



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP – 4101-15-04/2013

P/13/166

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/13/166 – Funkcjonowanie systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu.
Kontrolerzy	1. Marzanna Wierzbicka, doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr 89223 z dnia 7 lutego 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2) 2. Marcin Blajda, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 89235 z dnia 21 lutego 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 3-4)
Jednostka kontrolowana	Narodowe Centrum Krwi, ul. Miodowa 1, 00-080 Warszawa ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jolanta Antoniewicz-Papis, Dyrektor NCK (od dnia 22 lutego 2013 r.) (dowód: akta kontroli str. 5)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości² działalność kontrolowanej jednostki w latach 2012-2013 w zbadanym zakresie.

Uzasadnienie oceny ogólnej

W celu pozyskania dawców i zabezpieczenia niezbędnej dla potrzeb lecznictwa ilości krwi i jej składników NCK z własnej inicjatywy oraz we współpracy z innymi podmiotami i organizacjami pozarządowymi przeprowadzało wiele różnorodnych działań informacyjnych, edukacyjnych, reklamowych i wizerunkowych propagujących honorowe krwiodawstwo. Sprawowało jednocześnie nadzór nad jednostkami organizacyjnymi publicznej służby krwi m.in. poprzez przeprowadzane w 2012 r. kontrole, analizę protokołów z kontroli przeprowadzanych w Regionalnych Centrach Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa³ oraz informowanie Ministra Zdrowia o niepokojących sytuacjach występujących w RCKiK, monitorowanie gospodarki osoczem oraz rozpatrywanie skarg i wniosków, a także analizę danych dotyczących funkcjonowania poszczególnych RCKiK. NCK na podstawie gromadzonych danych statystycznych i finansowych związanych z funkcjonowaniem RCKiK, sporządzało m.in. analizy finansowo-merytoryczne działalności tych jednostek, będące podstawą przygotowanej propozycji ich restrukturyzacji oraz monitorowało stan zapasów krwi i jej składników oraz koncentratów czynników krzepnięcia. Ponadto w kontrolowanym przez NIK okresie, NCK jako koordynator programu zdrowotnego *Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych na lata 2009-2014*⁴ zapewniło jego realizację zgodnie z przyjętym harmonogramem, uczestniczyło w opracowywaniu

¹ Dalej: NCK.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

³ Dalej: RCKiK.

⁴ Dalej: Program samowystarczalności.

zmian tego Programu oraz zmian *Narodowego Programu Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2012-2018*⁵. NCK podejmowało szereg działań mających na celu zabezpieczenie chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne w produkty krwiopochodne. Współuczestniczyło także w opracowywaniu projektów aktów prawnych związanych z krwiodawstwem i krwiolecznictwem.

Stwierdzone podczas kontroli nieprawidłowości dotyczyły w szczególności:

- braku pełnej i rzetelnej weryfikacji prawidłowości wydatkowania dotacji na realizację przez Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie⁶ w latach 2012-2013 niektórych zadań objętych dofinansowaniem,
- nieprzedłożenia przez Dyrektora NCK Ministrowi Zdrowia rozliczeń merytoryczno-finansowych wykorzystania dotacji za 2012 r. złożonych przez IHiT oraz RCKiK w terminie umożliwiającym ich terminowe zatwierdzenie.

Pozostałe nieprawidłowości miały charakter formalny i polegały na nieustaleniu w umowach dotacji zawartych z RCKiK w celu realizacji *Programu Leczenia Chorych na Hemofilię* terminu wykorzystania dotacji oraz terminu i sposobu ich rozliczenia, wymaganych przepisami art. 150 pkt 3 i 4 z dnia 27 sierpnia 2009 r. *o finansach publicznych*⁷, a także ustaleniu w umowach dofinansowania w 2012 r. zadań RCKiK wymienionych w art. 27 pkt 3-4 i 6 ustawy *o publicznej służbie krwi*⁸, dłuższego (o dwa dni) terminu zwrotu niewykorzystanych środków dotacji, niż termin wynikający z art. 150 pkt 5 ustawy *o finansach publicznych*.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Koordynacja działalności w zakresie organizacji pobierania krwi, oddzielania jej składników oraz zaopatrzenia w krew

Opis stanu faktycznego

1.1. Minister Zdrowia utworzył NCK zarządzeniem z dnia 12 października 2006 r. w sprawie Narodowego Centrum Krwi⁹, w okresie objętym kontrolą NCK działało na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2010 r. w sprawie Narodowego Centrum Krwi¹⁰.

Przedmiot działalności NCK został określony w Statucie, stanowiącym załącznik nr 1 do ww. zarządzenia, a zadania w Regulaminie organizacyjnym NCK stanowiącym załącznik Nr 2 do tego zarządzenia. Według stanu na 31 grudnia, w NCK zatrudnionych było 18 osób w 2012 r. i 17 w 2013 r. Wydatki na funkcjonowanie NCK¹¹ w latach 2012-2013 wyniosły odpowiednio: 1 959,6 tys. zł oraz 1 926 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 9-23, 24-25, 26-29, 49)

Wydatki ogółem NCK, związane z realizacją powierzonych zadań wyniosły 398 085,9 tys. zł w 2012 r. oraz 350 409,6 tys. zł w 2013 r. Zmniejszenie wydatków w 2013 r. wynikało głównie z otrzymania niższej kwoty środków na zakup immunoglobuliny anty-D (obniżenie wydatków o 1 926,5 tys. zł) oraz na zakup czynników krzepnięcia w ramach *Programu Leczenia Chorych na Hemofilię* (obniżenie wydatków o 46 437,15 tys. zł), co zostało opisane w pkt III 1.12

⁵ Dalej: Program Leczenia Chorych na Hemofilię.

⁶ Dalej: Instytut lub IHiT.

⁷ Dz. U. z 2013 r., poz. 885 ze zm., dalej: ustawa *o finansach publicznych*.

⁸ Dz. U. z 2014 r., poz. 332, dalej: ustawa *o publicznej służbie krwi*.

⁹ Dz. Urz. MZ Nr 15, poz. 76 ze zm.

¹⁰ Dz. Urz. MZ Nr 9, poz. 60 ze zm.

¹¹ Utrzymanie biura i wynagrodzenia pracowników i bieżąca działalność.

niniejszego wystąpienia. Plan wydatków po zmianach dokonanych w trakcie 2012 r. i 2013 r. wykonany został odpowiednio w: 99,98% oraz 99,87%.

(dowód: akta kontroli str. 26-29, 49)

W kontrolowanym przez NIK okresie, w NCK przeprowadzonych zostało pięć kontroli zewnątrzach (wszystkie w 2012 r.). Kontrole te obejmowały realizację zadań obronnych oraz obowiązków dotyczących ubezpieczeń społecznych pracowników. Żadna z kontroli nie dotyczyła zagadnień związanych z publiczną służbą krwi.

(dowód: akta kontroli str. 26-29, 46, 49)

1.2. Zgodnie z § 2 pkt 1 Statutu NCK, przedmiotem działalności NCK jest *realizacja zadań związanych z nadzorem nad organizacją pobierania krwi, oddzielania jej składników oraz zaopatrzenia w krew.*

W ramach realizacji powyższego zadania, NCK w 2012 r. przeprowadziło wspólnie pracownikami IHiT, łącznie osiem kontroli w RCKiK. Przedmiotem tych kontroli było funkcjonowanie RCKiK¹² ze szczególnym uwzględnieniem prawidłowości wydawania osocza. W wyniku tych kontroli sformułowano zalecenia pokontrolne dotyczące m.in. kontrolowania temperatur przechowywania osocza w równomiernych odstępach czasu (co 8 godzin), wystąpienia do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego z wnioskiem o wydanie opinii sanitarnej dla ambulansu do poboru krwi oraz oznaczenia aparatów do redukcji patogenów w osoczu informacją *zakupiono ze środków finansowych Ministra Zdrowia.*

(dowód: akta kontroli str. 10, 749-762)

W 2013 r. NCK nie przeprowadzało żadnej kontroli funkcjonowania RCKiK, gdyż według opinii Departamentu Nadzoru, Kontroli i Skarg Ministra Zdrowia, NCK nie jest uprawnione do samodzielnego przeprowadzania kontroli na podstawie art. 121 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*¹³. Kontrole takie mogą być prowadzone przez pracowników Ministerstwa Zdrowia, natomiast pracownicy NCK mogliby wejść w skład zespołu kontrolnego Ministerstwa. Jednocześnie Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg poinformował, że ze względu na liczne kontrole doraźne zlecane przez kierownictwo Ministerstwa Zdrowia, niemożliwy jest udział pracowników tego wydziału we wnioskowanych przez NCK kontrolach.

