:**

Krzysztof Kwiatkowski



Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Warszawa, dnia 31.03.2015r.

Najwyższa Izba Kontroli  
ul. Filtrowa 57  
02-056 Warszawa  
T/F +48 22 444 50 00

[www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl)

WPROWADZENIE .....	6
1. ZAŁOŻENIA KONTROLI .....	8
2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI.....	10
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności .....	10
2.2. Uzasadnienie oceny ogólnej.....	10
2.3. Synteza wyników kontroli.....	11
2.4. Wnioski .....	14
3. ISTOTNE USTALENIA KONTROLI.....	16
3.1. Krajowe Centrum .....	16
Opracowanie i zatwierdzenie Krajowego Programu na lata 2012–2016.....	16
3.1.1. Zapobieganie zakażeniom HIV .....	18
3.1.2. Wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS .....	22
3.1.3. Współpraca międzynarodowa .....	22
3.1.4. Monitoring Krajowego Programu.....	23
3.2. Jednostki prowadzące ośrodki referencyjne .....	24
3.3. Jednostki prowadzące PKD.....	26
4. INFORMACJE DODATKOWE .....	28
4.1. Przygotowanie kontroli .....	28
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli .....	28
5. ZAŁĄCZNIKI .....	31

## Wykaz stosowanych skrótów i pojęć

<b>Ustawa o zakażeniach</b>	Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi <sup>1</sup> .
<b>Ustawa o działalności leczniczej</b>	Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej <sup>2</sup> .
<b>Ustawa o rachunkowości</b>	Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości <sup>3</sup> .
<b>Prawo zamówień publicznych, Pzp</b>	Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych <sup>4</sup> .
<b>Rozporządzenie w sprawie Krajowego Programu lub rozporządzenie Rady Ministrów z 15 lutego 2011 r.</b>	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS <sup>5</sup> .
<b>HIV</b>	Ludzki wirus niedoboru odporności – wirus z rodzaju lentiwirusów, z rodziny retrowirusów. HIV należy obecnie do najlepiej poznanych wirusów, ale charakteryzuje się dużą zmiennością, która może się objawiać nawet u jednego pacjenta (w różnych okresach rozwoju choroby). Wirus może być przenoszony drogą płciową lub poprzez transfuzję zakażonej krwi, używanie igieł zanieczyszczonych krwią zakażonych osób, przez łożysko lub krew w trakcie porodu (zakażenie okołoporodowe), a także z mlekiem matki. Okres inkubacji wynosi od 0,5 do 3 lub nawet więcej lat.
<b>AIDS</b>	Zespół nabytego niedoboru (rzadziej upośledzenia) odporności – końcowe stadium zakażenia wirusem zespołu nabytego braku odporności (HIV) charakteryzujące się bardzo niskim poziomem limfocytów CD4, a więc wyniszczeniem układu immunologicznego (odpornościowego), co skutkuje zapadalnością na tzw. choroby wskaźnikowe (niektóre formy nowotworów, grzybic, nietypowe zapalenia płuc) mogące zakończyć się śmiercią pacjenta.
<b>Krajowy Program</b>	Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS przyjęty rozporządzeniem w sprawie Krajowego Programu. Wskazano w nim, między innymi, pięć obszarów, w których powinien być realizowany: (1) zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa, (2) zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych, (3) wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, (4) współpraca międzynarodowa, (5) monitoring. Aktualna edycja Krajowego Programu, przyjęta w pięcioletnim Harmonogramie realizacji, obejmuje lata 2012–2016 <sup>6</sup> .

<sup>1</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 947 ze zm.

<sup>2</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 330 ze zm.

<sup>4</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.

<sup>5</sup> Dz. U. z 2011 r. Nr 44, poz. 227.

<sup>6</sup> Charakterystyka Krajowego Programu została zawarta w załączniku nr 2 do niniejszej Informacji

**Krajowe Centrum** Krajowe Centrum ds. AIDS, jednostka budżetowa podległa Ministrowi Zdrowia, utworzona na podstawie Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2010 r. w sprawie Krajowego Centrum ds. AIDS, którym nadano jednostce statut i regulamin organizacyjny<sup>7</sup>.

**Ośrodek referencyjny** Wydzielona część placówki medycznej spełniającej minimalne wymagania Programu zdrowotnego Ministra Zdrowia pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce w latach 2012–2016”, w której realizowane jest leczenie antyretrowirusowe (*leczenie ARV*). Placówki medyczne, w których funkcjonują ośrodki referencyjne wyłaniane są przez Krajowe Centrum w drodze konkursu. W latach 2012–2013 w Polsce funkcjonowały 23 ośrodki referencyjne, których wykaz został zamieszczony w załączniku nr 3 do niniejszej Informacji.

**Program ARV** Program zdrowotny Ministra Zdrowia pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce w latach 2012–2016”, który został przyjęty przez Ministra Zdrowia w 2011 r. na podstawie art. 48 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.). Program ARV zawiera, między innymi, wskazanie następujących sześciu celów: (1) zmniejszenie śmiertelności z powodu AIDS w populacji osób żyjących z HIV w Polsce, (2) zmniejszenie częstości zakażeń HIV w populacji Polaków, (3) zmniejszenie zakaźności osób żyjących z HIV/AIDS, (4) zwiększenie dostępności do leków ARV pacjentów zakażonych HIV w Polsce, (5) zapewnienie leków ARV niezbędnych w profilaktyce zakażeń wertykalnych (dziecka od matki) i prowadzenie indywidualnego kalendarza szczepień dla dzieci urodzonych przez matki HIV+, (6) zapewnienie leków ARV na postępowania poekspozycyjne na zakażenie HIV pozazawodowe<sup>9</sup>.

**PKD** Punkt konsultacyjno-diagnostyczny, placówka prowadzona przez jednostki wyłonione w trybie konkursowym przez Krajowe Centrum, która winna spełniać wymogi formalno-prawne, fachowe i sanitarne określone w przepisach ustawy o działalności leczniczej (art. 17–22) oraz rozporządzeniach wykonawczych do ww. ustawy. W latach 2012–2013 w Polsce funkcjonowały 32 PKD, których wykaz został zamieszczony w załączniku nr 3 do niniejszej Informacji.

<sup>7</sup> Dz. Urz. MZ z 2010 r. Nr 8, poz. 49, zwane dalej *Zarządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie Krajowego Centrum*.

<sup>8</sup> Pełniejsza charakterystyka Programu ARV została zawarta w załączniku nr 2 do niniejszej Informacji.

<sup>9</sup> Ekspozycja pozazawodowa to narażenie się na zakażenie wirusem HIV niezwiązane z wykonywaniem obowiązków służbowych, w tym w wyniku nieszczęśliwych zdarzeń (np. gwałt, zakłucie zanieczyszczoną igłą, zranienie).

Kontrola realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w latach 2012–2013 (P/14/076), podjęta z inicjatywy Najwyższej Izby Kontroli, została wprowadzona przez Kolegium NIK do „Rocznego planu pracy NIK na rok 2014”, w ramach priorytetowego obszaru badań: *Zapewnienie powszechnej i niezawodnej opieki medycznej*.

Zapobieganie zakażeniom HIV i leczenie osób chorych na AIDS jest bardzo ważnym zagadnieniem zarówno dla społeczeństwa naszego kraju jak i bezpośrednio dla każdej osoby zakażonej/chorej oraz jej bliskich. Realizacja opracowanego w tym celu Programu miała na celu zapewnienie:

- ♦ osobom zakażonym HIV/chorym na AIDS oraz ich rodzinom – normalnego funkcjonowania w społeczeństwie (dzięki prowadzonemu leczeniu osoby zakażone lub chore mają możliwość zarabkowania i dzięki temu nie są dodatkowym obciążeniem dla swoich bliskich),
- ♦ społeczeństwu – całościowej i rzetelnej informacji o przyczynach i skutkach występowania zakażeń i zachorowań (profilaktyka jest zawsze tańsza od leczenia farmakologicznego).

Realizacją Krajowego Programu kieruje Minister Zdrowia, a koordynacja działań została powierzona Krajowemu Centrum, które odpowiada za opracowanie wieloletniego Harmonogramu realizacji celów wskazanych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r., a także koordynację i nadzór nad realizacją całości Programu, przy czym Krajowe Centrum jest także realizatorem części zadań merytorycznych. Poprzednie edycje Krajowego Programu obejmowały lata 1996–1998, 1999–2003, 2004–2006 oraz 2007–2011.

Wysokość środków wydatkowanych na realizację zadań Krajowego Programu przez wszystkie uczestniczące w nim podmioty wyniosła 276,4 mln zł w 2012 r. i 290,8 mln zł w 2013 r. Utrzymujący się w latach 2009–2013 stały przyrost liczby pacjentów leczonych ARV (od 10,4% do 16,0%), skala wydatków ponoszonych ze środków publicznych na działania związane ze zjawiskiem HIV/AIDS, a także niepokojące dane epidemiologiczne Wspólnego Programu Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS (UNAIDS), wskazujące na znaczący wzrost liczby nowych zakażeń na terenie państw Europy Wschodniej (głównie Ukraina i Federacja Rosyjska), uzasadniały przeprowadzenie kontroli pozwalającej na dokonanie oceny prawidłowości przygotowania i wdrożenia nowej edycji programu krajowego mającego zapobiegać zachorowaniom i zakażeniom mieszkańców Polski, a także minimalizować negatywne skutki ewentualnych zakażeń i zachorowań<sup>10</sup>. Wskaźnik zakażeń występujących na 100 tys. mieszkańców wynosi dla Polski 2,8<sup>11</sup> – co lokuje nasz kraj na szóstym miejscu spośród krajów Europejskiego Obszaru Gospodarczego, dla którego średnia wartość tego wskaźnika wynosi 5,7). Wyższą od Polski wartość ww. wskaźnika zarejestrowano w takich krajach jak Niemcy i Austria (3,6), Szwecja (3,8), Francja (6,2), Włochy (6,6), Wielka Brytania (10,1) czy Luksemburg (10,3).

W Polsce statystycznie każdego dnia 2–3 osoby dowiadują się o zakażeniu HIV. Są to zazwyczaj zakażenia, których można uniknąć, stosując odpowiednią profilaktykę. W naszym kraju, podobnie jak na całym świecie, epidemia dotyka głównie osoby młode i bardzo młode (ok. 88% wśród zakażonych HIV stanowią osoby w wieku produkcyjnym 20–49 lat). Zdecydowaną większość (ok. 80%) nowo zakażonych stanowią mężczyźni.

<sup>10</sup> Kwestie zapewnienia cudzoziemcom pomocy medycznej oraz zapobiegania chorobom epidemiologicznym w ośrodkach recepcyjnych dla osób ubiegających się o status uchodźcy, jak również przestrzegania procedur postępowania w zakresie bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego oraz systemu alertów sanitarno-zakaźnych dla osób przebywających na terenie ośrodków dla cudzoziemców objęte zostały kontrolą P/14/049 *Pomoc społeczna dla uchodźców*.

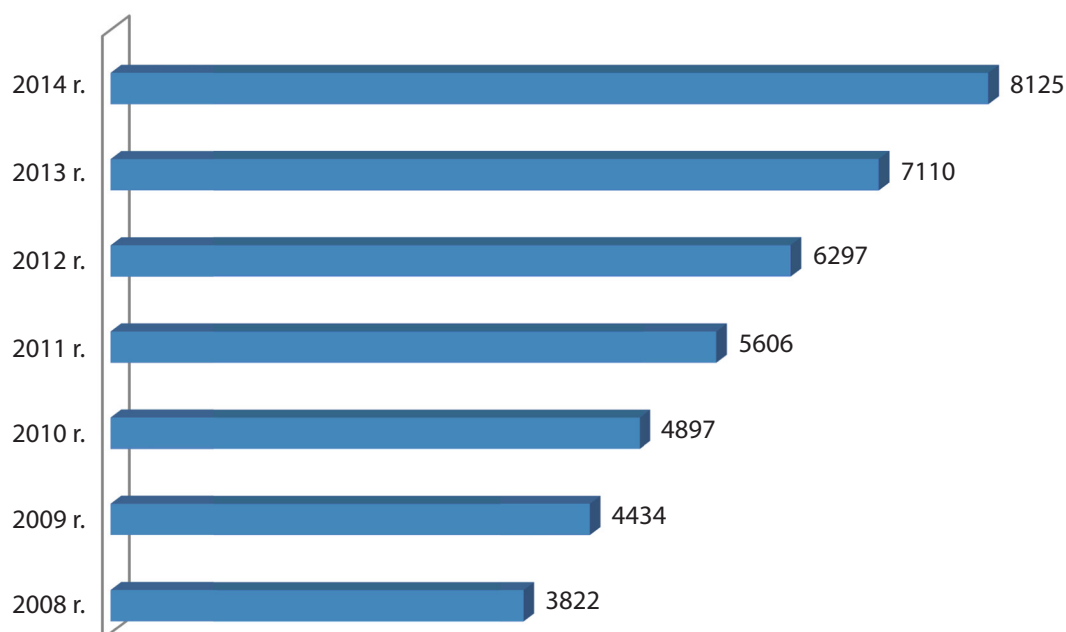
<sup>11</sup> Najbardziej aktualne dane z raportu Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) dla krajów Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego opublikowanego w lutym 2015 r. – w odniesieniu do wirusa HIV dane ww. raportu dotyczą roku 2012.

Według skumulowanych krajowych danych epidemiologicznych, od wdrożenia badań w 1985 r. do końca 2012 r. zarejestrowano w Polsce 16 314 przypadków zakażenia HIV oraz 2 848 przypadków zachorowania na AIDS, przy czym 1 185 chorych zmarło. Według danych Państwowego Zakładu Higieny za 2012 r. nieznana jest prawdopodobna droga transmisji wirusa HIV w aż 62% zgłoszeń (559 przypadków), w 25,4% zgłoszeń (229 przypadków) jako prawdopodobną drogę wskazano kontakty seksualne między mężczyznami (MSM), w 8,3% zgłoszeń (75 przypadków) wskazano kontakty heteroseksualne, w 3,8% (34 przypadki) stosowanie środków odurzających w iniekcjach, natomiast pozostałe 0,4% (4 przypadki) stanowiły zakażenia wertykalne.

Na przestrzeni ostatnich sześciu lat (2008–2014) liczba pacjentów leczonych ARV w Polsce niemal się podwoiła, a corocznie przybywało ich średnio o ok. 13% (największy wzrost nastąpił w 2009 r. – o 16,1%, a najmniejszy w 2010 r. – o 10,4%).

Wykres nr 1

Liczba pacjentów leczonych ARV w Polsce w latach 2008–2014



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Centrum.

W tym samym okresie średni roczny koszt leczenia ARV jednego pacjenta wahał się od 32,5 tys. zł w 2009 r. do 42,2 tys. zł w 2012 r. i nie był związany z liczbą leczonych, ale najbardziej zależał od aktualnych cen dostępnych na rynku leków.