(dowód: akta kontroli str. 47-48)

Poza przeprowadzeniem kontroli w 2012 r., NCK sprawowało nadzór nad jednostkami organizacyjnymi publicznej służby krwi m.in. poprzez analizę protokołów z kontroli przeprowadzonych w tych jednostkach przez IHiT wraz z zawartymi w nich zaleceniami. NCK wzywało w 2013 r.¹⁴ RCKiK we Wrocławiu m.in. do zaprzestania wydawania do podmiotów leczniczych wyłącznie ubogoleucytarnego koncentratu krwinek czerwonych i realizowania zamówień na składniki krwi zgodnie z zapotrzebowaniami składanymi przez te podmioty, do zaprzestania pobierania dodatkowych opłat za preparatykę w porze nocnej oraz wskazywało, iż w odniesieniu do działań marketingowych i promocyjnych, przyznawanie nagród dla honorowych dawców w postaci bezpłatnego pobytu w czterogwiazdkowym hotelu jest nieetyczne i stoi w sprzeczności z ideą honorowego krwiodawstwa. Ponadto NCK wskazywało, iż wydawanie wyłącznie ubogoleucytarnego koncentratu krwinek czerwonych, który jest znacznie droższy od koncentratu krwinek czerwonych, dodatkowo zwiększa zadłużenie podmiotów leczniczych wobec RCKiK. O powyższych działaniach RCKiK we Wrocławiu, NCK

¹² RCKiK w Krakowie, Bydgoszczy, Kielcach, Lublinie, Gdańsku, Olsztynie, Wałbrzychu i Wrocławiu.

¹³ Dz.U. z 2013 r. Nr 217 ze zm.

¹⁴ M.in. pismami: NCK-WWKS/1266/208-ck/MR/13 z dnia 18.07.2013 r., NCK-WWKS/1508/238-CK/MR/13 z dnia 3.09.2013 r.

poinformowało¹⁵ Ministra Zdrowia. 27 marca 2012 r. NCK wystąpiło do RCKiK o przekazanie protokołów z kontroli prowadzonych w ramach nadzoru merytorycznego w pracowniach serologii transfuzjologicznej oraz w szpitalnych bankach krwi w ciągu ostatnich trzech lat. Nadzorowało również zagospodarowanie nadwyżek osocza przez RCKiK i tym celu, m.in. zwróciło się¹⁶ do wszystkich RCKiK o informowanie Ministra Zdrowia za pośrednictwem NCK, czy są prowadzone rozmowy z odbiorcami nadwyżek osocza oraz w jaki sposób zostali wybrani lub są wybierani odbiorcy. W wyniku analizy danych otrzymanych z RCKiK, NCK poinformowało w 2013 r.¹⁷ Ministra Zdrowia o postępowaniu niektórych RCKiK, zainteresowanych sprzedażą osocza pobieranego metodą plazmaferezy oraz potencjalnych skutkach tych działań w postaci utraty dawców krwi pełnej, a także o prowadzeniu przez niektórych dyrektorów RCKiK rozmów z odbiorcą nadwyżek osocza bez poinformowania o tym na bieżąco Ministra Zdrowia i NCK. Ustalenia w tym zakresie opisano w pkt III 1.10 niniejszego wystąpienia. Informacje o gospodarce osoczem były również gromadzone przez NCK w sprawozdawczości sporządzanej przez RCKiK. W ramach sprawowanego nadzoru NCK przeprowadzało również analizy finansowo-merytoryczne działalności jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi, w tym w oparciu o dane zawarte w sprawozdaniach z działalności RCKiK,
(dowód: akta kontroli str. 473-474, 707, 710, 721-734, 768-789, 1039, 1241, 1251-1254, 1258, 1263-1269, 1356-1358, 1636-1643, 1683-1693, 1760, 2063, 2131-2141)

Dyrektor NCK wyjaśniła, że *realizacja zadań związanych z nadzorem nad organizacją pobierania krwi, oddzielania jej składników oraz zaopatrzenia w krew polega na ocenie efektywności działań publicznej służby krwi, podejmowaniu działań interwencyjnych w związku z sygnałami ze strony podmiotów leczniczych, krwiodawców, pracowników RCKiK, czy też samych RCKiK oraz zgłaszaniu wniosków do Ministra Zdrowia, będących wynikiem dokonanych przez NCK analiz, czy też przeprowadzonych interwencji. Pomimo przypisania NCK zadań związanych z nadzorem nad organizacją pobierania krwi, jednostka nie została wyposażona w jakiegokolwiek uprawnienia, które miałyby służyć wykonaniu tych zadań. Przede wszystkim NCK nie ma uprawnień władczych w stosunku do jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi, za pomocą których mogłoby wpływać np. na decyzje dyrektorów RCKiK, poprzez chociażby ich uchylanie czy nakazanie określonego zachowania. Nie ma też w swoim Statucie przypisanego prawa do przeprowadzania kontroli działalności RCKiK i wydawania zaleceń pokontrolnych. Pomimo to NCK stara się wpływać na RCKiK, poprzez pisemne wezwania do zaprzestania określonego zachowania, czy też poprzez wystąpienia do Ministra Zdrowia np. z propozycjami restrukturyzacji publicznej służby krwi.*

(dowód: akta kontroli str. 768-769)

W związku z przeprowadzeniem w 2011 r. w Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie¹⁸ kontroli przez dwie jednostki organizacyjne publicznej służby krwi, tj. Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Warszawie¹⁹ oraz RCKiK w Warszawie, z których tylko kontrola WCKiK wskazała na konieczność

¹⁵ Pismem NCK-WWKS/WOK/222/52-mz/ML/DP/2014 z dnia 5.02.2014 r. oraz mailem z dnia 4.11.2013 r.

¹⁶ M.in. pismami: NCK-1135/22/OS/MK/2010 z dnia 06.08.2010 r., NCK-WOK/978/08/-Os/MK/13 z dnia 04.06.2013 r., NCK-WOK/1690/15-Os/BL/13 z dnia 11.10.2013 r., NCK-WOK/1768/17-Os/BL/13 z dnia 21.10.2013 r., NCK-WOK/1949/24-Os/BL/13 z dnia 19.11.2013 r., NCK-WOK/2031/27-Os/BL/13 z dnia 2.12.2013 r.

¹⁷ M.in. pismami: NCK-WOK/1732/13-Os/BL/13 z dnia 17.10.2013 r., NCK-WOK/2154/29-Os/BL/13 z dnia 20.12.2013 r.

¹⁸ Dalej: WIM.

¹⁹ Dalej: WCKiK.

zaprzestania przeprowadzania preparatyki składników krwi prowadzonej w WIM, NCK podjęło działania mające na celu wyjaśnienie, która z tych jednostek sprawuje nadzór merytoryczny nad WIM, oraz która zobowiązana jest do prowadzenia procedury wyjaśniającej w przypadku wystąpienia powikłań poprzetoczeniowych.

W wyniku tych działań uzyskano²⁰ informację od RCKiK w Warszawie, iż dotychczasowe działania kontrolne pełnione były tymczasowo. Natomiast WCKiK poinformowało²¹, iż sprawozdania dotyczące powikłań poprzetoczeniowych WIM przekazuje do RCKiK w Warszawie, oraz że prowadzi nadzór w formie kontroli w zakresie organizacji leczenia krwią i jej składnikami w WIM.