# 1 ZAŁOŻENIA KONTROLI

## Cel główny kontroli

Celem głównym kontroli była ocena efektów osiągniętych przez podmioty odpowiedzialne za przygotowanie i wdrażanie zadań Krajowego Programu w latach 2012–2013.

## Obszary problemowe

Kontrolą objęto pięć następujących obszarów problemowych:

- ♦ opracowanie Harmonogramu realizacji Krajowego Programu na lata 2012–2016 i koordynacja działań w jego ramach przez Krajowe Centrum,
- ♦ zapobieganie zakażeniom HIV<sup>12</sup>,
- ♦ wsparcie i opiekę zdrowotną dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS,
- ♦ współpracę międzynarodową,
- ♦ monitoring Krajowego Programu.

## Cele szczegółowe i zakres przedmiotowy

Cele szczegółowe kontroli obejmowały ocenę<sup>13</sup>:

1. opracowania pięcioletniego Harmonogramu realizacji Krajowego Programu na lata 2012–2016 oraz koordynacji działań w ramach Krajowego Programu,
2. działań związanych z zapobieganiem zakażeniom HIV (wśród ogółu społeczeństwa i wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych),
3. wsparcia i opieki zdrowotnej dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS,
4. współpracy międzynarodowej prowadzonej w latach 2012–2013,
5. monitoringu realizacji Krajowego Programu na lata 2012–2013.

Przedmiotem kontroli były działania podejmowane przez kontrolowane jednostki dotyczące opracowania i wdrażania/realizacji Krajowego Programu na lata 2012–2016, a także wybrane dane finansowe i statystyczne dotyczące wcześniejszych edycji Krajowego Programu (lata 2004–2006 oraz 2007–2011).

## Podstawa prawna, kryteria

W Krajowym Centrum kontrola została przeprowadzona na podstawie art. 2 ust. 1 *ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli*<sup>14</sup>, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 1 (legalność, celowość, gospodarność, rzetelność). W jednostkach prowadzących ośrodki referencyjne – w zależności od rodzaju jednostki – na podstawie art. 2 ust. 1 *ustawy o NIK*, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 1 *ustawy* lub na podstawie art. 2 ust. 2 *ustawy o NIK*, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 2 (legalność, gospodarność, rzetelność). W jednostkach prowadzących Punkty Konsultacyjno-Diagnostyczne – na podstawie art. 2 ust. 3 *ustawy o NIK*, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 3 (legalność, gospodarność).

<sup>12</sup> W tym obszarze problemowym kontrolowano realizację działań skierowanych zarówno do ogółu społeczeństwa (obszar I Krajowego Programu) jak i do osób z grup o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych (obszar II Krajowego Programu), bowiem w obydwu przypadkach ich najważniejszym celem było zapobieganie zakażeniom HIV, a jednocześnie podobne były rodzaje realizowanych zadań (akcje promocyjne, informacyjno-edukacyjne, szkolenia/warsztaty).

<sup>13</sup> W Krajowym Centrum kontrolowano realizację celów 1–5, w podmiotach prowadzących ośrodki referencyjne celów 1–2 i 5, a w podmiotach prowadzących PKD celów 2 i 5.

<sup>14</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm., zwanej dalej *ustawą o NIK*.



### Zakres podmiotowy kontroli

Kontrolę przeprowadzono w Krajowym Centrum, pięciu placówkach medycznych prowadzących ośrodki referencyjne<sup>15</sup> oraz sześciu organizacjach pozarządowych prowadzących PKD<sup>16</sup>.

### Okres objęty kontrolą

Kontrolą objęto działalność ww. jednostek związaną z realizacją Krajowego Programu w latach 2012–2013, jak również działania i zdarzenia zaistniałe we wcześniejszym okresie, a także dotyczące stanu aktualnego dla czasu przeprowadzania czynności kontrolnych, w przypadkach gdy miały one bezpośredni związek z przedmiotem kontroli.

---

<sup>15</sup> Stanowiło to 25% placówek prowadzących leczenie ARV.

<sup>16</sup> Stanowiło to 20% podmiotów prowadzących PKD.

Dokonanie rzetelnej oceny efektów realizacji Krajowego Programu w latach 2012–2013 wymaga uwzględnienia kontekstu prawno-organizacyjnego wynikającego z postanowień rozporządzenia Rady Ministrów z 15 lutego 2011 r., a także uwarunkowań medycznych i społecznych. Ww. rozporządzenie wskazuje bowiem podmioty zobowiązane do udziału w realizacji Programu, ale tylko Krajowemu Centrum określono zakres zadań, a zatem i odpowiedzialności. Oznacza to, że powodzenie Krajowego Programu w istotnym stopniu uzależnione jest od zrozumienia przez poszczególnych realizatorów wagi i znaczenia problematyki HIV/AIDS. Wiedza o istocie zagrożeń związanych z tym zagadnieniem winna przełożyć się na aktywność – przede wszystkim – w obszarze szeroko rozumianej profilaktyki. Należy przy tym pamiętać, że wszelkie dane epidemiologiczne wskazują, iż realne ograniczenie występowania i rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych może nastąpić dopiero w przypadku wynalezienia szczepionki. Dopóki to nie nastąpi skazani jesteśmy zawsze na działania mogące, co najwyżej ograniczyć występowanie zakażeń/zachorowań. Istotne przy tym jest, że raz rozpoczęte leczenie HIV/AIDS musi być prowadzone do końca życia danego pacjenta, a zatem nie można liczyć na możliwość wyleczenia znaną w przypadku innych chorób zakaźnych.

## 2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności

- I. Kontrola NIK ujawniła daleko idące zaniedbania w zakresie finansowania działań profilaktycznych zmierzających do ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa HIV w Polsce. Skutkuje to ciągłym wzrostem liczby przypadków nowych zakażeń w kolejnych latach poczynawszy od 2008 r i wzrostem kosztów zakupu leków ponoszonych przez budżet Państwa.
- II. Należy jednocześnie podkreślić, że każda osoba zakażona (chora) obejmowana jest opieką i wsparciem, polegającym na zapewnieniu bezpłatnego dostępu do leków i poradnictwa.
- III. Skuteczność działań podejmowanych w ramach Programu obniżały także wykryte przez NIK przypadki zaniechania zgłaszania nowych zakażeń służbom sanitarnym które wskazują na istnienie ryzyka wystąpienia analogicznych zaniechań i błędów w działalności placówek, nieobjętych niniejszą kontrolą, co może mieć wpływ na skuteczność zapobiegania rozprzestrzeniania się wirusa HIV w Polsce.

## 2.2 Uzasadnienie oceny ogólnej

**Ad I.** Pomimo tego, że kolejne edycje Krajowych Programów Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS realizowane są od 1996 r., w dalszym ciągu bardzo wysoki jest odsetek osób zakażonych, które nie zostały zdiagnozowane i objęte leczeniem. Jest on szacowany na 70% populacji osób zakażonych<sup>17</sup> (ok. 16 tys. osób). Stan taki był – zdaniem NIK – efektem skoncentrowania Programu na leczeniu już zdiagnozowanych przypadków i przypisania mniejszej wagi działaniom profilaktycznym, w tym propagowaniu możliwości skorzystania z bezpłatnych i anonimowych testów diagnostycznych i podjęcia leczenia w przypadku ich pozytywnego wyniku. Podejście to znalazło wyraz w strukturze wydatków na realizację Programu, z których w 2013 r. mniej niż 2% służyło finansowaniu profilaktyki, a ponad 98% przeznaczano na prowadzenie leczenia ARV. Według danych Krajowego Centrum za 2014 r. proporcja ta nie uległa istotnej zmianie<sup>18</sup>. Nie udało się przy tym

<sup>17</sup> Dane szacunkowe wg Harmonogramu realizacji Krajowego Programu na lata 2012–2016, str. 10.

<sup>18</sup> Wg danych Krajowego Centrum za 2014 r. udział ten wyniósł 1,9%.

obniżyć tempa rozprzestrzeniania się wirusa HIV w Polsce, bowiem w okresie od 2008 r. do 2014 r. nastąpiło ponad dwukrotne zwiększenie się liczby osób zakażonych wirusem HIV. Związany z tym wzrost nakładów na leczenie ARV nie powinien przesłonić znaczenia działań profilaktycznych, których finansowanie nie może być lekceważone [str. 17 i n.]. Do mierzenia efektów realizacji Krajowego Programu – w tym także profilaktyki – przyjęte zostały wyłącznie wskaźniki ilościowe<sup>19</sup>, które zdaniem NIK nie pozwalają na ocenę długofalowej skuteczności podjętych działań, a przez to także na rzetelną ocenę całości uzyskanych efektów, w tym efektów uzyskanych w ramach celów szczegółowych dotyczących zapobiegania zakażeniom HIV. Ustalone dla działań profilaktycznych 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 jak zmieniają się postawy społeczeństwa wobec tego zjawiska i osób zakażonych/chorych. Według NIK, rzetelne zbadanie skuteczności podejmowanych działań w tym zakresie umożliwić może wyłącznie pomiar jakościowy z wykorzystaniem wystandaryzowanych metod. [str. 17 i n.].

Ad. II. Pozytywnym efektem realizacji Krajowego Programu jest niewątpliwie to, że każdy pacjent z potwierdzonym zakażeniem wirusem HIV zostaje objęty leczeniem zapewniającym bezpłatny dostęp do leków antyretrowirusowych (ARV), a zainteresowane osoby mogą skorzystać z bezpłatnego i anonimowego testu diagnostycznego w kierunku zakażenia wirusem HIV. Krajowe Centrum ds. AIDS, będące koordynatorem realizacji Programu, organizowało ogólnopolskie kampanie medialne, programy edukacyjne i szkolenia dla różnych grup docelowych (np. lekarze, nauczyciele, młodzież), zapewniło zakup wymaganej ilości niezbędnych leków ARV i testów na nosicielstwo HIV, aktywnie włączyło się w proces powoływania na poziomie wojewódzkim Zespołów do spraw realizacji Programu, zapewniło także monitorowanie działań podejmowanych w ramach Krajowego Programu i było aktywne na forum międzynarodowym (udział w sympozjach, konferencjach, szkoleniach, grupach eksperckich, projektach badawczych) [str. 12–14, 17 i n.].

Ad. III. W toku kontroli trzech podmiotów prowadzących ośrodki referencyjne (60% placówek prowadzących leczenie ARV objętych kontrolą i 13% spośród wszystkich takich placówek w całym kraju) stwierdzono istotne nieprawidłowości polegające na niewywiązywaniu się lekarzy z obowiązków określonych w art. 27 ust. 1 ustawy o zakażeniach. W dwóch jednostkach kontrolowanych nie przekazywano zgłoszeń o stwierdzonych zakażeniach HIV podmiotowi właściwemu, a w jednym podmiocie zgłoszeń dokonano z naruszeniem terminu ustawowego [str. 24–25].

### 2.3 Synteza wyników kontroli

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie<sup>20</sup> opracowanie Harmonogramu realizacji Krajowego Programu na lata 2012–2016 oraz koordynowanie przez Krajowe Centrum realizacji jego zadań w latach 2012–2013.

<sup>19</sup> W Harmonogramie realizacji Krajowego Programu na lata 2012–2016, który był dokumentem operacjonalizującym Program, przyjęto wskaźniki realizacji dla wszystkich pięciu obszarów Programu oraz jego celów ogólnych i szczegółowych (<http://www.aids.gov.pl/publikacje/171/>).

<sup>20</sup> Ocena dokonana według przyjętej przez NIK skali ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

Krajowe Centrum terminowo opracowało projekt Harmonogramu realizacji Krajowego Programu na lata 2012–2016<sup>21</sup>, a także prawidłowo koordynowało i nadzorowało działania związane z jego realizacją w latach 2012–2013.

Zdaniem NIK, przyjęte w rozporządzeniu w sprawie Krajowego Programu terminy uzgadniania i zatwierdzania Harmonogramu Programu przez Radę Ministrów oraz opracowywania harmonogramów rocznych przez podmioty zobowiązane do realizacji Krajowego Programu, nie uwzględniały czasu niezbędnego do dokonania przez Ministra Zdrowia uzgodnień wewnątrzresortowych i międzyresortowych. Przepis § 6 ust. 1 *rozporządzenia w sprawie Krajowego Programu* wymaga, aby podmioty zobowiązane do realizacji Krajowego Programu przekazały Krajowemu Centrum harmonogram realizacji zadań na rok następny w terminie do 15 października roku poprzedniego. Oznacza to, że harmonogram roczny na 2012 r. winien zostać przekazany najpóźniej 15 października 2011 r. W praktyce okazało się, że pomimo wcześniejszego o 51 dni<sup>22</sup> przedłożenia przez Krajowe Centrum projektu Harmonogramu Programu Ministrowi Zdrowia, procedura jego uzgadniania i ostatecznego zatwierdzenia przez Radę Ministrów trwała do 3 kwietnia 2012 r. Zatem dyspozycja § 6 ust. 1 przedmiotowego rozporządzenia była w praktyce niemożliwa do wykonania w przypadku harmonogramów na 2012 r., a powstałe opóźnienia wynikały z długotrwałości obowiązujących procedur uzgodnień wewnątrz i międzyresortowych. Według Dyrektora Krajowego Centrum, opisana sytuacja nie wpłynęła negatywnie na ciągłość realizacji zadań (w szczególności prowadzenie leczenia ARV, prowadzenie PKD oraz telefonu zaufania AIDS).

Według NIK, jakkolwiek opisana sytuacja nie spowodowała bezpośrednich negatywnych skutków dla realizacji zadań Krajowego Programu to Krajowe Centrum oraz Minister Zdrowia powinni podejmować działania, które umożliwią Radzie Ministrów zatwierdzenie kolejnego pięcioletniego Harmonogramu realizacji Krajowego Programu<sup>23</sup> (tj. obejmującego lata 2017–2021) w terminie pozwalającym podmiotom zobowiązanym do realizacji ww. Programu opracowanie i przekazanie Krajowemu Centrum, harmonogramów rocznych na pierwszy rok obowiązywania ww. kolejnego Harmonogramu pięcioletniego, zgodnie z § 6 ust. 1 *rozporządzenia w sprawie Krajowego Programu* [str. 16–17].

**Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działania związane z zapobieganiem zakażeniom HIV<sup>24</sup>.**

Cztery z pięciu skontrolowanych podmiotów prowadzących PKD, prawidłowo realizowały obowiązki związane z ograniczaniem rozprzestrzeniania się zakażeń HIV (zapewnienie bezpłatnych i anonimowych testów w kierunku zakażenia HIV połączonego z poradnictwem). Na pozytywną ocenę zasługuje również wyłonienie przez Krajowe Centrum podmiotów prowadzących PKD, a także wydawców i dystrybutorów materiałów informacyjnych oraz realizatorów kampanii społecznych, programów profilaktycznych i szkoleń. W każdym województwie funkcjonowały Zespoły do spraw realizacji Krajowego Programu (wymóg § 9 ust. 1 *rozporządzenia w sprawie Krajowego Programu*), w skład których wchodził przedstawiciel administracji rządowej, samorządowej oraz organizacji pozarządowych, przy czym Krajowe Centrum aktywnie uczestniczyło w procesie ich powoływania.