Ponadto Wojskowy Inspektorat Wojskowej Służby Krwi w związku z planowaną w WIM kontrolą w zakresie organizacji leczenia krwią i jej składnikami, zwrócił²² się do NCK z prośbą o merytoryczne wsparcie planowanej kontroli. W odpowiedzi na powyższą prośbę NCK zaproponował, aby w skład zespołu kontrolnego został powołany Konsultant Krajowy w dziedzinie Transfuzjologii Klinicznej.

W sprawie ustaleń dotyczących przeprowadzenia preparatyki składników krwi w WIM Dyrektor NCK wyjaśniła, iż *WCKiK przeprowadziło ponownie kontrolę w Wojskowym Instytucie Medycznym. Jednak NCK nie otrzymało informacji, czy i jakiego rodzaju nieprawidłowości zostały stwierdzone.*

(dowód: akta kontroli str. 465-491, 1646, 1764)

W latach 2012-2013 do NCK wpłynęło odpowiednio dziewięć i 15 skarg, z tego po jednej w każdym z tych lat przekazano do rozpatrzenia wg właściwości, a pozostałe rozpatrzyło NCK. Złożone skargi dotyczyły m.in. działalności RCKiK, ograniczenia wydań dla chorego na hemofilię dziecka koncentratu rekombinowanego czynnika VIII, niskich stanów magazynowych oraz ograniczeń dostępności do czynników krzepnięcia w RCKiK, nieodpowiedniego przygotowania elektronicznego systemu zamawiania koncentratów czynników krzepnięcia i desmopresyny, pomyłki w badaniu krwi. Tematem skarg była także likwidacja oddziałów terenowych RCKiK i restrukturyzacja RCKiK oraz posiłki regeneracyjne dla krwiodawców. Za zasadne NCK uznało cztery skargi złożone w 2012 r. i trzy w 2013 r. O sposobie rozpatrzenia skarg NCK poinformowało skarżących, a w przypadkach skarg uznanych za zasadne podjęło działania w celu usunięcia wskazanych w nich problemów i nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 155-179)

1.3. Zgodnie z § 2 pkt 12 Statutu NCK, przedmiotem działalności NCK jest *gromadzenie, analiza i opracowanie danych statystycznych, niezbędnych dla właściwego zarządzania publiczną służbą krwi.*

Realizując ww. zadanie NCK przeprowadzało w kontrolowanym przez NIK okresie analizy danych statystycznych z działalności 21 RCKiK zawartych w sprawozdaniach statystycznych z działalności RCKiK (MZ-42) oraz rocznych sprawozdaniach z działalności RCKiK i WCKiK, wyniki których prezentowało m.in. w rocznym *Sprawozdaniu z działalności Narodowego Centrum Krwi oraz wykonania budżetu w części 46 – Zdrowie*, przekazywanym²³ Ministrowi Zdrowia. Do NCK roczne sprawozdania z działalności, przekazywały wszystkie centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa, za wyjątkiem Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Ministerstwa Spraw Wewnętrznych²⁴.

²⁰ Przy piśmie L.dz. RCKiK/DPSiS/091.1/1/2013 z dnia 15.01.2013 r.

²¹ Przy piśmie nr 294/13 z dnia 7.02.2013 r.

²² Pismem nr 2808/V z dnia 12.04.2013 r.

²³ Do dnia 31 marca danego roku.

²⁴ Dalej: CKiK MSW.

Dyrektor NCK, wyjaśniła, iż *Narodowe Centrum Krwi od roku 2011 zgłasza potrzebę dokonania zmian w programie badań statystycznych, aby była możliwość pozyskania danych statystycznych od wszystkich podmiotów realizujących zadania publicznej służby krwi w Polsce, w tym również WCKiK oraz CKiK MSW (...)* Odnosząc się do danych zawartych w tabelach 1-12, pisma przekazujące wzór tabel są również kierowane do WCKiK oraz CKiK MSW. Jednak z CKiK MSW takie dane nigdy nie wpłynęły do NCK, ani również nie była przesyłana odpowiedź na powyższe pisma.

(dowód: akta kontroli str. 93-95, 721-734, 1614-1617, 1646, 1764-1784)

Zgodnie z rozporządzeniami Prezesa Rady Ministrów z dnia 7 marca 2012 r. oraz 13 września 2013 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2012²⁵ i 2013²⁶, CKiK MSW zobowiązane było do corocznego składania do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych sprawozdań z pobrań krwi w CKiK MSW, poza CKiK MSW oraz zużycia krwi i jej składników (MSW-44).

W latach 2012-2013 NCK opracowało dwie *Analizy finansowo – merytoryczne funkcjonowania Regionalnych Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa*, tj. w 2012 r. za lata 2008-2011 oraz w 2013 r. za lata 2008-2012, których głównym celem było zobrazowanie efektów działalności tych jednostek w trzech obszarach.

W pierwszym przedstawiono funkcjonowanie RCKiK w zakresie osiągniętych efektów finansowych i pogrupowano je według kondycji finansowej²⁷, zwracając uwagę na stan należności i zobowiązań przeterminowanych oraz zakres i skalę działań podejmowanych przez te jednostki, w celu ich zmniejszenia. Ponadto przeprowadzono analizę rachunków zysków i strat w badanych latach pod względem dynamiki osiągniętych przychodów i poniesionych kosztów.

W drugim przeanalizowano zależności pomiędzy wielkością osiągniętych przychodów i ponoszonych kosztów, a wielkością RCKiK, ze szczególnym uwzględnieniem takich zagadnień jak: wielkość zatrudnienia, liczba pobieranych donacji, liczba mieszkańców oraz szpitali na terenie działania danego RCKiK.

W trzecim zawarto dane dotyczące gospodarki krwią i jej składnikami, tj. liczby pobieranych donacji, wielkości zniszczeń, sposobu zagospodarowania nadwyżek osocza, a także dodatkowe informacje dotyczące m.in. liczby wykonywanych badań komercyjnych oraz wykorzystania mobilnych punktów poboru krwi. W wyniku ww. analiz NCK przedstawiło Ministrowi Zdrowia w 2013 r.²⁸ propozycje restrukturyzacji publicznej służby krwi. Do dnia kontroli NIK, tj. 4 kwietnia 2014 r. nie zostały podjęte przez Ministra Zdrowia decyzje w tym zakresie. W ocenie NCK funkcjonowanie niektórych RCKiK w dotychczasowej strukturze może okazać się nieefektywne i niecelowe z punktu widzenia rozmieszczenia, znacznej decentralizacji jednostek organizacyjnych oraz generowanych przez te jednostki kosztów. Ponadto zmniejszenie liczby centrów do nie więcej niż 11, zdaniem NCK umożliwi wzmocnienie nadzoru nad tymi jednostkami, również merytorycznego.

(dowód: akta kontroli str. 721-734, 768-769, 786, 1356-1358, 1636-1643, 1647, 1683-1693, 2063)

²⁵ Dz. U. z 2012 r. poz. 446.

²⁶ Dz. U. z 2013 r. Nr 1223.

²⁷ Zastosowano podział: dobra kondycja finansowa, średnia kondycja finansowa i niekorzystna kondycja finansowa.

²⁸ Przy mailu z dnia 4.11.2013 r. oraz piśmie NCK/WFO/2087/76-a/ML/2013 z dnia 12.12.2013 r.

NCK monitorowało stan zapasów krwi i jej składników na podstawie przekazywanych w dni robocze przez wszystkie centra raportów o stanie zapasów koncentratu krwinek czerwonych²⁹ oraz osocza świeżo mrożonego³⁰, co opisano szerzej w pkt III 1.9 niniejszego wystąpienia. Gromadziło również dane dotyczące szpitali, które posiadają największe zadłużenie wobec RCKiK. Ponadto zgodnie z dyspozycją Ministra Zdrowia, co pół roku przesyłane były do NCK dane dotyczące przeznaczenia przez RCKiK środków finansowych z tytułu wydania za opłatą osocza do wytwórni farmaceutycznych, które mogły być wykorzystywane jedynie na pokrycie wydatków na wynagrodzenia oraz zakupy inwestycyjne.

Zgromadzone dane o gospodarce osoczem były podstawą analiz w tym zakresie przekazywanych do Ministerstwa Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 32-45, 711-734, 2016, 2021-2022)

W ramach realizacji *Programu Leczenia Chorych na Hemofilię*, w celu bieżącego monitorowania ilości koncentratów czynników krzepnięcia posiadanych przez RCKiK, NCK gromadziło cotygodniowo informacje o stanach magazynowych tych czynników oraz o miesięcznych rozchodach imiennych³¹ i rzeczywistym zużyciu³² koncentratów czynników krzepnięcia, a także informacje kwartalne z ich wykorzystania. Analiza tych danych wykorzystywana była, według wyjaśnień Dyrektora NCK m.in. do sporządzania zapotrzebowania na poszczególne koncentraty czynników krzepnięcia oraz symulacji okresu zabezpieczenia chorych w te koncentraty. NCK prowadziło również analizy wykorzystania materiałów promocyjnych zakupionych w ramach *Programu samowystarczalności*, co opisano w pkt III 3.3 niniejszego wystąpienia.

(dowód: akta kontroli str. 721-734, 1339-1341, 1359-1367, 1375, 1656-1657)

Według wyjaśnień Dyrektora NCK, zakres gromadzonych przez tę jednostkę danych wynikał m.in. z umów zawartych z RCKiK (umowy na dofinansowanie zadań, na dystrybucję koncentratów czynników krzepnięcia), bieżących potrzeb NCK oraz Ministerstwa Zdrowia, w celu systematycznego monitorowania stanu zapasów krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych oraz szacowania zapotrzebowania na nie. Z gromadzonych danych sporządzane były raporty, symulacje i analizy, zgodnie z potrzebami NCK lub na polecenie Ministra Zdrowia m.in. dokonywano analiz kosztów wytworzenia poszczególnych składników krwi, kosztów czynności dodatkowych, liczby wydanych przez RCKiK zaświadczeń dla honorowych dawców krwi do celów podatkowych, wydań KKCz na terenie oraz poza terenem działania RCKiK, stosunku wytworzonego zlewanego koncentratu krwinek płytkowych³³ do ogólnej liczby pobranych donacji itp. W wyjaśnieniach wskazała także, że tabele sprawozdawczości rocznej CKiK (tabele 1-12) zostały opracowane przez Instytut. Zakres realizowanych zadań przez Instytut i NCK jest zbliżony i NCK nie wprowadzało istotnych modyfikacji we wzorze tych tabel, wypełnianych przez RCKiK od wielu lat. Wprowadzane modyfikacje dotyczyły danych niezbędnych dla NCK, np. kwestii poboru w mobilnych punktach poboru krwi.

(dowód: akta kontroli str. 723-725)

NCK we współpracy z Instytutem przygotowało, a następnie przekazało 14 sierpnia 2013 r. sprawozdanie, o którym mowa w art. 26 ust. 1 dyrektywy nr 2002/98/WE

²⁹ Dalej: KKCz.

³⁰ Dalej: FFP.

³¹ Imienna lista pacjentów, zawierająca ilość i rodzaje wydanych do leczenia koncentratów czynników krzepnięcia.

³² Tabelaryczne zestawienie zawierające dane nt: ilości czynników otrzymanych w dostawach, wydanych do leczenia.

³³ Dalej KKP.

z dnia 27 stycznia 2003 r. ustanawiającej normy jakości i bezpiecznego pobierania, testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji krwi ludzkiej i składników krwi oraz zmieniającej dyrektywę 2001/83/WE³⁴, dotyczące działań podjętych w związku z przepisami ww. dyrektywy, łącznie z wykazem środków podjętych w związku z inspekcją i kontrolą.

(dowód: akta kontroli str. 2034-2036, 2042-2059)

NCK nie gromadziło danych o poważnych niepożądanych zdarzeniach i reakcjach oraz nie sporządzało sprawozdania dla Komisji Europejskiej w tym zakresie. Dyrektor NCK wyjaśniła, iż NCK gromadziło dane o wszystkich zdarzeniach i reakcjach oraz poziomie przyczynowości, czyli związku z transfuzją, który określa czy zdarzenie/reakcja jest poważna czy też lekka. Ponieważ weryfikacja i analiza takich danych wymaga dużego doświadczenia i specjalistycznej wiedzy medycznej, sprawozdania dla Komisji Europejskiej były przygotowywane przez personel medyczny IHiT. Tym bardziej, że do zadań IHiT należy prowadzenie rejestru powikłań poprzetoczeniowych oraz udzielanie konsultacji.

(dowód: akta kontroli, str. 2037-2041)

W toku kontroli stwierdzono, iż dane statystyczne przekazywane w różnych celach do NCK przez CKiK w zakresie m.in. donacji, wytworzonych składników krwi i ich wykorzystania nie są ze sobą zgodne. W sprawie podejmowanych działań na rzecz pozyskania rzetelnych danych statystycznych Dyrektor NCK wyjaśniła, że przyczyną rozbieżności w danych są również niedoskonałości systemów informatycznych, bądź niezrozumienie objaśnień przesyłanych wraz z tabelami sprawozdawczymi lub niestosowanie się do nich. Część sprawozdań otrzymywanych przez CKiK jest niekompletna w zakresie liczby przetaczanych składników krwi, a niektóre podmioty nie złożyły takich sprawozdań. NCK kieruje w tej sprawie pisma z prośbą o wyjaśnienie niezgodności, część danych uzgadniana jest telefonicznie lub drogą mailową przez NCK lub IHiT, w szczególności w zakresie zagadnień merytorycznych. Nie wszystkie centra korygują dane lub korygują je ze znacznym opóźnieniem.

(dowód: akta kontroli str. 659-662, 701-702, 705, 708, 1644, 1649-1651, 1710-1711)

1.4. W latach 2010-2013 w Polsce funkcjonowały łącznie 23 CKiK: 21 RCKiK³⁵, WCKiK utworzone przez Ministra Obrony Narodowej oraz CKiK MSW utworzone przez Ministra Spraw Wewnętrznych i nie następowały zmiany w tym zakresie. Na podstawie danych³⁶ z rocznych sprawozdań składanych przez RCKiK i WCKiK stwierdzono, że liczba oddziałów terenowych RCKiK³⁷ ulegała systematycznie zmniejszeniu i wynosiła: 170 w 2010 r.; 164 w 2011 r.; 144 w 2012 r. oraz 143 w 2013 r. (od 2010 r. o 27), przy jednoczesnym wzroście liczby zorganizowanych ekip poboru krwi: 9 853 w 2010 r.; 10 240 w 2011 r. (wzrost o 3,9%); 11 103 w 2012 r. (wzrost o 8,4%) oraz 12 646 w 2013 r. (wzrost o 13,9%).

W latach 2011-2013³⁸ następowała centralizacja preparatyki krwi. Liczba OT wykonujących preparatykę zmniejszyła się z 58 w 2011 r. do 43 w 2012 r. oraz 37 w 2013 r., co stanowiło od 35,4% do 25,9% OT. Natomiast liczba OT wykonujących

³⁴ Dz. Urz. UE Nr L 33/30.

³⁵ W Białymstoku, Bydgoszczy, Gdańsku, Kaliszu, Katowicach, Kielcach, Krakowie, Lublinie, Łodzi, Olsztynie, Opolu, Poznaniu, Raciborzu, Radomiu, Rzeszowie, Słupsku, Szczecinie, Wałbrzychu, Warszawie, Wrocławiu, Zielonej Górze.

³⁶ Dane statystyczne za 2013 r. prezentowane w wystąpieniu pokontrolnym, aktualne są na dzień 27 marca 2014 r. (przed weryfikacją NCK).

³⁷ Oraz stacji terenowych w przypadku WCKiK, dalej: OT.