<sup>21</sup> Zwanego dalej *Harmonogramem Programu*.

<sup>22</sup> Projekt przekazano Ministrowi Zdrowia 10 maja 2011 r., podczas gdy § 4 ust. 5 *rozporządzenia w sprawie Krajowego Programu* wymagał przedłożenia Harmonogramu do 30 czerwca 2011 r.

<sup>23</sup> Patrz § 4 *rozporządzenia w sprawie Krajowego Programu*.

<sup>24</sup> Obszar I i Obszar II Krajowego Programu.

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości dotyczyły: nieterminowej realizacji obowiązków sprawozdawczych wobec Krajowego Centrum (dotyczyło trzech PKD); niewłaściwego oznakowania placówek (dotyczyło dwóch PKD); niezgodnego z postanowieniami § 4 ust. 1 pkt 1 umowy zawartej z Krajowym Centrum okresowego ograniczenia dostępności do bezpłatnych i anonimowych testów w kierunku HIV w jednym PKD<sup>25</sup>; niewyegzekwowania przez Krajowe Centrum od pięciu podmiotów prowadzących PKD wymogu prowadzenia usług (czynności) w zakresie pobierania krwi, stanowiących działalność leczniczą w rozumieniu art. 3 ust. 1 w związku z art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej, tj. zgodnie z przepisami art. 100–102 tej ustawy, a od dwóch podmiotów prowadzących PKD nie wyegzekwowano wymogów dotyczących bazy lokalowej wykorzystywanej do prowadzenia działalności.

W ocenie NIK, skutki opisanych powyżej nieprawidłowości nie miały istotnego wpływu na efekty realizacji zadań i celów w ramach Krajowego Programu, tym niemniej właściwym jednostkom kontrolowanym przekazano stosowane uwagi i wnioski do realizacji [str. 18–22, 26–27].

NIK zwraca także uwagę, że skuteczna realizacja celu strategicznego polegającego na zapobieganiu zakażeniom HIV będzie możliwa wyłącznie w przypadku zapewnienia finansowania na odpowiednim poziomie wydatków na szeroko rozumianą profilaktykę. Tymczasem w latach 2007–2014 wydatki ponoszone na takie zadania w ramach Krajowego Programu stale malały (z 3,5 mln zł w 2007 r. do 2,6 mln zł w 2013 r.), co w latach 2012–2013<sup>26</sup> miało niekorzystny wpływ na poziom wykonania części zadań profilaktycznych Programu w wymiarze rzeczowym [str. 18–19].

**Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, wsparcie i opiekę zdrowotną dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS<sup>27</sup>.**

Dokonując oceny w powyższym zakresie, NIK uwzględniła przed wszystkim prawidłową realizację przez wszystkie skontrolowane ośrodki referencyjne obowiązków związanych z poprawą jakości życia i funkcjonowania osób żyjących z HIV/AIDS oraz ich rodzin i bliskich (prowadzenie leczenia ARV osób zakażonych HIV i chorych na AIDS połączonego z poradnictwem), spełnianie wymagań niezbędnych do prowadzenia terapii ARV (odpowiednie pomieszczenia, wyposażenie i kadra medyczna), a także przestrzeganie zaleceń Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS dotyczących diagnostyki wykonywanej u pacjentów przed rozpoczęciem oraz w trakcie leczenia ARV. Na pozytywną ocenę zasługuje również zapewnienie przez Krajowe Centrum dostępu do leków ARV i testów na nosicielstwo HIV, a także wyłonienie realizatorów różnorodnych inicjatyw skierowanych do osób seropozytywnych i ich rodzin (szkolenia, warsztaty, grupy wsparcia, działania środowiskowe, punkty informacyjne).

Poza przywołanymi w ocenie ogólnej, nieprawidłowościami dotyczącymi niezgłaszania przypadków zakażeń HIV przez lekarzy z ośrodków referencyjnych, stwierdzono naruszenie przez jeden ośrodek art. 26 ust. 2 ustawy o rachunkowości poprzez nieobjęcie leków ARV inwentaryzacją w 2012 r. (prawidłowej inwentaryzacji dokonano dopiero w 2013 r.), a także naruszenia przez Krajowe Centrum przepisów *Prawa zamówień publicznych* (w jednym z postępowań o udzielenie zamówienia publicznego naruszono art. 51 ust. 1 *Prawa zamówień publicznych* – co nie wpłynęło jednak na wynik postępowania, a we wszystkich postępowaniach naruszano art. 45 ust. 4

<sup>25</sup> Pod koniec roku 2012 i 2013 informowano, że na jednym dyżurze bezpłatnie będzie wykonanych tylko siedem testów.

<sup>26</sup> W 2014 r. kwota wydatków Krajowego Centrum na działania profilaktyczne wyniosła 2,4 mln zł.

<sup>27</sup> Obszar III Krajowego Programu.

w związku z art. 32 ust. 1 Pzp). Zdaniem NIK, opisane nieprawidłowości nie wpłynęły w istotny sposób na realizację Krajowego Programu, a właściwym podmiotom prowadzącym ośrodki referencyjne oraz Krajowemu Centrum przekazano uwagi i wnioski mające na celu ich usunięcie [str. 22]

### **Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie współpracę międzynarodową<sup>28</sup>.**

Dokonując powyższej oceny NIK uwzględniła zarówno skalę działań podjętych przez Krajowe Centrum na forum międzynarodowym (udział w 26 konferencjach/sympozjach, 19 posiedzeniach grup eksperckich, 6 szkoleniach/warsztatach, 8 wizytach studyjnych, realizacji 3 projektów międzynarodowych), jak również ich rangę (udział w inicjatywach regionalnych oraz ponadregionalnych). Na podkreślenie zasługuje fakt, że w kontrolowanym okresie Krajowe Centrum podejmowało działania polegające na wsparciu specjalistów zajmujących się problematyką HIV/AIDS u naszych wschodnich sąsiadów (szkolenia z zakresu diagnostyki i leczenia dla przedstawicieli Ukrainy, spotkanie informacyjne dla przedstawicieli Białorusi), co jest ważne w kontekście występującego tam wzrostu zakażeń. Ponadto w 2013 r. Krajowe Centrum realizowało obowiązki wynikające z powierzenia Polsce funkcji Przewodniczącego Rady Koordynacyjnej PCB UNAIDS<sup>29</sup>. Zdaniem NIK, opisane działania przysłużyły się pozyskaniu wiedzy o osiągnięciach i rozwoju metod leczenia w wiodących placówkach zagranicznych, budowaniu oraz umacnianiu autorytetu Polski w oczach zagranicznych partnerów, a uwzględniając skalę ruchu granicznego na wschodnich granicach Polski także pośrednio oddziaływały na stan zjawiska HIV/AIDS w naszym kraju [str. 22–23].

### **Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie monitoring Krajowego Programu<sup>30</sup>.**

Formułując powyższą ocenę NIK uwzględniła całość działań związanych z monitoringiem Programu podjętych przez Krajowe Centrum, które obejmowały: przyjęcie skutecznego systemu kontroli zarządczej w samym Krajowym Centrum, prowadzenie Elektronicznej Bazy Monitoringowej, prowadzenie Internetowej Bazy Leków, prowadzenie monitoringu prasy, a także szkoleń dla pracowników podmiotów zobowiązanych do realizacji Krajowego Programu. W ocenie NIK, Krajowe Centrum – będące koordynatorem realizacji Krajowego Programu – dzięki stworzonemu systemowi monitorowania posiadało wystarczającą wiedzę do bieżącej oceny stopnia realizacji poszczególnych celów i zadań przez wszystkie podmioty uczestniczące w Krajowym Programie [str. 23].

## **2.4 Wnioski**

**Ustalenia kontroli uzasadniają podjęcie przez Krajowe Centrum, w porozumieniu z Ministrem Zdrowia, działań mających na celu:**

- ♦ **zwiększenie w kolejnych latach udziału środków przeznaczanych na profilaktykę w ogólnej kwocie wydatków ponoszonych na zadania Krajowego Programu, co wynika z faktu, że zapobieganie zakażeniom i chorobom zakaźnym jest tańsze niż leczenie** [str. 18–20];
- ♦ **wypracowanie i wdrożenie metod umożliwiających także jakościowy pomiar efektów uzyskiwanych w toku realizacji poszczególnych celów Krajowego Programu. Zdaniem NIK, finansowanie zadań ze środków publicznych powinno być powiązane z pozyskiwaniem wiedzy o skuteczności podjętych działań** [str. 17–18];

<sup>28</sup> Obszar IV Krajowego Programu.

<sup>29</sup> Rada Programowa Wspólnego Programu Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS.

<sup>30</sup> Obszar V Krajowego Programu.



- ♦ **umożliwienie zatwierdzenia kolejnego pięcioletniego Harmonogramu realizacji Krajowego Programu<sup>31</sup> przez Radę Ministrów w terminie pozwalającym podmiotom zobowiązanym do realizacji ww. Programu opracować i przekazać Krajowemu Centrum, harmonogramy roczne na pierwszy rok obowiązywania ww. kolejnego Harmonogramu pięcioletniego, zgodnie z § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie Krajowego Programu [str. 16–17].**

**Ponadto, ustalenia kontroli wskazują, że uzasadnione jest podjęcie przez Głównego Inspektora Sanitarnego działań mających na celu sprawdzenie w skali kraju sposobu realizacji przez lekarzy obowiązków dotyczących zgłaszania zakażeń wirusem HIV wynikających z art. 27 ust. 1 ustawy o zakażeniach [str. 24–25].**

---

<sup>31</sup> Patrz § 4 rozporządzenia w sprawie Krajowego Programu.

### 3.1 Krajowe Centrum

Krajowe Centrum jest państwową jednostką budżetową podległą Ministrowi Zdrowia i działającą na podstawie wydawanych przez niego zarządzeń. Krajowe Centrum odpowiada za cały proces opracowania Krajowego Programu oraz późniejszą realizację każdego z jego pięciu obszarów na każdym etapie i dokonanie ewaluacji po jego zakończeniu<sup>32</sup>.

#### **Opracowanie i zatwierdzenie Harmonogramu realizacji Krajowego Programu na lata 2012–2016**

W § 4 ust. 1, 4 i 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. – w przypadku Krajowego Programu na lata 2012–2016). Minister Zdrowia został zobowiązany do przedłożenia Harmonogramu Radzie Ministrów do zatwierdzenia (§ 4 ust. 6 *rozporządzenia*). Przywołane rozporządzenie nie precyzuje terminu wykonania powyższego obowiązku przez Ministra Zdrowia, tym niemniej uzgadnianie i zatwierdzanie Harmonogramu na lata 2012–2016 winny uwzględniać datę 15 października 2011 r., do której podmioty zobowiązane do realizacji Krajowego Programu powinny przekazać Krajowemu Centrum harmonogramy roczne na 2012 r. (§ 6 ust. 1 ww. *rozporządzenia*).

Z ustaleń kontroli wynika, że opracowany przez Krajowe Centrum projekt dokumentu 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). W tym stanie rzeczy, podmioty zobowiązane do realizacji Krajowego Programu nie były w stanie przedłożyć Krajowemu Centrum harmonogramów na rok 2012 r. w terminie wskazanym w przedmiotowym rozporządzeniu.

Minister Zdrowia poinformował<sup>33</sup>, że powodem długotrwałego procesu uzgodnień wewnątrzresortowych projektu Harmonogramu na lata 2012–2016 był brak możliwości wcześniejszego zapewnienia w budżecie Ministra Zdrowia środków finansowych na profilaktykę oraz leczenie antyretrowirusowe zaplanowane w dokumencie. 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 w sprawie Krajowego Programu, obowiązujących podmioty uczestniczące w realizacji Krajowego Programu w zakresie opracowania harmonogramów rocznych na 2012 r., a pomimo tego udało się zachować ciągłość realizacji zadań z zakresu HIV/AIDS, w szczególności przez ośrodki referencyjne (leczenie ARV), PKD (wykonywanie testów w kierunku HIV połączone z bezpłatnym i anonimowym poradnictwem przed i po wykonaniu testu) oraz telefon zaufania AIDS (anonimowe poradnictwo).

<sup>32</sup> Patrz: Wykaz stosowanych skrótów i pojęć (str. 4 niniejszej Informacji) oraz Załącznik nr 2.

<sup>33</sup> Informacje uzyskane przez NIK na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 1 *ustawy o NIK*.



**Uwagi dotyczące badanej działalności**

**W ocenie NIK, opisana wyżej chronologia działań zmierzających do zatwierdzenia Harmonogramu przez Radę Ministrów, jakkolwiek nie zaburzyła ciągłości realizacji zadań z zakresu HIV/AIDS, to skutkowało przedłużaniem sporządzania przez podmioty zobowiązane do realizacji Krajowego Programu harmonogramów rocznych. Według NIK współdziałanie jednostek państwowych z innymi jednostkami (w tym organizacjami pozarządowymi) w obszarze realizacji zadań publicznych, winno odbywać się – zgodnie z zasadą legalizmu – z zachowaniem przepisów obowiązujących w tym zakresie.**

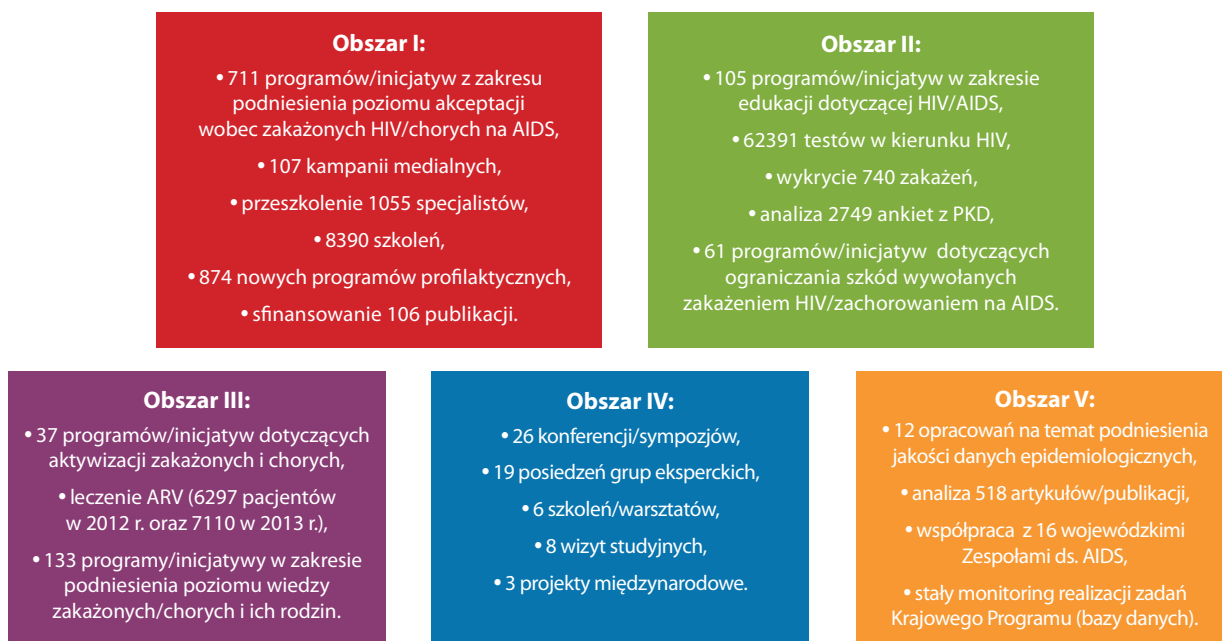
**Realizacja Krajowego Programu w świetle zawartych w nim wskaźników**

W Harmonogramie realizacji Krajowego Programu na lata 2012–2016 określono dla każdego z pięciu obszarów i dla wszystkich celów (ogólnych i szczegółowych) wskazanych w §1 i §2 *rozporządzenia w sprawie Krajowego Programu*: zadania do wykonania, grupy docelowe, podmioty realizujące i rok realizacji, a także 180 wskaźników wykonania<sup>34</sup>, przy czym były to wyłącznie wskaźniki ilościowe dotyczące **produktów** Programu (np. liczba kampanii/akcji/inicjatyw, liczba podmiotów, liczba uczestników/odbiorców, liczba programów/inicjatyw, liczba badań, liczba placówek).