³⁸ NCK nie posiada danych za 2010 r. w szczególności liczby OT działających na zasadzie punktu pobrań, wykonujących preparatykę krwi, badań serologicznych biorców oraz dawców, pobierających składniki krwi metodą aferezy lub będących jednocześnie szpitalnymi bankami krwi, gdyż sprawozdanie z działalności centrum za 2010 r. nie wymagało podania takich danych.

badania serologiczne dawców ulegała wahaniom i wynosiła odpowiednio: 32 w 2011 r., 36 w 2012 r. oraz 26 w 2013 r., co stanowiło od 18,2% do 25,0% OT. Systematycznie zmniejszała się liczba OT będących jednocześnie szpitalnymi bankami krwi i w latach 2011-2013 wynosiła ona odpowiednio: 35, 26 i 18. W latach 2010-2013 liczba personelu zatrudnionego w centrach³⁹ pozostawała na zbliżonym poziomie i wynosiła od 3 852 do 3 937 osób, a liczba osób zatrudnionych w ramach kontraktów i umów zlecenia wynosiła w ww. latach odpowiednio: 489, 496, 482 oraz 470 i od 2011 r. wykazywała tendencję zniżkową.

(dowód: akta kontroli str. 701)

W latach 2010-2013 liczba ogółem pobranych donacji krwi i jej składników w centrach, OT oraz podczas zorganizowanych ekip systematycznie rosła, przy czym dynamika wzrostu ulegała obniżeniu. Liczba donacji pobranych w ww. latach wynosiła:

- w 2010 r. 1 160 630 donacji, w tym 1 101 859 donacji krwi pełnej⁴⁰ (94,9% pobranych donacji);
- w 2011 r. 1 221 592 donacji, w tym 1 160 481 donacji KP (95,0%);
- w 2012 r. 1 230 514 donacji, w tym 1 161 680 donacji KP (94,4%);
- w 2013 r. 1 230 974 donacji, w tym 1 161 143 donacji KP (94,3%).

Udział donacji KP od 2011 r. ulegał niewielkiemu, ale systematycznemu zmniejszeniu. Pozostałe donacje dotyczyły składników krwi głównie osocza oraz KKP pobranych metodą aferezy, wykonywaną przede wszystkim w centrach oraz OT. Udział donacji składników krwi pobieranych metodą aferezy kształtował się w przedziale: od 11,4% do 16,0% w centrach, od 1,4% do 4,0% w OT (przy czym w latach 2010-2013 ulegał systematycznemu obniżeniu) oraz do 0,2% podczas zorganizowanych ekip. Liczba donacji KKCz pobranego metodą aferezy w latach 2010-2012 wyniosła odpowiednio: 80 (0,007% ogółu donacji), 193 (0,016%), 502 (0,04%) oraz 203 (0,016%). Liczba donacji KKP pobranego metodą aferezy ulegała natomiast systematycznemu zwiększeniu z 24 897 w 2010 r. do 26 212 w 2011 r., 26 665 w 2012 r. oraz 28 425 w 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 701-702, 1645)

Na podstawie danych z comiesięcznych informacji o pobranych donacjach przesyłanych do NCK w latach 2012-2013 przez 21 RCKiK stwierdzono, iż najmniejsza liczba donacji, tj. poniżej 35 tys. rocznie pobierana była w RCKiK w Słupsku, Radomiu, Wałbrzychu, Opolu, Zielonej Górze oraz Kielcach, a największa powyżej 90 tys. rocznie w RCKiK w Katowicach, Krakowie, Poznaniu oraz Warszawie. W roku 2012 najmniej donacji pobrano w styczniu, w okresie od maja do sierpnia oraz w grudniu, a w 2013 r. w okresie od maja do września oraz w listopadzie i grudniu tj. liczba donacji pobranych w tych miesiącach kształtowała się poniżej średniej miesięcznej w danym roku⁴¹.

(dowód: akta kontroli str. 1649-1650)

Krew i jej składniki najczęściej pobierane były w OT, przy czym udział pobieranych tam donacji ulegał systematycznemu zmniejszeniu i wynosił: 47,90% w 2010 r., 47,44% w 2011 r., 46,18% w 2012 i 44,87% w 2013 r., na co wpływ miało m.in. zmniejszanie liczby OT w tych latach. Od 2011 r. następowało natomiast zwiększenie udziału donacji pobieranych podczas ekip: 23,71% w 2010 r, 22,44% w 2011 r, 24,53% w 2012 r. i 25,06% w 2013 r. Udział donacji pobieranych w centrach ulegał niewielkim wahaniom i wynosił w tych latach odpowiednio: 28,39%, 30,12%, 29,29% i 30,07%.

(dowód: akta kontroli str.701, 1644)

³⁹ W pełnym i niepełnym wymiarze czasu pracy.

⁴⁰ Dalej: KP.

⁴¹ Średnia miesięczna liczba donacji w 2012 r. wynosiła 100 072, a w 2013 r. 99 871.

W latach 2010-2013 krew oddawano niemal wyłącznie honorowo, gdyż udział donacji honorowych⁴² w pełnych donacjach krwi wynosił od 99,93% do 99,96%. Liczba donacji płatnych ulegała systematycznemu zmniejszeniu z 727 w 2010 r., 605 w 2011 r., 529 w 2012 r. do 423 w 2013 r.

Średnio, co dziesiąta donacja osocza pobranego metodą plazmaferezy była płatna, gdyż udział honorowych donacji osocza pobranego tą metodą w donacjach ogółem wynosił od 89,81% do 91,12%, a płatnych od 9,75% do 11,35%⁴³, przy czym liczba płatnych donacji po zmniejszeniu z 4 290 w 2010 r. do 2 025 w 2011 r., w następnych latach wynosiła 2 082 w 2012 r. oraz 1 740 w 2013 r.

Udział płatnych donacji KKP pozyskiwanego metodą aferezy kształtował się w przedziale od 9,73% do 14,45%, a honorowych od 85,55% do 90,27%, przy systematycznym wzroście liczby donacji honorowych z 25 101 w 2010 r. do 25 995 w 2011 r., 30 796 w 2012 r. oraz 32 404 w 2013 r. Udział donacji autologicznych był znikomy i wynosił 0,14% w latach 2010-2012 oraz 0,11% w 2013 r., natomiast udział donacji rodzinnych⁴⁴ w latach 2010-2013 wyniósł odpowiednio: 7,7%, 6,4%, 6,7% oraz 6,8%.

(dowód: akta kontroli str.702, 1645)

Według danych posiadanych przez NCK wysokość wypłaconego w latach 2012-2013 przez RCKiK ekwiwalentu pieniężnego dawcom krwi rzadkich grup i dawcom, którzy przed pobraniem krwi zostali poddani zabiegowi uodpornienia lub innym zabiegom w celu uzyskania osocza lub surowic diagnostycznych wynosiła łącznie 1 130,1 tys. zł, z tego: 656,7 tys. zł w 2012 r. oraz 473,4 tys. zł w 2013 r. Ekwiwalenty takie nie były jednak wypłacane w 2012 r. w dwóch RCKiK (Opolu i Raciborzu), a w 2013 r. w czterech (Kielcach, Opolu, Raciborzu i Zielonej Górze). Najwyższe ekwiwalenty wypłacono w RCKiK w Radomiu: 168,6 tys. zł w 2012 r. i 107 tys. zł w 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 1646, 1764-1765)

1.5. W latach 2010-2012 liczba dawców, którzy zgłosili się do RCKiK i WCKiK w celu oddania krwi lub jej składników wzrastała z 703 561 w 2010 r. do 721 045 w 2011 r. (o 2,5%) i 729 246 w 2012 r. (o 1,1%), a w 2013 r. nieznacznie spadła do 728 792 (o 0,06%). Spośród dawców, którzy zgłosili się do centrów w danym roku do oddania krwi, krew lub jej składniki do celów klinicznych oddało: 622 707 w 2010 r., 625 928 w 2011 r., 627 847 w 2012 r. oraz 618 820 w 2013 r. Udział dawców dopuszczonych do oddania krwi w tych latach wyniósł odpowiednio: 89%, 87%, 86% i 85% i ulegał systematycznemu zmniejszeniu. Znacznie wzrosła w kontrolowanym okresie liczba dawców, którzy zrezygnowali z donacji i wyniosła ona 4 991 w 2012 r. i 3 249 w 2013 r., wobec 1 410 w 2010 r. i 2 083 w 2011 r.