Dokonana w toku kontroli NIK weryfikacja dokumentów merytorycznych i finansowych Krajowego Centrum dotyczących zadań zrealizowanych w ramach Krajowego Programu przez wszystkich uczestników w latach 2012–2013 wykazała, że przyjęte na te lata wskaźniki wykonania zadań zostały osiągnięte w każdym z pięciu obszarów Krajowego Programu.

Rysunek nr 1

Zestawienie najważniejszych efektów realizacji Krajowego Programu w latach 2012–2013



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z kontroli NIK.

<sup>34</sup> Dla obszaru I przyjęto 54 wskaźniki, dla obszaru II przyjęto 34 wskaźniki, dla obszaru III przyjęto 50 wskaźników, dla obszaru IV przyjęto 36 wskaźników, a dla obszaru V przyjęto 6 wskaźników. Szczegółowe dane dotyczące wskaźników wykonania zadań Krajowego Programu są dostępne na stronie <http://www.aids.gov.pl/publikacje/171/>.

Opisany wyżej pomiar ilościowy nie daje, zdaniem NIK, możliwości dokonania oceny efektywności i skuteczności (**rezultatów i oddziaływania**) działań w przypadku czterech celów szczegółowych obszarów I–III (cel 1a obszaru I<sup>35</sup>, cel 1a obszaru II<sup>36</sup>, cele 1a i 1b obszaru III<sup>37</sup>), które wymagają zastosowania wskaźników jakościowych. Tylko one dają bowiem możliwość oceny efektów uzyskanych dzięki realizacji Krajowego Programu w takich kluczowych zakresach jak: wzrost poziomu akceptacji społecznej dla osób żyjących z HIV/AIDS, wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS wśród ogółu społeczeństwa oraz w grupach o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych, poprawa jakości życia i funkcjonowania osób żyjących z HIV/AIDS ich rodzin i bliskich. Najistotniejszą przeszkodą w tworzeniu i posługiwaniu się przy ocenie efektów Krajowego Programu wskaźnikami jakościowymi okazał się brak wystarczających środków finansowych, gdyż np. w 2013 r. w postępowaniu przetargowym na Badanie społeczne dotyczące HIV/AIDS i zakażeń przenoszonych drogą płciową nie wpłynęła żadna oferta, a w powtórzonym postępowaniu Krajowe Centrum otrzymało tylko jedną ofertę, której wartość ponad dwukrotnie przekraczała kwotę planowaną na ten cel.

Obecnie analizie jakościowej podlegają rezultaty tylko niektórych realizowanych zadań: trendy zmian zachowań klientów PKD (analiza porównawcza zlecona przez Krajowe Centrum w 2014 r.), oceny poszczególnych PKD dokonywane przez ich klientów<sup>38</sup>, oceny stanu wiedzy uczestników szkoleń z zakresu HIV/AIDS<sup>39</sup>, badania skuteczności przekazu wybranych kampanii społecznych/medialnych. Krajowe Centrum ujęło środki na profilaktykę (w tym także na badania społeczne oraz opracowanie wskaźników jakościowych) w projekcie wydatków na zadania Krajowego Programu w latach 2012–2016, ale nie uzyskało akceptacji Ministra Zdrowia w tym zakresie.

#### **Uwagi dotyczące badanej działalności**

**W ocenie NIK, realizowanie kolejnych edycji Krajowego Programu powinno uwzględniać możliwość pomiaru ich skuteczności (osiąganych rezultatów i długofalowego oddziaływania) poprzez stosowanie wskaźników jakościowych, co umożliwi określenie w jakim stopniu wydatkowane środki publiczne wpływają na rozwiązanie danego problemu społecznego lub zdrowotnego.**

#### **3.1.1. Zapobieganie zakażeniom HIV<sup>40</sup>**

Na przestrzeni ostatnich ośmiu lat (2007–2014) kwota wydatków Krajowego Centrum związana z finansowaniem Krajowego Programu wzrosła niemal trzykrotnie (z 99,0 mln zł w 2007 r. do 283,1 mln zł w 2013 r. i 278,6 mln zł w 2014 r.). W tym samym okresie stałemu zmniejszaniu

<sup>35</sup> Cel 1a obszaru I: wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS u ogółu społeczeństwa oraz zmiany postaw, ze szczególnym uwzględnieniem odpowiedzialności za własne zdrowie i życie.

<sup>36</sup> Cel 1a obszaru II: wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS w celu zmniejszenia poziomu zachowań ryzykownych.

<sup>37</sup> Cel 1a obszaru III: poprawa jakości życia i funkcjonowania osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich.  
Cel 1b obszaru III: zwiększenie poziomu akceptacji społecznej wobec osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich.

<sup>38</sup> Wyniki ankiet dostępne na stronie internetowej Krajowego Centrum.

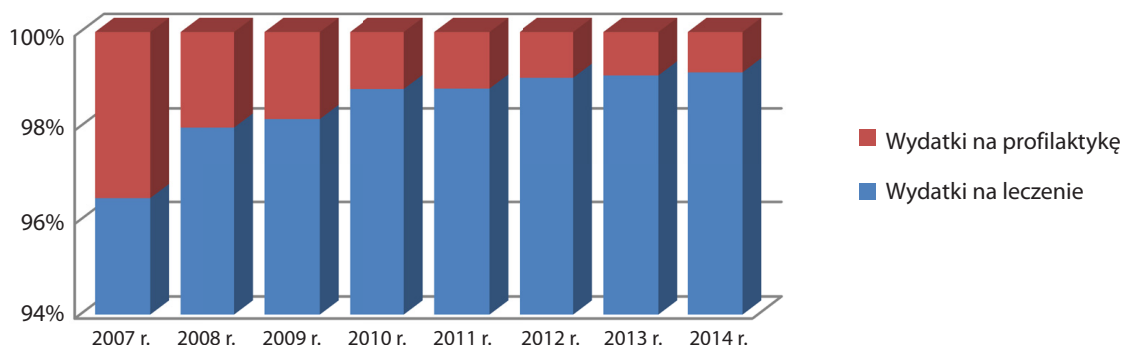
<sup>39</sup> Jw.

<sup>40</sup> W tym obszarze problemowym kontrolowano realizację działań skierowanych zarówno do ogółu społeczeństwa (obszar I Krajowego Programu), jak i do osób z grup o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych (obszar II Krajowego Programu), bowiem w obydwu przypadkach ich najważniejszym celem było zapobieganie zakażeniom HIV, a jednocześnie podobne były rodzaje realizowanych zadań (akcje promocyjne, informacyjno-edukacyjne, szkolenia/warsztaty).

ulegał jednak poziom wydatków dokonywanych w ramach Krajowego Programu na profilaktykę<sup>41</sup> (z 3,5 mln zł w 2007 r. do 2,6 mln zł w 2013 r. i 2,4 mln zł w 2014 r.), a także udział tych wydatków w łącznej kwocie wydatków na finansowanie Krajowego Programu (z 3,5% w 2007 r. do 0,9% w 2013 r. i 2014 r.).

Wykres nr 2

Udział środków na profilaktykę i leczenie w łącznych wydatkach Krajowego Centrum na realizację Krajowego Programu w latach 2007–2014



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z kontroli NIK.

W okresie objętym kontrolą (2012–2013) miało to ujemne konsekwencje dla wykonania części zadań profilaktycznych Programu w wymiarze rzeczowym. I tak w przypadku Krajowego Centrum, w obszarze I Krajowego Programu w zadaniu pn. *Kontynuacja modułów szkoleniowych (edukacyjno-profilaktycznych) ukierunkowanych na grupy docelowe, ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży, kobiet, oraz zgodnie z potrzebami i oceną aktualnej sytuacji epidemiologicznej*, nastąpiło zmniejszenie: liczby zorganizowanych szkoleń z 48 do 2, odbiorców szkoleń z 2 144 do 10, a liczby podmiotów realizujących szkolenia z 37 do 2.

W tym samym obszarze, zmniejszeniu z 9 570 do 9 006 uległa liczba odbiorców zadania pn. *Zwiększenie dostępności (promowanie, wspieranie, tworzenie) do systemu informacyjnego wykorzystującego wszystkie środki przekazu wśród ogółu społeczeństwa*. W przypadku administracji samorządowej w obszarze I Krajowego Programu w zadaniu pn. *Organizacja kampanii medialnych skierowanych do odpowiednio wybranych grup docelowych, zgodnie z potrzebami i oceną aktualnej sytuacji epidemiologicznej*, nastąpiło zmniejszenie liczby przeprowadzonych kampanii z 10 do 5, a w obszarze II Krajowego Programu w zadaniu pn. *Edukacja w zakresie ochrony przed zakażeniami przenoszonymi drogą płciową i/lub drogą krwi (w tym spowodowanych przyjmowaniem substancji psychoaktywnych drogą iniekcji) ze szczególnym uwzględnieniem HIV*, nastąpiło zmniejszenie liczby odbiorców z 664 do 46.

W przypadku państwowych jednostek organizacyjnych w obszarze I Krajowego Programu w zadaniu pn. *Podniesienie poziomu akceptacji społecznej wobec osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich poprzez inicjatywy mające na celu przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich, promujące postawy wolne od uprzedzeń i lęków*, nastąpiło zmniejszenie liczby podjętych inicjatyw ze 162 do 3, a w obszarze II w zadaniu pn. *Edukacja w zakresie ochrony przed zakażeniami przenoszonymi drogą płciową i/lub drogą krwi (w tym spowodowanych*

<sup>41</sup> Podane kwoty obejmują łączne wydatki poniesione na zadania obszaru I i obszaru II Krajowego Programu.

przyjmowaniem substancji psychoaktywnych drogą iniekcji) ze szczególnym uwzględnieniem HIV, ograniczeniu z 74 do 15 uległa liczba zrealizowanych projektów, czemu towarzyszyło zmniejszenie liczby odbiorców ze 184 470 do 24 198.

Tymczasem powszechnie wiadomo, że profilaktyka jest zawsze tańsza od leczenia farmakologicznego, a badania przeprowadzone na zlecenie Krajowego Centrum w 2004 r. wykazały, że tzw. *Współczynnik rentowności* profilaktyki HIV/AIDS w stosunku do kosztów leczenia wynosi 2,62<sup>42</sup>, co oznacza, że 1 zł wydany na profilaktykę pozwala zaoszczędzić 2,62 zł w wydatkach na leczenie.

W ocenie Dyrektora Centrum brak wystarczających środków na finansowanie profilaktyki był skutkiem kryzysu finansowego zmuszającego do szukania oszczędności, a obecnie w Polsce mamy do czynienia z relatywnie niską prevalencją zakażeń HIV43 i środki finansowe alokowane były często na rozwiązywanie innych problemów zdrowia publicznego, takich jak choroby niezakaźne czy onkologiczne.

#### **Uwagi dotyczące badanej działalności**

**W ocenie NIK, utrzymywanie się opisanej tendencji corocznego zmniejszania udziału wydatków Krajowego Centrum na profilaktykę w ogólnej kwocie wydatków na realizację Krajowego Programu w latach 2007–2013 wpływa negatywnie na długoterminową skuteczność i efektywność całego Programu, gdyż w dłuższej perspektywie czasowej może grozić niebezpiecznym marginalizowaniem działań profilaktycznych, które nie przynoszą przecież skutku natychmiastowego, a których rezultaty są widoczne dopiero po pewnym czasie.**

**Według NIK, to właśnie zmiana świadomości obywateli w zakresie zjawiska HIV/AIDS jest najskuteczniejszym środkiem dla realizacji najważniejszego celu, którym jest zapobieganie zakażeniom i przez to niedopuszczanie do późniejszych zachorowań.**

Stosownie do art. 100–102 *ustawy o działalności leczniczej*, podmioty lecznicze, o których mowa w art. 4 ww. ustawy oraz lekarze lub pielęgniarki wykonujący zawód w ramach praktyki zawodowej w rozumieniu art. 5 ww. ustawy są obowiązani do uzyskania wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Zgodnie z art. 3 ust. 1 i art. 2 ust. 1 pkt 10 ww. ustawy, działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, polegających na działaniach służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz innych działaniach medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Obejmuje ona zatem również działanie polegające na pobieraniu krwi w celu zdiagnozowania stanu zdrowia. Stosownie do art. 4 i art. 5 *ustawy o działalności leczniczej*, podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, a więc udzielającymi świadczeń zdrowotnych mogą być podmioty lecznicze, lekarze lub pielęgniarki wykonujący zawód w ramach praktyki zawodowej. Tymczasem Krajowe Centrum kontynuowało współpracę polegającą na prowadzeniu PKD z pięcioma podmiotami, które nie dostosowały się do wymogów określonych w ww. przepisach, bowiem w PKD wykonywano usługę pobierania krwi, a podmioty je prowadzące nie były zarejestrowane jako podmioty prowadzące działalność leczniczą (dot. PKD w Szczecinie,

<sup>42</sup> Agata Kuśnierek, Marek Zajic: *Ewaluacja Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 2004–2006*, str. 93–94, Warszawa 2008 r. (badanie wykonane na zlecenie Krajowego Centrum).