Liczba dawców pierwszorazowych oraz wielokrotnych, kształtowała się następująco: 221 399 oraz 401 308 w 2010 r., 169 858 oraz 456 070 w 2011 r., 171 321 oraz 456 526 w 2012 r., 184 667 oraz 434 152 w 2013 r. W latach 2010-2012 wzrastał udział⁴⁵ dawców wielokrotnych, którzy oddawali krew systematycznie (przynajmniej dwa razy w ciągu ostatnich 24 miesięcy) i wynosił on odpowiednio: 64%, 73% i 73%, natomiast w 2013 r. uległ obniżeniu do 70%. Z informacji zebranych przez NCK wynikało, że w latach 2012-2013 5 422 dawców nie wyraziło zgody na wykorzystanie oddanej przez nich krwi do celów innych niż kliniczne, z tego najwięcej w RCKiK w Warszawie 2 527, Poznaniu 731 i Krakowie 639.

(dowód: akta kontroli str. 206-207, 703, 2098)

⁴² W tym rodzinnych.

⁴³ Dane nie sumują się do 100% ponieważ w liczbie donacji osocza pobranego metodą plazmaferezy uwzględniona jest również liczba donacji pobranego metodą aferezy jednocześnie KKP oraz osocza.

⁴⁴ Dawcy, którzy chociaż raz w danym roku oddali krew lub jej składniki dla konkretnego biorcy.

⁴⁵ Liczony w procentach.

W sprawie podejmowanych działań na rzecz oddawania krwi przez dawców wielokrotnie i systematycznie Dyrektor NCK wskazała, iż (...) NCK podejmowało szereg działań z zakresu m.in. propagowania honorowego krwiodawstwa. Przy opracowaniu założeń poszczególnych działań promocyjnych, za cel przyjęto, aby ogólnopolskie działania promujące honorowe krwiodawstwo realizowane w poszczególnych latach, były ze sobą związane i aby tworzyły kompleksową wizję promocji publicznej służby krwi w Polsce. Ponadto w latach 2012 i 2013 zostały zintensyfikowane działania edukacyjne, których celem jest przełamywanie barier światopoglądowych oraz wielu mitów na temat krwiodawstwa. Dlatego jednym z głównych zadań, które zostały postawione na najbliższe lata, jest przełamanie negatywnego nastawienia i przekonanie dawców o konieczności zwiększenia grupy regularnych dawców krwi i tym samym zapewnienie samowystarczalności w zakresie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych. W związku z powyższym zostały zintensyfikowane działania edukacyjne skierowane do wszystkich dawców oraz do grupy młodych osób, które w perspektywie czasu, staną się świadomymi, regularnymi Honorowymi Dawcami Krwi.

Działania promocyjne prowadzone przez NCK zostały opisane w pkt III 2.1 niniejszego wystąpienia.

(dowód: akta kontroli str. 721-734)

W latach 2010-2012 dawcy, którzy oddali krew lub jej składniki do celów klinicznych stanowili 2,4% ludności Polski w wieku od 18 do 65 lat w każdym z ww. lat, a w 2013 r. 2,3%⁴⁶. Uwzględniając strukturę wiekową dawców, krew lub jej składniki najczęściej oddawali dawcy (kobiety i mężczyźni) w wieku od 18 do 44 lat. Liczba dawców z grupy wiekowej 18-24 lat wynosiła odpowiednio: 380 330 (61,1% ogółu dawców) w 2010 r., 298 333 (47,7%) w 2011 r., 265 313 (42,3%) w 2012 r. oraz 246 375 (39,8%) w 2013 r. Natomiast liczba dawców z grupy wiekowej 25-44 lat wynosiła odpowiednio: 169 194 (27,2%) w 2010 r., 255 238 (40,8%) w 2011 r., 292 726 (46,6%) w 2012 r. oraz 302 209 (48,8%) w 2013 r.

W powyższym okresie zmianie ulegał udział dawców z grup wiekowych 18-24 lat oraz 25-44 lat, polegający na zmniejszeniu udziału dawców w wieku 18-24 lata na rzecz dawców w wieku 25-44 lata, co świadczyć może o kontynuowaniu oddawania krwi przez dawców z grupy wiekowej 18-24 lata. Najczęściej krew lub jej składniki w latach 2010-2013 oddawali mężczyźni, którzy stanowili średnio 72,5% i ich udział wśród dawców był zbliżony w ww. latach. Dawców autologicznych w tych latach było średnio 0,2%.

Udział dawców honorowych w ogólnej liczbie dawców również utrzymywał się w tym okresie na zbliżonym poziomie i wynosił średnio 99,91%, przy czym od 2011 r. ulegał zwiększeniu z 99,83% w 2011 r. do 99,97% w 2013 r. Dawcy płatni stanowili w latach 2010-2013 odpowiednio: 0,14%; 0,17%, 0,05% i 0,03%.

Liczba dawców oddających komórkowe⁴⁷ składniki krwi metodą aferezy wynosiła: 13 841 w 2010 r., 12 413 w 2011 r., 14 125 w 2012 r. oraz 14 046 w 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 703, 2098)

Zgodnie z art. 26 ust. 1 pkt 9 lit. c ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych⁴⁸, podatnikom przysługuje prawo odliczenia od dochodu darowizny na cele krwiodawstwa realizowanego przez honorowych dawców krwi w wysokości ekwiwalentu pieniężnego za pobraną krew. Podatnik ma prawo do odliczenia w wysokości dokonanej darowizny, nie więcej jednak niż do

⁴⁶ W latach 2010-2012 na dzień 31 grudnia, w 2013 r. na dzień 30 czerwca, według danych GUS dostępnych na stronie internetowej <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Tables.aspx>, spośród osób w wieku od 18 do 65 lat.

⁴⁷ KKP, KG i KKCz.

⁴⁸ Dz.U. 2012, poz. 361 ze zm.

kwoty stanowiącej 6% dochodu. Wartość darowizny odpowiada wysokości ekwiwalentu pieniężnego obliczonego na podstawie przepisów rozporządzenia *w sprawie określenia rzadkich grup krwi, rodzajów osocza i surowic diagnostycznych wymagających przed pobraniem krwi zabiegu uodpornienia dawcy lub innych zabiegów oraz wysokości ekwiwalentu pieniężnego za pobraną krew i związane z tym zabiegami*⁴⁹ Podstawą do odliczenia od dochodu jest dokument wydawany przez CKiK, w którym Honorowy Dawca Krwi w danym roku oddawał krew. Według danych posiadanych przez NCK, RCKiK wydały dawcom, którzy oddali krew lub jej składniki w 2012 r. 108 062 zaświadczenia na kwotę ogółem 20 599,4 tys. zł, a w 2013 r. (do dnia 15 kwietnia 2014 r.) 111 461 zaświadczeń na kwotę ogółem 22 347,2 tys. zł. NCK nie posiadało danych o zaświadczeniach wydanych przez WCKiK oraz CKiK MSW.

(dowód: akta kontroli str. 30-31, 2129)

W latach 2010-2013 liczba dawców zdyskwalifikowanych na stałe pozostawała na zbliżonym poziomie i wynosiła odpowiednio: 12 725 w 2010 r., 12 150 w 2011 r., 10 417 w 2012 r. oraz 11 343 w 2013 r., przy czym średnio w 69,3% dotyczyła ona dawców pierwszorazowych. Dawcy zdyskwalifikowani na stałe stanowili: 1,81% w 2010 r., 1,69% w 2011 r., 1,43% w 2012 r. oraz 1,56% w 2013 r. dawców, którzy oddali krew w tych latach. Liczba dyskwalifikacji czasowych dawców wzrastała w latach 2010-2012 z 171 584 w 2010 r., 195 381 w 2011 r. do 218 600 w 2012 r., a w 2013 r. uległa zmniejszeniu do 201 183.