<sup>43</sup> Odsetek dorosłej populacji żyjącej z HIV.

Jeleniej Górze, Koszalinie, Rzeszowie i Lublinie)<sup>44</sup> i pomimo zawarcia z Krajowym Centrum w 2012 r. aneksów do umów umożliwiających powierzenie usługi poboru krwi podmiotowi leczniczemu lub pielęgniarce wykonującej zawód medyczny w ramach działalności leczniczej, nie skorzystały z tej możliwości. Krajowe Centrum nie wyegzekwowało od podmiotów prowadzących ww. PKD działań zapewniających dopełnienie wymagań w tym zakresie.

Po wejściu w życie nowej ustawy o działalności leczniczej Krajowe Centrum aneksowało wszystkie umowy na prowadzenie PKD zawarte z podmiotami rekomendowanymi przez Komisję Konkursową w protokole końcowym z postępowania 01/2012, wymagając, aby pomieszczenia PKD spełniały wszelkie wymagania wynikające z przepisów nowej ustawy. Jednocześnie Krajowe Centrum wyraziło zgodę na powierzenie podmiotowi leczniczemu całości lub części usługi specjalistycznej, polegającej na pobraniu materiału biologicznego oraz wykonaniu badań przesiewowych w kierunku zakażenia HIV, pod warunkiem spełniania wymogów określonych przepisami prawa dla tych podmiotów. Niewyegzekwowanie wymienionych warunków od ww. pięciu podmiotów prowadzących PKD było spowodowane tym, że w ww. podmiotach Krajowe Centrum nie przeprowadzało kontroli wizytującej, która mogłaby wykazać nieprawidłowości. Od 2014 r. wprowadzony został nowy rodzaj kontroli polegającej na weryfikacji dokumentów przesyłanych do Krajowego Centrum przez podmioty korzystające z dotacji, w tym także prowadzące PKD, co w ocenie NIK pozwoli na wyeliminowanie w przyszłości tego rodzaju nieprawidłowości.

Krajowe Centrum zawarło umowy na prowadzenie PKD we Wrocławiu i Łodzi z dwoma podmiotami, które nie spełniły wymogów określonych w dokumentach wewnętrznych Krajowego Centrum<sup>45</sup> dotyczących bazy lokalowej wykorzystywanej do prowadzenia działalności (do oferty nie dołączono wymaganej umowy przyrzeczenia użyczenia lokalu do prowadzenia PKD lub oświadczenia, że PKD znajduje się w strukturze ZOZ, ani też umowy najmu/użyczenia lokalu).

Do nieprawidłowości doszło wskutek przyjęcia przez Komisję Konkursową stanowiska, że postanowienia umowy dotyczące miejsca realizacji zadania publicznego jednoznacznie wskazują, iż PKD znajdują się w strukturach podmiotów leczniczych, a kierując się powyższym oraz wieloletnią współpracą i wynikami wcześniejszych kontroli (w 2010 r.) połączonych z wizytacjami punktów znajdujących się w strukturach ZOZ we Wrocławiu (od 2006 roku) oraz w Łodzi (od 2009 roku), Komisja rekomendowała ich oferty do realizacji.

W postępowaniu konkursowym 01/2012 na prowadzenie PKD, w ogłoszeniu o konkursie Krajowe Centrum zmieniło warunki udziału wymagane od oferentów na podstawie *Procedury wyboru w roku 2012 realizatorów programów profilaktycznych w ramach projektu Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zwalczania AIDS i Zapobiegania zakażeniom HIV na lata 2012–2016*<sup>46</sup>. 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.

<sup>44</sup> Dane dotyczące statusu podmiotów prowadzących PKD zostały zweryfikowane przez Krajowe Centrum w trakcie kontroli NIK.

<sup>45</sup> Procedura wyboru oraz ogłoszenie o konkursie.

<sup>46</sup> Zwanej dalej *Procedurą wyboru*.



Opisana zmiana była spowodowana omyłką pracownika, a w toku kontroli NIK stwierdzono dokonanie przez Krajowe Centrum w 2013 r. stosownych poprawek w obowiązujących dokumentach konkursowych na prowadzenie PKD.

### 3.1.2. Wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS

Krajowe Centrum odpowiadało za wyłonienie realizatorów programu ARV oraz zapewnienie im dostaw niezbędnych leków ARV. Udzielanie przez Krajowe Centrum zamówień publicznych na sprzedaż, magazynowanie i dostawę tych leków, poprzedzone było weryfikacją stosownych zapotrzebowań ośrodków referencyjnych składanych do Krajowego Centrum oraz analizą bieżących stanów magazynowych danego leku i analizą ilości oraz asortymentu leków niezbędnych do zapewnienia terapii ARV leczonych pacjentów wg danych uzyskanych z komputerowej bazy monitorującej.

We wszystkich postępowaniach o udzielanie zamówień publicznych na sprzedaż, magazynowanie i dostawę leków ARV w latach 2012–2013, wartość wadium żadanego od oferentów, wyliczano od wartości brutto zamówienia tj. z naruszeniem art. 45 ust. 4, w związku z 32 ust. 1 *Pzp*, zgodnie z którymi podstawą wyliczenia wadium jest wartość netto zamówienia. Powyższą zasadę stosowano wobec wszystkich oferentów, nie miało to zatem wpływu na wyniki postępowań. Łączna kwota zawyżonych w ww. okresie wartości wadium wyniosła 1 688 033,21 zł.

W ogłoszeniu o postępowaniu nr 270/7/2012 (udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu ograniczonego na sprzedaż, magazynowanie i dostawę leków ARV, których wartość brutto wg zawartej później umowy wyniosła 6 269 938 zł), Krajowe Centrum podało, że zaprosi do składania ofert wykonawców w liczbie od 1 do 20. Stanowiło to naruszenie art. 51 ust. 1 *Pzp*, zgodnie z którym liczba wykonawców spełniających warunki udziału w postępowaniu, którzy zostaną zaproszeni do składania ofert, nie może być niższa niż 5 i wyższa niż 20.

Dyrektor Krajowego Centrum w złożonych wyjaśnieniach podała, że przyjmując w ogłoszeniu liczbę zaproszonych oferentów kierowano się treścią art. 51 ust. 3 *Pzp*, dopuszczającym mniejszą niż 5 liczbę zaproszonych wykonawców. NIK nie podzielając stanowiska Krajowego Centrum w tym zakresie, zwraca uwagę na niebudzące wątpliwości brzmienie art. 51 ust. 1 *Pzp*, a także na fakt, że zastosowanie art. 51 ust. 3 *Pzp* może nastąpić wyłącznie w przypadkach kiedy liczba wykonawców spełniających warunki udziału w postępowaniu będzie niższa niż wskazana przez Zamawiającego w ogłoszeniu.

Wskazanie przez Krajowe Centrum w ogłoszeniu nieprawidłowej liczby wykonawców zaproszonych do składania ofert nie miało wpływu na rozstrzygnięcie postępowania przetargowego (ofertę złożył tylko jeden podmiot).

### 3.1.3. Współpraca międzynarodowa

W okresie objętym kontrolą, pracownicy Krajowego Centrum wzięli udział w różnorodnych przedsięwzięciach międzynarodowych o charakterze regionalnym i ponadregionalnym, w tym: w 26 konferencjach/sympozjach, 19 posiedzeniach grup eksperckich, sześciu szkoleniach/warsztatach, ośmiu wizytach studyjnych, a także uczestniczyli w realizacji trzech projektów międzynarodowych<sup>47</sup>.

<sup>47</sup> Tematy projektów międzynarodowych: *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)*.

W październiku 2012 r. Krajowe Centrum zorganizowało na Ukrainie wizytę studyjną UNAIDS, która w 2013 r. skutkowałą przeprowadzeniem w polskich laboratoriach referencyjnych cyklu czterech szkoleń dla 24 diagnostów ukraińskich w zakresie najnowszych technik laboratoryjnych HIV/AIDS. W maju 2013 r. Krajowe Centrum odwiedzili przedstawiciele Białorusi, którym przekazano polskie doświadczenia w zakresie organizacji systemu zwalczania HIV/AIDS. W okresie luty – czerwiec 2013 r. w ramach projektu HIV COBATEST, w dwóch polskich PKD (Warszawa i Wrocław) przeprowadzono pilotażowe badania nad użyciem szybkich testów w diagnostyce HIV, wykonując 936 szybkich testów (57,4% wszystkich testów wykonanych w ramach projektu). Przystąpienie do projektu JOINT ACTION (planowany na lata 2012–2016) umożliwi Krajowemu Centrum dostęp do zakładanych rezultatów, którymi będą m.in.:

- ♦ praktyczne narzędzia jakości zaadaptowane do obszaru zapobiegania HIV (planuje się opracowanie pięciu takich narzędzi),
- ♦ podręcznik dot. wyboru zastosowania odpowiednich narzędzi w zależności od przypadku,
- ♦ moduły treningowe oraz kurs e-learningowy dla każdego z narzędzi,
- ♦ opracowania studiów przypadku (case studies) programów zapobiegania HIV, które zastosowały ww. narzędzia jakości,
- ♦ karta na rzecz jakości w zakresie zapobiegania HIV, która będzie źródłem informacji m.in. dla decydentów politycznych i planistów.

Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, że Krajowe Centrum w 2013 r. realizowało obowiązki<sup>48</sup> wynikające z powierzenia Polsce funkcji Przewodniczącego Rady Koordynacyjnej PCB UNAIDS. Zdaniem NIK, zarówno skala, ranga jak i rezultaty wymienionych działań wpłynęły pozytywnie na oceny Polski dokonywane przez zagranicznych partnerów współpracujących z naszym krajem w zakresie rozwiązywania problemów związanych ze zjawiskiem HIV/AIDS, a także umożliwiły skorzystanie z dorobku i osiągnięć wiodących ośrodków zagranicznych.

### 3.1.4. Monitoring Krajowego Programu

Krajowe Centrum zbudowało system monitorowania realizacji Krajowego Programu, na który składają się: wewnętrzny system kontroli zarządczej (obowiązkowe analizy ryzyka oraz miesięczne i kwartalne zestawienia rzeczowo-finansowe dla każdego obszaru Krajowego Programu), Elektroniczna Baza Monitoringowa (katalogowanie i przegląd zadań planowanych i realizowanych w ramach Krajowego Programu), Internetowa Baza Leków (możliwość nadzoru 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), monitorowanie prasy pod kątem występowania tematów związanych z HIV/AIDS (łącznie 803 tytuły prasowe), coroczne szkolenia dla podmiotów zobowiązanych do realizacji Krajowego Programu (możliwość wymiany doświadczeń oraz uzgadniania trybu i zakresu działań).

<sup>48</sup> Polegały one między innymi na prowadzeniu Biura PCB UNAIDS i całościowym organizowaniu jego prac (organizacja i prowadzenie: posiedzeń Biura, wizyt studyjnych, spotkań grup roboczych, pracy komitetu nadzorującego ewaluację uczestnictwa przedstawicieli społeczeństwa obywatelskiego, cyklicznych spotkań przedstawicielstw dyplomatycznych w Genewie; monitorowanie działań innych organizacji międzynarodowych).

### 3.2 Jednostki prowadzące ośrodki referencyjne

Ośrodki referencyjne w zakresie leczenia ARV działają w Polsce w strukturze podmiotów medycznych, które zostały wybrane przez Krajowe Centrum w drodze konkursu przeprowadzanego na podstawie Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych<sup>49</sup>. Postanowienia umów zawartych z Krajowym Centrum nakładały na jednostki prowadzące ośrodki referencyjne obowiązki obejmujące prowadzenie leczenia ARV oraz sporządzanie i przekazywanie kwartalnych sprawozdań z prowadzonego leczenia.

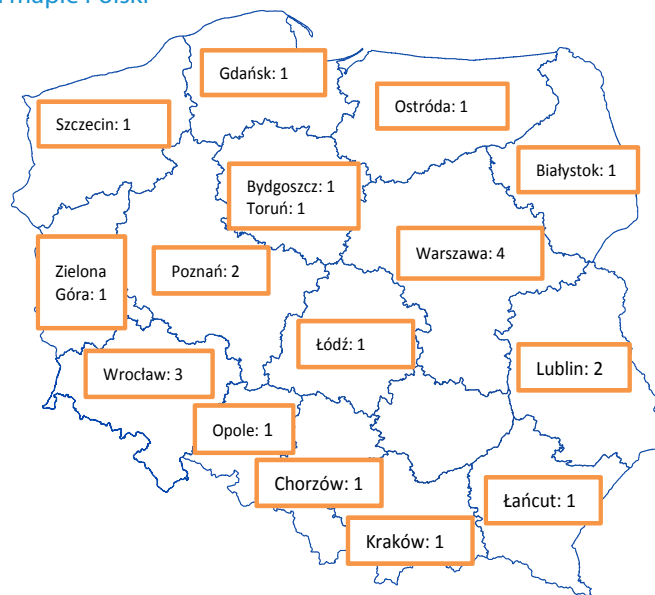
W każdym ze skontrolowanych ośrodków referencyjnych obowiązki związane z prowadzeniem leczenia ARV (diagnostyka wstępna, terapia, monitorowanie efektów terapii) były realizowane prawidłowo.

Dwa podmioty medyczne<sup>50</sup> prowadzące ośrodki referencyjne przekazywały do Krajowego Centrum sprawozdania z prowadzonego leczenia z opóźnieniami (od jednego do 39 dni), co w obydwu przypadkach odpowiedzialni Dyrektorzy placówek tłumaczyli ograniczonymi możliwościami kadrowymi.

W trzech ośrodkach referencyjnych lekarze nie dopełniali ponadto obowiązków określonych w art. 27 ust. 1 *ustawy o zakażeniach*, zgodnie z którym lekarz (lub felczer) podejrzewający lub rozpoznający zakażenie/chorobę zakaźną lub zgon z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, jest obowiązany do niezwłocznego (nie później niż w ciągu 24 godzin od chwili powzięcia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z takiego powodu) zgłoszenia tego faktu podmiotowi właściwemu do spraw zgłaszania chorób zakaźnych, zakażeń lub zgonów z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej<sup>51</sup>.

Rysunek nr 2

Ośrodki referencyjne na mapie Polski



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Centrum.

<sup>49</sup> Dz. Urz. MZ z 2010 r. Nr 4, poz. 32.

<sup>50</sup> Dotyczy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu oraz Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ.

<sup>51</sup> Zgodnie z § 8 rozporządzenia z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej (Dz. U. z 2013 r. poz. 848), które weszło w życie z dniem 10 sierpnia 2013 r., zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ww. powodów powinny być przekazywane państwowemu powiatowemu lub granicznemu inspektorowi sanitarnemu. W okresie od 1 stycznia 2012 r. do 10 sierpnia 2012 r. podmiotami właściwymi w ww. sprawie byli państwowy powiatowy lub wojewódzki lub graniczny (od 3 września 2012 r.) inspektor sanitarny lub inny podmiot właściwy (art. 27 ust. 1 ustawy o zakażeniach).



W przypadku Poradni Diagnostyki i Terapii AIDS Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie oraz Poradni Profilaktyczno-Leczniczej Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ we Wrocławiu, NIK stwierdziła niezgłoszenie w latach 2012–2013 żadnego (100%) z nowo rozpoznanych przypadków zakażenia HIV w liczbie 320 (po 160 w każdej placówce). Fakt niezgłaszania potwierdziły miejscowo właściwe organy państwowej inspekcji sanitarnej.

W obydwu przypadkach, odpowiedzialni za dopuszczenie do powstania nieprawidłowości Zastępcy Dyrektorów placówek ds. medycznych tłumaczyli, że odstępowano od dokonywania zgłoszeń, gdyż obowiązek taki spoczywa także na laboratoriach diagnostycznych dokonujących badań w kierunku występowania zakażeń (art. 29 ust. 1 *ustawy o zakażeniach*), a wg wiedzy lekarzy był on realizowany.

Dnia 23 września 2014 r. (tj. w trakcie kontroli NIK) Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Chorzowie<sup>52</sup> skontrolował prawidłowość dokonywania zgłoszeń zakażenia wirusem HIV w Poradni Diagnostyki i Terapii AIDS Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie, potwierdzając naruszenie w latach 2012–2013 art. 27 ust. 1 *ustawy o zakażeniach* oraz wymierzając osobie odpowiedzialnej karę grzywny.

#### **Uwagi dotyczące badanej działalności**

**W ocenie NIK, ustawowy obowiązek dokonania zgłoszenia przez lekarza przypadku ujawnionego zakażenia HIV/zachorowania na AIDS zachodzi niezależnie od tego czy dokonał tego wcześniej kierownik laboratorium diagnostycznego, a każdy z nich jest obowiązany wywiązać się z obowiązków wynikających odpowiednio z art. 27 ust. 1 oraz art. 29 ust. 1 *ustawy o zakażeniach*.**

W przypadku Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu, NIK stwierdziła, że 18 zgłoszeń (78%) nowo rozpoznanych przypadków zakażeń HIV/zachorowań na AIDS lub zgonu z tych powodów dokonano w terminie przekraczającym 24 godziny od rozpoznania (w jednym przypadku opóźnienie wyniosło aż 80 dni).

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że opóźnienia były spowodowane przyjętymi rozwiązaniami organizacyjnymi, przy których może dochodzić do błędnego kwalifikowania zdarzeń, co podlega weryfikacji dopiero na poziomie placówki inspekcji sanitarnej.

#### **Uwagi dotyczące badanej działalności**

**W ocenie NIK, argumentacja zawarta w wyjaśnieniach nie uzasadnia usprawiedliwienia stwierdzonej nieprawidłowości, gdyż celem przepisu art. 27 ust. 1 *ustawy o zakażeniach* jest zapewnienie bezzwłocznego (w ciągu 24 godzin) przekazania informacji o stwierdzonym zakażeniu, a kierownictwo placówek służby zdrowia było zobowiązane do przyjęcia skutecznych rozwiązań organizacyjnych w tym zakresie.**

We Wrocławskim Centrum Zdrowia<sup>53</sup> na koniec 2012 r. nie przeprowadzono inwentaryzacji leków ARV posiadanych przez Poradnię Profilaktyczno-Leczniczą, ponieważ Zarządzenie Dyrektora WCZ z dnia 12 listopada 2012 r. w sprawie przeprowadzenia i rozliczenia inwentaryzacji za 2012 r.,

<sup>52</sup> Zwany dalej PPIS.

<sup>53</sup> Zwanym dalej WCZ.

nie obejmowało spisu z natury leków innych niż odurzające i substytucyjne. Stanowiło to naruszenie art. 26 ust. 2 ustawy o rachunkowości, zgodnie z którym inwentaryzacją drogą spisu z natury obejmuje się również znajdujące się w jednostce składniki aktywów, będące własnością innych jednostek, powierzone jej do sprzedaży, przechowania, przetwarzania lub używania, powiadamiając te jednostki o wynikach spisu.

Opisana nieprawidłowość została usunięta zarządzeniem Dyrektora W CZ z 19 sierpnia 2013 r., zgodnie z którym inwentaryzacją objęte zostały także leki ARV pozostające w dyspozycji Poradni Profilaktyczno-Lecznicznej.

### 3.3 Jednostki prowadzące PKD

PKD to placówki prowadzone przez podmioty wyłaniane przez Krajowe Centrum w trybie konkursowym przeprowadzonym na podstawie przepisów ustawy z dnia 23 kwietnia 2003 r. *o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*<sup>54</sup>. Postanowienia umów zawartych z Krajowym Centrum nakładały na jednostki prowadzące PKD obowiązki obejmujące prowadzenie bezpłatnego i anonimowego testowania w kierunku HIV połączonego z poradnictwem przed i po teście, a także sporządzanie comiesięcznych sprawozdań z prowadzonej działalności.

Rysunek nr 3

Punkty konsultacyjno-diagnostyczne (PKD) na mapie Polski



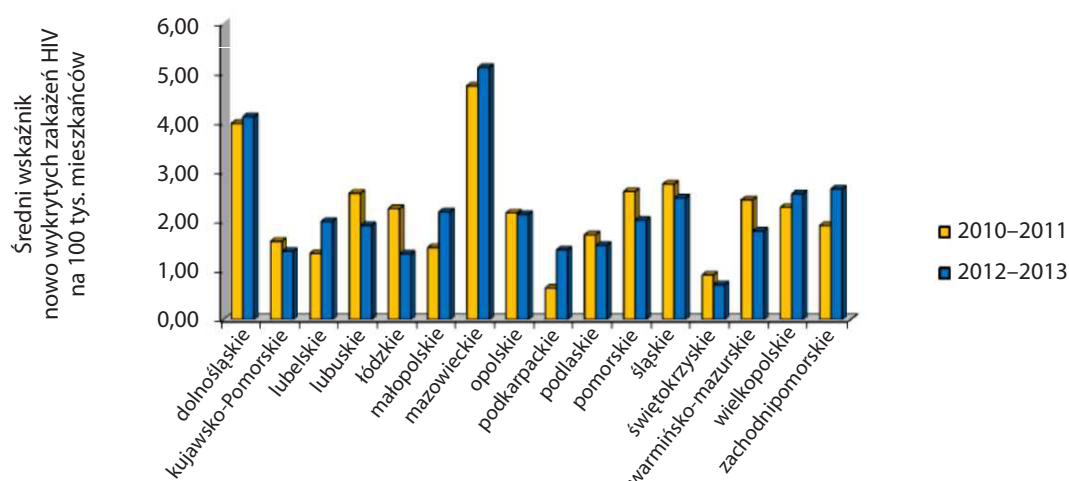
Źródło: Opracowanie Krajowego Centrum ds. AIDS.

Tryb konkursowy wyłaniania podmiotów mających prowadzić PKD przesądza o tym, że Krajowe Centrum nie ma bezpośredniego wpływu na lokalizację tych placówek na terenie Polski. Zauważyć należy, że największa liczba PKD funkcjonuje w dwóch województwach (mazowieckie, dolnośląskie), w których w latach 2010–2013 występował najwyższy wskaźnik nowo wykrytych zakażeń HIV na 100 tys. mieszkańców, co pozytywnie świadczy o aktywności lokalnych środowisk zajmujących się problemem HIV/AIDS (administracja samorządowa, organizacje pozarządowe).

<sup>54</sup> Dz. U. z 2014 r., poz. 1118 ze zm.

Wykres nr 3

Wskaźnik nowo wykrytych zakażeń HIV na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach



Źródło: Opracowanie NIZP-PZH.

W jednym PKD (Kielce, ul. Karczówkowska 36), w drugiej połowie roku 2012 oraz w drugiej połowie roku 2013 informowano zgłaszające się osoby, że w trakcie jednego dyżuru bezpłatnie wykonanych będzie tylko siedem testów, a pozostałe osoby mogą skorzystać z badania płatnego po kosztach pracy laboratorium. Naruszało to postanowienia § 4 ust. 1 pkt 1 umowy na prowadzenie PKD zawartej z Krajowym Centrum. Prezes stowarzyszenia prowadzącego PKD wyjaśniał, że decyzje o ograniczeniach były podejmowane po *przeliczeniu pozostałej do końca roku kwoty z dotacji, a także, że mimo proponowania wykonywania testu za częściową opłatą nie odmawiano klientom PKD profesjonalnego poradnictwa przed i po teście*. Opisana nieprawidłowość została przez stowarzyszenie usunięta w trakcie kontroli NIK i z tego powodu nie formułowano w tym zakresie wniosków pokontrolnych.

Dwie organizacje pozarządowe prowadzące PKD w Chorzowie (ul. Zjednoczenia 10) oraz we Wrocławiu (ul. Wszystkich Świętych 2b) nie oznakowały lokali w sposób zgodny z wymogami umów zawartych z Krajowym Centrum (w obydwu przypadkach na tablicy informacyjnej nie wskazano, że badania są wykonywane bezpłatnie i anonimowo), przy czym stowarzyszenie prowadzące PKD w Chorzowie przystąpiło do usuwania nieprawidłowości jeszcze w trakcie kontroli NIK (zamówiono tablicę z pełną informacją).

Trzy organizacje pozarządowe prowadzące PKD w Warszawie (ul. Chmielna 4), Białymstoku (ul. Św. Rocha 3) oraz we Wrocławiu (ul. Wszystkich Świętych 2b) naruszały obowiązki sprawozdawcze wobec Krajowego Centrum, co polegało na nieterminowym przekazywaniu sprawozdań rocznych (opóźnienia sięgały nawet 30 dni) lub miesięcznych zestawień z wykonanych testów przesiewowych (opóźnienia 4–13 dni – dot. PKD z Wrocławia).

Zdaniem NIK, opisane wyżej nieprawidłowości nie wpłynęły w sposób istotny na warunki realizacji Krajowego Programu i uzyskane efekty.

### 4.1 Przygotowanie kontroli

Realizacja Krajowego Programu nie była przedmiotem kontroli NIK od 2004 r. W oparciu o dobór celowy<sup>55</sup>, kontrolą objęto podmioty kluczowe z punktu widzenia osiągnięcia celów programu: Krajowe Centrum (koordynator realizacji Krajowego Programu i jeden z jego najważniejszych uczestników), 25% jednostek realizujących program ARV (najkosztowniejsza część Krajowego Programu) i 20% jednostek prowadzących PKD (struktury odpowiadające za umożliwienie dokonania anonimowego i bezpłatnego testu w kierunku HIV).

W toku prowadzenia czynności kontrolnych, szczególną uwagę zwracano na rzetelność działań koordynatora Krajowego Programu (Krajowe Centrum), zapewnienie przez wszystkie podmioty bezpieczeństwa osób zgłaszających się w celu wykonania diagnostyki w kierunku HIV/AIDS jak i późniejszego leczenia ARV, a także dbałość o bezpieczeństwo społeczeństwa związane z występowaniem zagrożenia zakażeniami HIV/zachorowaniami AIDS (realizacja programów profilaktyki, zgłaszanie przypadków zakażeń/zachorowań).

### 4.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Kontrolę przeprowadzono w okresie od 29 lipca do 14 listopada 2014 r.

Opis ustalonego stanu faktycznego, ocena kontrolowanej działalności oraz uwagi i wnioski przedstawione zostały w 12 wystąpieniach pokontrolnych.

W ośmiu z ww. 12 wystąpień NIK sformułowała łącznie 22 wnioski pokontrolne, z których pięć przedstawiono Krajowemu Centrum, dziesięć skierowano do szpitali prowadzących ośrodki referencyjne, a siedem adresowano do czterech organizacji pozarządowych prowadzących PKD.

Wnioski skierowane do Krajowego Centrum dotyczyły:

1. Podjęcia działań mających na celu wprowadzenie wskaźników jakościowych do oceny skuteczności realizacji Krajowego Programu w obszarach I–III.
2. Podjęcia działań pozwalających zapewnić zwiększenie w ramach Krajowego Programu udziału środków przeznaczonych na realizację działań profilaktycznych.
3. Wyegzekwowania 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. Wyegzekwowania wymogów określonych w dokumentach wewnętrznych Krajowego Centrum (procedury wyboru realizatorów zadania, ogłoszenia) dotyczących bazy lokalowej wykorzystywanej do prowadzenia działalności, od podmiotów prowadzących PKD w Łodzi (ul. Kniaziewicz 1/5) i Wrocławiu (ul. Podwałe 74 ofic. 23).
5. Określania 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*.

<sup>55</sup> Do kontroli wybrano jednostki realizujące zadania Krajowego Programu w województwach o zróżnicowanym natężeniu występowania zakażeń HIV w 2012 r. [niskie w województwie świętokrzyskim (6) i podlaskim (20), średnie w województwie śląskim (84), wysokie w województwie mazowieckim (228) i dolnośląskim (108)].

Wnioski NIK ujęte w wystąpieniach skierowanych do podmiotów leczniczych prowadzących ośrodki referencyjne dotyczyły następujących zagadnień:

1. Spełniania wymogów art. 27 ust. 1 ustawy o zakażeniach tj. zgłaszania stwierdzonych przypadków zakażenia HIV i zachorowań na AIDS i przestrzegania obowiązujących w tym zakresie terminów. (trzy wnioski<sup>56</sup>).
2. Terminowego przekazywania Krajowemu Centrum raportów z prowadzonego leczenia ARV (dwa wnioski<sup>57</sup>).
3. Spełniania wymogów § 5 ust. 1 umowy zawartej z Krajowym Centrum tj. niezwłoczne informowanie Krajowego Centrum o przypadkach konieczności zwrotu leków ARV o krótkim terminie ważności (dwa wnioski<sup>58</sup>).
4. Dokonywania zamówień leków ARV w Krajowym Centrum według wzoru ustalonego w zawartej umowie 38/W/2012 (jeden wniosek<sup>59</sup>).
5. Uregulowania zasad korzystania przez organizację pozarządową z gabinetu zabiegowego należącego do Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ (jeden wniosek<sup>60</sup>).

Do organizacji pozarządowych prowadzących PKD, NIK skierowała wnioski o:

1. Terminowe składanie do Krajowego Centrum wymaganych sprawozdań z wykonania testów przesiewowych w kierunku zakażenia AIDS (trzy wnioski<sup>61</sup>).
2. Oznakowanie PKD tablicą z pełną informacją wskazaną w Standardach funkcjonowania PKD (jeden wniosek<sup>62</sup>).
3. Sporządzanie sprawozdań końcowych realizacji zadania publicznego z uwzględnieniem wszystkich kosztów własnych organizacji pozarządowej (jeden wniosek<sup>63</sup>).
4. Wykorzystywanie na realizację zadania także odsetek od kwot przekazywanych przez Krajowe Centrum zgodnie z § 2 pkt 3 zawartej umowy (jeden wniosek<sup>64</sup>).