Według danych posiadanych przez NCK, u dawców krwi wystąpiło w 2012 r. 6 186 powikłań związanych z oddaniem krwi, w tym 60 poważnych, a w 2013 r. 6 381, w tym 86 poważnych. Najczęstszymi powikłaniami były reakcje naczynioruchowe (omdlenia), których stwierdzono 5 121 w 2012 r. i 5 408 w 2013 r. Z uwagi na fakt, iż u jednego dawcy mogło wystąpić kilka powikłań, brak było możliwości ustalenia u ilu dawców one wystąpiły. W latach 2012-2013 z tytułu wystąpienia powikłań związanych z oddaniem krwi odszkodowania wypłacono czterem dawcom na łączną kwotę 3 801,22 zł, z tego jednemu dawcy w 2012 r., a trzem w 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 703- 704)

1.6. Według danych otrzymanych przez NCK z RCKiK i WCKiK, w latach 2010-2013 liczba szpitali przetwarzających w Polsce krew i jej składniki ulegała wahaniom i wynosiła odpowiednio: 824 w 2010 r., 822 w 2011 r., 861 w 2012 r. oraz 848 w 2013 r., co stanowiło 87,7%, 85,4%, 88,8% i 84,2% ogółu szpitali.

Lekarze odpowiedzialni za gospodarkę krwią zostali wyznaczeni jedynie w: 726 w 2010 r. (w 88,1% ogółem szpitali przetwarzających krew), 718 w 2011 r. (87,4%), 756 w 2012 r. (87,8%) oraz 787 w 2013 r. (92,8%), natomiast komitety transfuzjologiczne powołano w blisko połowie tych szpitali: 387 w 2010 r. (w 47,0%), 396 w 2011 r. (48,2%), 420 w 2012 r. (48,8%) oraz 472 w 2013 r. (55,6 %). NCK nie posiadało informacji, w których szpitalach przetwarzających krew nie powołano komitetu transfuzjologicznego lub nie wyznaczono lekarza odpowiedzialnego za gospodarkę krwią.

(dowód: akta kontroli str. 701, 745-748)

W latach 2010-2013 liczba szpitalnych banków krwi utworzonych w podmiotach leczniczych pozostawała na zbliżonym poziomie i wynosiła odpowiednio: 563 w 2010 r., 581 w 2011 r., 546 w 2012 r. oraz 568 w 2013 r. Natomiast systematycznie ulegała zmniejszeniu liczba pracowni serologii lub immunologii transfuzjologicznej⁵⁰ z 631 w 2010 r., 619 w 2011 r., 609 w 2012 r. do 607 w 2013 r.

⁴⁹ Dz.U. Nr 263, poz. 2625 ze zm.

⁵⁰ Dalej: pracowni serologii.

CKiK pełni merytoryczny nadzór nad pracownikami serologii (§ 31 rozporządzenia w sprawie leczenia krwią z 2012 r., poprzednio § 16 ust. 16 rozporządzenia w sprawie leczenia krwią z 2005 r.). W ramach tego nadzoru przeprowadzają okresowe kontrole organizacji pracy, stosowanych metod i procedur oraz wyposażenia i warunków pracy pracowni serologii (odpowiednio § 31 ust. 1 pkt 4⁵¹ – oraz § 27 ust. 17 pkt 4⁵² ww. rozporządzeń). Personel pracowni serologii co najmniej raz w roku powinien być poddawany zewnętrznej kontroli jakości wykonywanych badań przez właściwe centrum (odpowiednio § 29 ust. 3 oraz § 27 ust. 10 ww. rozporządzeń).

Z danych statystycznych posiadanych przez NCK wynikało, iż w latach 2010-2013 w ramach merytorycznego nadzoru nad pracownikami serologii, centra skontrolowały 505 pracowni w 2010 r. (80%), 515 (83,2%) w 2011 r., 460 (75,5%) w 2012 r. oraz 330 (54,4%) w 2013 r. Personel nie wszystkich pracowni został poddany corocznej kontroli jakości wykonywanych badań. Takiej kontroli zostało poddanych odpowiednio: 451 pracowni w 2010 r. (71,6%), 514 (83%) w 2011 r., 489 (80,3%) w 2012 r. oraz 558 (91,9%) w 2013 r.

Dyrektor NCK wyjaśniła, iż powyższe kwestie wchodzą w zakres nadzoru merytorycznego, który jest pełniony przez CKiK oraz Instytut, w zakresie nadzoru nad centrami. Dane zawarte w tabelach 1-12, przekazywanych w latach 2011-2012 (za lata 2010-2011), nie dają jednak podstaw do uznania, iż nie wszystkie pracownie zostały poddane takiej kontroli. Należy bowiem podkreślić, iż na terenie działania CKiK, funkcjonowały pracownie, które były zlokalizowane w zakładach opieki zdrowotnej, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami (a obecnie są w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całonocne świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami). Wobec powyższego ze względu na konieczność zapewnienia nadzoru ze strony jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi nad pracownikami wykonującymi badania z zakresu immunologii transfuzjologicznej, niebędącymi jednostkami organizacyjnymi szpitali, wprowadzone zostały stosowne przepisy w projekcie ustawy o krwiodawstwie i krwiolечnictwie. Pracownie te obecnie pozostają poza nadzorem jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi. Nie wykonują one wprawdzie badań bezpośrednio związanych z przetoczeniem krwi i jej składników (wykonują badania tylko w zakresie grup krwi, wykrywania przeciwciał, BTA), jednak badania te mogą być podstawą zamawiania i przetoczenia składników krwi w przyszłości i w związku z tym ich wykonywanie musi podlegać takiemu samemu nadzorowi, jak badania wykonywane w pracowniach szpitalnych.

(dowód: akta kontroli str. 701,745-748)

Opis stanu faktycznego

Według danych otrzymanych przez NCK z RCKiK oraz WCKiK^{51a}, w latach 2010-2013 systematycznie wzrastała liczba pacjentów leczonych krwią oraz liczba transfuzji przeprowadzonych w podmiotach leczniczych⁵³. Liczba pacjentów leczonych krwią wynosiła odpowiednio: 286 903 w 2010 r., 353 489 w 2011 r. (wzrost o 23,2%), 386 895 w 2012 r. (wzrost o 9,5%) oraz 461 607 w 2013 r. (wzrost o 19,3%, a od 2010 r. o 60,9%). Transfuzji krwi i jej składników przeprowadzono odpowiednio: 589 158 w 2010 r., 662 145 w 2011 r. (wzrost o 12,4%), 818 874 w 2012 r. (wzrost o 23,7%) oraz 893 373 w 2013 r. (wzrost o 9,1%, a od 2010 r.

51a Otrzymywane przez NCK dane były niekompletne, gdyż CKiK nie uzyskiwały od podmiotów leczniczych pełnych informacji i przekazywały niekompletne dane przesłane przez podmioty lecznicze, bądź też wskazywały liczbę wydanych do lecznictwa jednostek krwi i jej składników

⁵¹ Co najmniej raz na dwa lata.

⁵² Co rok.

⁵³za wyjątkiem liczby transfuzji krwi pełnej konserwowanej, dalej: KPK.

o 51,6%). Spośród transfuzji najczęściej dokonywano przetoczeń KKCz oraz FFP, tj. odpowiednio: 420 491 (71,4% transfuzji ogółem) oraz 124 757 (21,2%) w 2010 r., 466 569 (70,5%) oraz 137 638 (20,8%) w 2011 r., 552 876 (67,5%) oraz 195 330 (23,9%) w 2012 r. i 618 567 (69,2%) oraz 181 557 (20,3%) w 2013 r. Sukcesywnie wzrastała w tym okresie liczba transfuzji zarówno KKCz (o 47,1%) oraz FFP (o 45,5%). Również liczba transfuzji KKP systematycznie wzrastała i wyniosła: 41 928 (7,1% transfuzji) w 2010 r., 54 622 (8,3%) w 2011 r., 65 616 (8%) w 2012 r. oraz 86 063 (9,6%) w 2013 r., wzrastał również udział tego składnika w transfuzjach ogółem. Pozostałe przetoczenia dotyczyły innych składników krwi, w tym krioprecypitatu.