Z otrzymanych odpowiedzi na wystąpienia pokontrolne, w których sformułowano łącznie 22 wnioski wynika, że według stanu na dzień 23 grudnia 2014 r. czterej adresaci wystąpień zrealizowali trzy wnioski, a osiem było w fazie realizacji.

Do jednego z wniosków sformułowanych w wystąpieniu pokontrolnym do WCZ wniesiono zastrzeżenia, które zostały uwzględnione przez Zespół Orzekający Komisji Rozstrzygającej.

<sup>56</sup> Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ (Wrocław), Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego (Wrocław), Szpital Specjalistyczny w Chorzowie.

<sup>57</sup> Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ (Wrocław), Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego (Wrocław).

<sup>58</sup> Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ (Wrocław), Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego (Wrocław).

<sup>59</sup> Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ (Wrocław).

<sup>60</sup> Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ (Wrocław).

<sup>61</sup> Stowarzyszenie na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym „Podwale Siedem” (Wrocław), Społeczny Komitet ds. AIDS (Warszawa), Stowarzyszenie „FAROS” (Białystok).

<sup>62</sup> Stowarzyszenie na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym „Podwale Siedem” (Wrocław), Górnośląskie Stowarzyszenie „Wspólnota” z Chorzowa zamówiło wymaganą tablicę w trakcie kontroli NIK.

<sup>63</sup> Stowarzyszenie na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym „Podwale Siedem” (Wrocław).

<sup>64</sup> Główna Księgowa Fundacji Edukacji Społecznej z Warszawy odstąpiła od wyliczania odsetek ze względu na ich znikomą wysokość (rocznie ok.3 zł).

Krajowe Centrum w odpowiedzi na wystąpienie pokontrolne stwierdziło, między innymi, że kontrola NIK w organizacjach pozarządowych i placówkach leczniczych w wielu ośrodkach na terenie kraju przyczyniła się do lepszego zrozumienia dla wymagań Krajowego Centrum ds. AIDS wobec tych podmiotów, a uwagi przedstawione przez kontrolerów na szczeblu lokalnym dają także nadzieję na wzmocnienie w przyszłości spójności działań z literą prawa.

Kontrola przeprowadzona przez PPIS w Chorzowie dnia 27 października 2014 r. (tj. już po zakończeniu czynności kontrolnych przez NIK) wykazała, że w Poradni Diagnostyki i Terapii AIDS Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie obowiązek zgłaszania nowych zakażeń był na bieżąco realizowany.



## Wykaz skontrolowanych podmiotów oraz ocen skontrolowanej działalności

Lp.	Nazwa kontrolowanej jednostki	Siedziba	Ocena NIK zawarta w wystąpieniu pokontrolnym
1.	Krajowe Centrum ds. AIDS	Warszawa	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
2.	Wojewódzki Szpital Zakaźny	Warszawa	Pozytywna
3.	Stowarzyszenie Społeczny Komitet ds. AIDS	Warszawa	Pozytywna
4.	Fundacja Edukacji Społecznej	Warszawa	Pozytywna
5.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny	Białystok	Pozytywna
6.	Stowarzyszenie „FAROS”	Białystok	Pozytywna
7.	Szpital Specjalistyczny	Chorzów	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
8.	Górnośląskie Stowarzyszenie „Wspólnota”	Chorzów	Pozytywna
9.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego	Wrocław	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
10.	Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ	Wrocław	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
11.	Stowarzyszenie na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym „Podwale Siedem”	Wrocław	Pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości
12.	Stowarzyszenie „Nadzieja Rodzinie”	Kielce	Pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości

Wystąpienia pokontrolne skierowane do kierowników skontrolowanych jednostek zamieszczone są na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Najwyższej Izby Kontroli pod adresem: <http://bip.nik.gov.pl/kontrole/wyniki-kontroli-nik/>.

## Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

### **Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS**

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15.02.2011 r. w sprawie Krajowego Programu weszło w życie dnia 16 marca 2011 r., a podstawą jego wydania jest art. 4 ust. 1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Przedmiotowe rozporządzenie wskazuje:

- ♦ pięć obszarów, w których Krajowy Program ma być realizowany wraz z ich zakresem szczegółowym (§ 1),
- ♦ cele ogólne i szczegółowe dla każdego z obszarów (§ 2 oraz załącznik do rozporządzenia),
- ♦ realizatora i koordynatora realizacji Krajowego Programu (§ 3),
- ♦ tryb opracowania i zatwierdzenia Harmonogramu realizacji Krajowego Programu (§ 4),
- ♦ podmioty obowiązane do realizacji Krajowego Programu (§ 5),
- ♦ tryb opracowania i zatwierdzenia harmonogramów rocznych (§ 6),
- ♦ tryb realizacji przez zobowiązane podmioty obowiązków sprawozdawczych z realizacji Krajowego Programu według harmonogramów rocznych i Harmonogramu całego programu (§ 7–8),
- ♦ terminy i tryb powołania na poziomie województw Zespołów do spraw realizacji Krajowego Programu (§ 9),
- ♦ zakres i tryb prowadzenia monitorowania realizacji Krajowego Programu (§ 10).



Tabela nr 1

Cele ogólne i cele szczegółowe w ramach obszarów realizacji krajowego programu zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS

Lp.	Obszary	Cele ogólne	Cele szczegółowe
I.	<b>Zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa</b>	1. ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV	a) wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS u ogółu społeczeństwa oraz zmiany postaw, ze szczególnym uwzględnieniem odpowiedzialności za własne zdrowie i życie b) rozwój i wzmocnienie bazy szkoleniowo-edukacyjnej, skierowanej do różnych grup społecznych i zawodowych
		2. zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS	a) poszerzenie oferty informacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy b) usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym i w ciąży c) zwiększenie dostępności do anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV d) zwiększenie i integracja działań mających na celu zapobiegania HIV i innym chorobom przenoszonym drogą płciową
		3. aktualizacja obowiązującego stanu prawnego w zakresie HIV/AIDS	a) dostosowanie aktualnie obowiązującego stanu prawnego w zakresie HIV/AIDS do przyjętych przez Polskę zobowiązań wspólnotowych i międzynarodowych b) podejmowanie inicjatyw legislacyjnych zmierzających do stworzenia lub uaktualnienia przepisów prawnych w zakresie HIV/AIDS
II.	<b>Zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych</b>	1. ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV	a) wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS w celu zmniejszenia poziomu zachowań ryzykownych
		2. rozbudowa sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowe i bezpłatne testy w kierunku HIV połączone z poradnictwem okołotestowym	a) poprawa jakości i dostępności do diagnostyki zakażeń HIV dla osób narażonych na zakażenie HIV b) usprawnienie zbierania danych epidemiologicznych o drogach szerzenia się zakażeń HIV, zachowaniach ryzykownych
		3. zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS	a) poszerzenie oferty informacyjnej i edukacyjnej dostosowanej do potrzeb indywidualnego odbiorcy b) wspieranie działań z zakresu redukcji szkód zdrowotnych
III.	<b>Wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS</b>	1. poprawa jakości życia w sferze psychospołecznej osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich	a) poprawa jakości życia i funkcjonowania osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich b) zwiększenie poziomu akceptacji społecznej wobec osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich
		2. poprawa jakości i dostępności do diagnostyki oraz opieki zdrowotnej dla zakażonych HIV, chorych na AIDS oraz osób narażonych na zakażenie HIV	a) poprawa istniejącego systemu opieki medycznej nad osobami żyjącymi z HIV/AIDS b) usprawnienie systemu opieki nad osobami, które uległy ekspozycji na zakażenie HIV
		3. zapobieganie zakażeniom wertykalnym	a) usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym, w ciąży i kobiet karmiących piersią b) usprawnienie systemu opieki nad dziećmi żyjącymi z HIV/AIDS oraz urodzonymi przez matki żyjące z HIV
IV.	<b>Współpraca międzynarodowa</b>	1. rozwój współpracy międzynarodowej	a) poszerzenie współpracy międzynarodowej w zakresie HIV/AIDS b) aktywizacja udziału Polski w planowaniu, tworzeniu i koordynowaniu polityki międzynarodowej w zakresie HIV/AIDS c) aktywizacja udziału Polski w pracach instytucji i organizacji międzynarodowych d) poszerzenie współpracy międzynarodowej na rzecz poprawy jakości życia osób zakażonych HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich
V.	<b>Monitoring</b>	1. usprawnienie monitorowania sytuacji epidemiologicznej oraz działań i zadań w zakresie HIV/AIDS	a) usprawnienie nadzoru epidemiologicznego nad wykrywalnością zakażeń HIV, zachorowalnością na AIDS i umieralnością osób żyjących z HIV/AIDS oraz innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym ujednolicenie systemu zgłoszeń b) usprawnienie nadzoru dotyczącego działań i zadań w zakresie HIV/AIDS c) wsparcie informacyjne realizacji Programu Zapobiegania HIV/AIDS d) wsparcie informacyjne realizacji leczenia antyretrowirusowego

Źródło: Harmonogram realizacji Krajowego Programu zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS opracowany na lata 2012–2016, str 62–63.

Krajowe Centrum powołane przez Ministra Zdrowia do realizacji Krajowego Programu, działa na podstawie Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2010 r., którym nadano jednostce statut i regulamin organizacyjny (załączniki nr 1 i nr 2 do Zarządzenia). W regulaminie organizacyjnym zostało wskazanych 21 zadań, za realizację których odpowiada Krajowe Centrum, przy czym 20 spośród nich odnosi się bezpośrednio do obszarów objętych Krajowym Programem (ostatnie to wykonywanie [...] innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.) Do realizacji zadań przez Krajowe Centrum mają w szczególności zastosowanie przepisy Pzp (dla dokonywanych zakupów i zlecenia usług, zakupów leków ARV i wyłaniania wykonawców projektów profilaktycznych, szkoleń), ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne<sup>65</sup> (spełnianie warunków wymaganych do składowania i przechowywania leków ARV), ustawy z dnia 24 września 2009 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie<sup>66</sup> (dla wyłaniania wykonawców wybranych zadań w ramach Krajowego Programu), ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych<sup>67</sup> (prowadzenie przez jednostkę prawidłowej gospodarki finansowej), Programu ARV. W latach 2012–2013 na realizację Krajowego Programu wydatkowano w skali kraju 567 239 456,81 zł, przy czym największy kwotowo i procentowo udział stanowiły wydatki na wsparcie i opiekę zdrowotną dla osób zakażonych HIV/chorych na AIDS (98%), co wynikało z kosztowności programu ARV.

Tabela nr 2

Łączne wydatki wszystkich podmiotów uczestniczących w realizacji Krajowego Programu w latach 2012–2013 w rozbiciu na obszary wskazane w rozporządzeniu w sprawie Krajowego Programu (w zł)

Obszary realizacji Krajowego Programu	2012 r.		2013 r.	
<b>Obszar I</b> <b>Zapobieganie zakażeniom HIV</b> <b>wśród ogółu społeczeństwa</b>	<b>2 721 098,30</b>	0,98%	<b>2 358 311,88</b>	0,81%
<b>Obszar II</b> <b>Zapobieganie zakażeniom HIV</b> <b>wśród osób o zwiększonym poziomie</b> <b>zachowań ryzykownych</b>	<b>2 622 010,19</b>	0,95%	<b>3 129 074,75</b>	1,08%
<b>Obszar III</b> <b>Wsparcie i opieka zdrowotna</b> <b>dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS</b>	<b>270 772 716,80</b>	97,96%	<b>285 139 455,22</b>	98,05%
<b>Obszar IV</b> <b>Współpraca międzynarodowa</b>	<b>230 534,50</b>	0,08%	<b>154 594,83</b>	0,05%
<b>Obszar V</b> <b>Monitoring</b>	<b>73 821,19</b>	0,03%	<b>37 839,15</b>	0,01%
<b>RAZEM</b>	<b>276 420 180,98</b>	100,00%	<b>290 819 275,83</b>	100,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z kontroli NIK.

Dominujący udział w całości wydatków poniesionych w latach 2012–2013 na realizację zadań Krajowego Programu w latach 2012–2013 miało Krajowe Centrum (98,3%), a w następnej kolejności pozostałe państwowe jednostki organizacyjne (0,9%), jednostki administracji samorządowej (0,4%), organizacje pozarządowe (0,3%), Państwowa Inspekcja Sanitarna (0,1%).

<sup>65</sup> Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 ze zm.

<sup>66</sup> Dz. U. z 2014 r., poz. 1118 ze zm.

<sup>67</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.

Tabela nr 3

Łączne wydatki na realizację Krajowego Programu w latach 2012–2013 w rozbiciu na rodzaj podmiotu (w zł)

Rodzaje podmiotów uczestniczących w realizacji Krajowego Programu	2012		2013	
Krajowe Centrum	271 375 050,05	98,2%	286 045 588,11	98,4%
Państwowa Inspekcja Sanitarna	288 065,33	0,1%	186 530,50	0,1%
Pozostałe państwowe jednostki organizacyjne	2 680 654,70	1,0%	2 073 923,83	0,7%
Administracja samorządowa	1 221 264,25	0,4%	1 764 893,79	0,6%
Organizacje pozarządowe	855 146,65	0,3%	748 339,60	0,3%
<b>RAZEM</b>	<b>276 420 180,98</b>	<b>100,0%</b>	<b>290 819 275,83</b>	<b>100,0%</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z kontroli NIK.

### Program zdrowotny Ministra Zdrowia pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce w latach 2012–2016

Program ARV na lata 2012–2016 został przyjęty przez Ministra Zdrowia w 2011 r. na podstawie art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Tryb wyboru ośrodka referencyjnego jako realizatora programu zdrowotnego był określony w art. 48 ust. 4–7 i ust. 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zgodnie z którymi: wybór winien nastąpić w drodze konkursu ofert (ust. 4) poprzedzonego stosownym ogłoszeniem (ust. 5), przy czym ogłoszenie winno spełniać wskazane wymagania formalne (ust. 6). Przepis art. 48 ust. 9 przywołanej ustawy stanowi, że do wyboru realizatora programu zdrowotnego nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

Program ARV zawiera, między innymi, wskazanie następujących sześciu celów:

- ♦ zmniejszenie śmiertelności z powodu AIDS w populacji osób żyjących z HIV w Polsce,
- ♦ zmniejszenie częstości zakażeń HIV w populacji Polaków,
- ♦ zmniejszenie zakaźności osób żyjących z HIV/AIDS,
- ♦ zwiększenie dostępności do leków ARV pacjentów zakażonych HIV w Polsce,
- ♦ zapewnienie leków ARV niezbędnych w profilaktyce zakażeń wertykalnych (dziecka od matki) i prowadzenie indywidualnego kalendarza szczepień dla dzieci urodzonych przez matki HIV+,
- ♦ zapewnienie leków ARV na postępowania poekspozycyjne na zakażenie HIV pozazawodowe<sup>68</sup>,

a także szczegółowe zasady kwalifikowania do leczenia ARV, prowadzenia leczenia ARV dzieci, profilaktyki zakażeń HIV pozazawodowych wypadkowych, zakresu badań wymaganych w ramach diagnostyki pacjentów zakażonych HIV i pacjentów leczonych ARV (w tym oznaczenia lekooporności HIV-1), źródła finansowania Programu ARV, wskaźniki monitorowania oczekiwanych rezultatów, a także szczegółowe zasady dystrybucji leków ARV:

- ♦ wszystkie zakupione w ramach programu leki ARV tworzą ogólnopolską pulę leków;
- ♦ w przypadku zaistnienia konieczności zmian schematów terapeutycznych, istnieje możliwość wymiany leków pomiędzy szpitalami, umożliwiając zapobieganie przeterminowaniu leków, bądź ich zaleganiu w magazynach szpitalnych bez możliwości wykorzystania;
- ♦ szpitale wyłonione jako realizatorzy Programu ARV zamawiają w Krajowym Centrum pisemnie leki dla pacjentów na okres 1–2 miesięcy, uwzględniając zapewnienie ciągłości prowadzonej terapii ARV;

<sup>68</sup> Ekspozycja pozazawodowa to narażenie się na zakażenie wirusem HIV niezwiązane z wykonywaniem obowiązków służbowych, w tym w wyniku nieszczęśliwych zdarzeń (np. gwałt, zakłucie zanieczyszczoną igłą, zranienie).

- ♦ leki są wysyłane zgodnie z dyspozycjami Krajowego Centrum do poszczególnych szpitali, wg podpisanych umów na realizację Programu ARV;
- ♦ leki na podstawie pisemnej dyspozycji będą wysyłane z magazynu do apteki szpitalnej. Każda partia leków będzie rozliczana ilościowo i wartościowo, na podstawie protokołu zdawczo-odbiorczego przesyłanego do apteki szpitalnej przez Krajowe Centrum (podpisywany dwustronnie), który jest równocześnie potwierdzeniem dokonania dostawy. Analiza stanu magazynowego leków będzie prowadzona na bieżąco;
- ♦ ośrodek leczący pobiera z apteki potrzebne leki ARV, które są przekazywane poszczególnym pacjentom (za pokwitowaniem) w oparciu o wystawiane elektronicznie recepty.

Krajowe Centrum zostało zobowiązane do comiesięcznego składania w Departamencie Budżetu, Finansów i Inwestycji Ministerstwa Zdrowia sprawozdań finansowych z realizacji Programu ARV.

Wymagania minimalne dla placówki, w oparciu o którą prowadzony jest ośrodek referencyjny (określone w Programie ARV) to dysponowanie:

- ♦ oddziałem pobytu dziennego (ambulatorium) – przychodnia wzbogacona o dział zabiegowy (możliwość pobierania krwi, pozajelitowego podawania leków, opracowania materiału biologicznego, wykonywania drobnych zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych);
- ♦ oddziałem pobytu stacjonarnego (sale z pełnym węzłem sanitarnym);
- ♦ działem diagnostyki laboratoryjnej z możliwością badań serologicznych, bakteriologicznych, mykologicznych, parazytologicznych i histopatologicznych, dział diagnostyki endoskopowej – gastroduodentoscopia, bronchofibroskopia, sigmoidoscopia z możliwością histopatologicznego i mikrobiologicznego opracowania materiału;
- ♦ możliwością wykonania diagnostyki inwazyjnej: punkcja szpiku, punkcja lędźwiowa, punkcja opłucnowa, punkcja otrzewnowa, biopsja wątroby, biopsja węzłów chłonnych;
- ♦ działem diagnostyki radiologicznej.

Placówka ta powinna świadczyć usługi diagnostyczne i terapeutyczne na wysokim poziomie merytorycznym (personel lekarski o wieloletnim doświadczeniu w pracy z osobami żyjącymi z HIV i bardzo dobrym merytorycznym przygotowaniu), tzn. powinna posiadać:

- ♦ co najmniej trzyletnie doświadczenie w pracy z osobami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS (leczenie w ostatnich latach min. 20 dorosłych pacjentów);
- ♦ możliwość prowadzenia kompleksowej terapii antyretrowirusowej, profilaktyki i leczenia zakażeń oportunistycznych (również chemioterapii nowotworów);
- ♦ możliwość prowadzenia profilaktyki poekspozycyjnej;
- ♦ możliwość współpracy z psychologiem, pracownikiem socjalnym, pedagogiem, pielęgniarką środowiskową i osobami zajmującymi się leczeniem narkomanii.

## Wykaz ośrodków referencyjnych i PKD funkcjonujących w latach 2012–2013

## Wykaz ośrodków referencyjnych prowadzących terapię ARV

Placówka/adres	Szpital, na bazie którego działa ośrodek referencyjny
Poradnia Profilaktyczno-Lecznicza ul. Wolska 37, 01-201 Warszawa	Wojewódzki Szpital Zakaźny ul. Wolska 37, 01-201 Warszawa
Klinika Chorób Zakaźnych Wieków Dziecięcego WUM w Warszawie ul. Wolska 37, 01-201 Warszawa	Wojewódzki Szpital Zakaźny ul. Wolska 37, 01-201 Warszawa
Klinika Hepatologii i Nabytych Niedoborów Immunologicznych WUM w Warszawie, ul. Wolska 37, 01-201 Warszawa	Wojewódzki Szpital Zakaźny ul. Wolska 37, 01-201 Warszawa
Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii USK ul. Żurawia 14, 15-540 Białystok	Uniwersytecki Szpital Kliniczny ul. M. Skłodowskiej-Curie 24a, 15-276 Białystok
Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii CM im. Rydygiera ul. Św. Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz	Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. T. Browicza ul. Św. Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz
Poradnia Diagnostyki i Terapii AIDS ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów	Szpital Specjalistyczny ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów
Klinika Chorób Zakaźnych GUM ul. Smoluchowskiego 18, 80-214 Gdańsk	Pomorskie Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy ul. Smoluchowskiego 18, 80-214 Gdańsk
Oddział Kliniczny Klinik Gastroenterologii i Hepatologii oraz Chorób Zakaźnych, ul. Śniadeckich 5, 31-531 Kraków	Szpital Uniwersytecki w Krakowie ul. Kopernika 36, 31-501 Kraków
Oddział Chorób Zakaźnych ul. Staszica 16, 20-081 Lublin	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie ul. Staszica 16, 20-081 Lublin
Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii UM ul. Kniaziewiczza 1/5, 91-347 Łódź	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Wł. Biegańskiego ul. Kniaziewiczza 1/5, 91-347 Łódź
Oddział Chorób Zakaźnych ul. Wł. Jagiełły 1, 14-100 Ostróda	Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostródzie S.A. ul. Wł. Jagiełły 1, 14-100 Ostróda
Klinika Chorób Zakaźnych UM im. Karola Marcinkowskiego ul. Szwajcarska 3, 61-285 Poznań	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym SP ZOZ ul. Szwajcarska 3, 61-285 Poznań
Klinika Chorób Zakaźnych i Neurologii Dziecięcej UM im. Karola Marcinkowskiego, ul. Szpitalna 27/33, 65-572 Poznań	Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera UM im. Karola Marcinkowskiego ul. Szpitalna 27/33, 65-572 Poznań
Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych PUM ul. Arkońska 4, 71-455 Szczecin	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony ul. Arkońska 4, 71-455 Szczecin
Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych UM ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław
Katedra i Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych UM ul. Bujwida 44, 50-345 Wrocław	Szpital Kliniczny nr 1 we Wrocławiu ul. Marii Skłodowskiej-Curie 58, 50369 Wrocław
Poradnia Profilaktyczno-Lecznicza ul. Wszystkich Świętych 2, 50-136 Wrocław	Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ, ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław
Oddział Zakaźny ul. Żyty 26, 65-046 Zielona Góra	Szpital Wojewódzki SP ZOZ im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze ul. Żyty 26, 65-046 Zielona Góra
Oddział Chorób Zakaźnych ul. Kośnego 53, 45-372 Opole	Szpital Wojewódzki w Opolu ul. Kośnego 53, 45-372 Opole
Oddział Chorób Zakaźnych Dziecięcych ul. Biernackiego 9, 20-089 Lublin	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie ul. Biernackiego 9, 20-089 Lublin
Oddział Obserwacyjno-Zakaźny ul. Krasieńskiego 4/4a, 87-100 Toruń	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera ul. Św. Józefa 53-59, 87-100 Toruń
Oddział Chorób Zakaźnych ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łańcut	Centrum Medyczne w Łańcutie Sp. z o.o. ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łańcut
Klinika Położnictwa i Ginekologii ul. Kasprzaka 17, 01-211 Warszawa	Instytut Matki i Dziecka ul. Kasprzaka 1, 01-211 Warszawa

**Wykaz PKD prowadzących anonimowe i bezpłatne testowanie w kierunku zakażenia wirusem HIV**

Placówka/adres
PKD przy Specjalistycznej Przychodni Internistycznej ul. Jagiellońska 34, 03-719 Warszawa
PKD Przy Ośrodku Diagnostyczno-Badawczym Chorób Przenoszonych Drogą Płciową ul. Św. Rocha 3, 15-879 Białystok
PKD przy Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej ul. Kujawska 4, 85-031 Bydgoszcz
PKD przy Szpitalu Specjalistycznym ul. Zjednoczenia 10, 41-5000 Chorzów
PKD przy Poradni Profilaktyki i Terapii Uzależnień MONAR ul. Wolności 44/19, 42-200 Częstochowa
PKD przy Poradni Dermatologiczno-Wenerologicznej Szpitala Wojskowego ul. Kościuszki 30, 19-300 Elk
PKD przy NZOZ „INVICTA” ul. Podwale Grodzkie 2, 80-895 Gdańsk
PKD przy Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej ul. Mickiewicza 12 B, 66-400 Gorzów Wlkp.
PKD przy Wojewódzkim Centrum Szpitalnym ul. Ogińskiego 6, 58-506 Jelenia Góra
PKD przy NZOZ „Nadzieja Rodzinie” ul. Karczówkowska 36, 25-711 Kielce
PKD przy Powiatowej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej ul. Zwycięstwa 136, blok B, 75-613 Koszalin
PKD przy NZOZ „Diagnostyka” ul. Olszańska 5, 31-513 Kraków
PKD przy Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim ul. Biernackiego 9, 20-089 Lublin
PKD przy Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. dr Wł. Biegańskiego (część Poradni Nabytych Niedoborów Odporności) ul. Kniaźwicz 1/5, 91-347 Łódź
PKD przy Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej ul. Żołnierska 16, 10-561 Olsztyn
PKD przy Poradni Przedmałżeńskiej i Rodzinnej Towarzystwa Rozwoju Rodziny ul. Damrota 6, 45-064 Opole
PKD przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym ul. Medyczna 19, 09-400 Płock
PKD przy Poradni MONAR ul. Partyzantów 17, 24-100 Puławy
PKD przy NZOZ Centrum Medyczne „Medyk” ul. Podkarpacka 1, 35-082 Rzeszów
PKD przy Laboratorium Diagnostycznym „Medica-Lab” ul. Tuwima 23, 76-200 Słupsk
PKD przy Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej ul. Wojska Polskiego 160, 71-324 Szczecin
PKD przy Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu ul. Szosa Bydgoska 1, 87-100 Toruń
PKD przy Ośrodku Diagnostyczno-Lecznym Górniczej Fundacji Ochrony Zdrowia ul. Matejki 5a, 58-300 Wałbrzych
PKD przy Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej ul. Żelazna 79, 00-875 Warszawa
PKD przy Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej ul. Nowogrodzka 82 wejście B, 02-018 Warszawa
PKD przy Laboratorium Analiz Lekarskich „IZIS” ul. Chmielna 4, 00-117 Warszawa



Placówka/adres
PKD przy Lekarskiej Przychodni Specjalistycznej NZOZ Towarzystwa Rozwoju Rodziny ul. Podwale 74 ofic. 23, 50-449 Wrocław
PKD przy Wrocławskim Centrum Zdrowia SP ZOZ ul. Podwale 7, 50-449 Wrocław
PKD przy Wielospecjalistycznym Szpitalu SP ZOZ ul. Lubańska 11/12, 59-900 Zgorzelec
PKD przy „ALDEMED” Centrum Medycznym ul. Niepodległości 1, 65-048 Zielona Góra
PKD przy Oddziale Zakaźnym Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego w Poznaniu ul. Szwajcarska 3, 61-285 Poznań
PKD przy NZOZ „Diagnostyka” (placówka rozpoczęła działalność w 2013 r.) ul. Mostowa 4A, 33-100 Tarnów

## Wykaz wybranych aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r., poz. 947 ze zm.).
2. Ustawa 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.).
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.).
4. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2014 r., poz. 1118 ze zm.).
5. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 ze zm.).
6. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.).
7. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.).
8. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2013 r., poz. 594 ze zm.).
9. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2013 r., poz. 330 ze zm.).
10. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (Dz. U. z 2011 r. Nr 44, poz. 227).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 31, poz. 158) – utraciło moc z dniem 1 lipca 2012 r.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r., poz. 739).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłaszania podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej (Dz. U. z 2013 r., poz. 848).
14. Rozporządzenie 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 składane (Dz. U. z 2009 r. Nr 226, poz. 1817), obowiązujące do dnia 20 lutego 2013 r.
15. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 7 grudnia 2010 r. w sprawie sposobu prowadzenia gospodarki finansowej jednostek budżetowych i samorządowych zakładów budżetowych (Dz. U. z 2010 r. Nr 241, poz. 1616 ze zm.).
16. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 grudnia 2010 r. w sprawie wzoru oferty i ramowego wzoru umowy dotyczącej realizacji zadania publicznego oraz wzoru sprawozdania z wykonania tego zadania (Dz. U. z 2011 r. Nr 6, poz. 25).
17. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2010 r. w sprawie Krajowego Centrum do spraw AIDS (Dz. Urz. MZ z 2010 r. Nr 8, poz. 49).
18. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2010 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych (Dz. Urz. MZ z 2010 r. Nr 4, poz. 32).



## Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Przewodniczący Sejmowej Komisji do Spraw Kontroli Państwowej
8. Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia
9. Przewodniczący Senackiej Komisji Zdrowia
10. Szef Kancelarii Prezydenta RP
11. Szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów
12. Szef Kancelarii Sejmu
13. Szef Kancelarii Senatu
14. Minister Zdrowia
15. Minister Finansów
16. Główny Inspektor Sanitarny
17. Rzecznik Praw Pacjenta