(dowód: akta kontroli str. 705)

W latach 2010-2013 krew i jej składniki najczęściej przetaczano pacjentom w wieku powyżej 45 lat, z tego: średnio 60%⁵⁴ transfuzji dotyczyło pacjentów w wieku powyżej 60 lat, a średnio 20%⁵⁵ pacjentów w grupie wiekowej 45-59 lat.

(dowód: akta kontroli str. 705)

W 2012 r. podmioty lecznicze zgłosiły do RCKiK oraz WCKiK 1 393 niepożądanych reakcji (powikłań poprzetoczeniowych), a w 2013 r. 993, tj. o 400 mniej.

NCK dysponowało częściowymi danymi o liczbie biorców, u których wykonano przetoczenia krwi lub jej składników oraz liczbie niepożądanych reakcji po ich przetoczeniu, jednak z uwagi na fakt, iż u jednego biorcy mogło wystąpić kilka niepożądanych reakcji nie było możliwe jednoznacznie wskazanie u jakiego odsetka pacjentów wystąpiły powikłania poprzetoczeniowe. Przy uwzględnieniu liczby niepożądanych reakcji, które wystąpiły u pacjentów leczonych krwią oraz liczby wydanych jednostek poszczególnych składników krwi stwierdzono, iż w latach 2012-2013 udział procentowy niepożądanych reakcji do liczby wydanych jednostek w przypadku KKCz wynosił odpowiednio 0,08% oraz 0,09%, FFP 0,07% oraz 0,06% oraz KKP 0,19% oraz 0,10%. Nie zgłoszono powikłań po przetoczeniach KPK. Liczba zgłoszonych zdarzeń bliskich celu (near miss) wynosiła 96 w 2012 r. oraz 9 w 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 706)

Według danych posiadanych przez NCK, w latach 2010-2013 wystąpiły cztery przypadki zgonów pacjentów w wyniku powikłań po przetoczeniu krwi i jej składników, z tego dwa przypadki związane były z obcogrupowym przetoczeniem krwi.

(dowód: akta kontroli str. 2037-2041)

1.7. W obowiązujących w latach 2012-2013 zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia⁵⁶ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne⁵⁷ oraz w zarządzeniu obowiązującym od 2014 r.⁵⁸, w katalogach świadczeń do sumowania ujęto jedynie część składników krwi wymienionych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2012 r, 2013 r. i 2014 r.⁵⁹

Pismem z dnia 8 stycznia 2014 r. NCK skierowało w tej sprawie pismo do Prezesa NFZ, w którym wskazało, że w 2014 r. w katalogu do sumowania ujęto 14 z 128

⁵⁴ W 2010 r. przetoczono krew i jej składniki 57% pacjentów ogółem leczonych krwią, 60,4% w 2011 r. 61,8%, w 2012 r. oraz 61,5% w 2013 r.

⁵⁵ W 2010 r. przetoczono krew i jej składniki 23,5% pacjentów ogółem leczonych krwią, 20,4% w 2011 r. 19,8%, w 2012 r. oraz 19,6% w 2013 r.

⁵⁶ Dalej: NFZ.

⁵⁷ Nr 72/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011 r. ze zm.

⁵⁸ Nr 89/2013/DSOZ z dnia 19 grudnia 2013 r.

⁵⁹ Dz. U. z 2011 r. Nr 220, poz. 1309, z 2012 r, poz. 958, z 2013 r., poz.1559.

składników krwi wymienionych w rozporządzeniu określającym wysokość opłat za krew i jej składniki w 2014 r.⁶⁰ W odpowiedzi NFZ z dnia 12 lutego 2014 r. wskazano, że rozliczanie kosztów przetoczenia krwi i jej składników, podobnie jak kosztów zastosowanych w procesie leczenia produktów leczniczych, stanowią element uśrednionego ryczału, w ramach którego rozliczane są zakończone hospitalizacje, tj. głównie w ramach jednorodnych grup pacjentów (JGP). Do odrębnego rozliczenia wydzielone zostały jedynie niektóre preparaty, których wartości punktowe odpowiadają wysokości opłat określonych w przepisach wydanych na podstawie ustawy o *publicznej służbie krwi*. Koszty pozostałych niewymienionych literalnie preparatów, podobnie jak badania związane z przetoczeniem, zestawy do przetoczeń, a także opłaty ponoszone przez szpitale dodatkowo, za niektóre usługi stanowiące etapy pośrednie przygotowania krwi dla pacjenta, zawierają się w ryczałtach właściwych JGP, a ich rozliczanie odbywa się na zasadach ogólnych rozliczania całej hospitalizacji. Pismem z dnia 20 lutego 2014 r. NCK wystąpiło do Dyrektora Departamentu Polityki Zdrowotnej w Ministerstwie Zdrowia o wsparcie działań mających na celu zwrócenie uwagi NFZ na skalę problemu oraz próby zminimalizowania jego skutków. Według posiadanych przez NCK informacji, wartość rozliczonych przez NFZ składników krwi wymienionych w katalogach świadczeń do sumowania wyniosła: w 2013 r. 272 206,7 tys. zł (z 290 694,6 tys. zł uznanych), w 2011 r. 228 335,9 tys. zł oraz w 2010 r. 229 833,5 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 666-668, 691-699)

W kontrolowanym przez NIK okresie wzrastało zadłużenie szpitali wobec RCKiK m.in. z tytułu nieuregulowania opłat za krew i jej składniki z 76 340 tys. zł (należność główna i odsetki) wg stanu na 31 grudnia 2012 r. do 83 332,2 tys. zł (o 9,2%) na 31 grudnia 2013 r. W sprawozdawczości przekazywanej do NCK, RCKiK poza kwotą zadłużenia ogółem wskazywały 10 szpitali posiadających największe zadłużenia. Największe zadłużenie podmiotu leczniczego wobec RCKiK wg stanu na 31 grudnia 2013 r. wynosiło 12 047,9 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 32-45)

1.8. Według danych posiadanych przez NCK, w latach 2010-2013 liczba wytworzonych do użytku klinicznego jednostek KKCz wzrastała, za wyjątkiem jednorazowego nieznacznego spadku w 2012 r. i wynosiła odpowiednio: 1 095 838 jednostek, 1 152 151 (wzrost o 5,14%), 1 151 408 (spadek o 0,06%) oraz 1 154 264⁶¹ (wzrost o 0,25% oraz o 5,06% od 2010 r.). Liczba wytworzonych do użytku klinicznego lub na potrzeby frakcjonowania jednostek FFP wynosiła: 1 241 227 jednostek w 2010 r., 1 214 494 w 2011 r. (spadek o 2,15%), 1 211 511 w 2012 r. (spadek o 0,25%) oraz 1 211 894 w 2013 r. (wzrost o 0,03%, spadek o 2,42% od 2010 r.), przy czym liczba jednostek FFP pobranych metodą plazmaferezy po spadku z 158 652 jednostek w 2010 r. do 70 109 w 2011 r. (spadek o 55,81%) w następnych latach systematycznie wzrastała i wynosiła: 71 234 w 2012 r. (wzrost o 1,6%), oraz 73 253 w 2013 r. (wzrost o 2,83%). Liczba wytworzonych do użytku klinicznego preparatów zlewanych KKP i otrzymanych metodą aferezy ulegała wahaniom i wynosiła: 94 921 w 2010 r., 92 801 w 2011 r. (spadek o 2,2%), 105 629 w 2012 r. (wzrost o 13,8%) oraz 101 059 w 2013 r. (spadek o 4,3%).

Liczba wytworzonych do użytku klinicznego jednostek krioprecypitatu wzrosła blisko dwukrotnie i w latach 2010-2013 wynosiła odpowiednio: 9 901 w 2010 r., 13 729

⁶⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wysokości opłat za krew i jej składniki w 2014 r. Dz. U. z 2013 r., poz.1559.

⁶¹ Wszystkie dane za 2013 r. na dzień 27 marca 2014 r.

w 2011 r., 15 822 w 2012 r. oraz 18 742 w 2013 r. (wzrost o 89,29% od 2010 r.) Liczba wytworzonych jednostek KPK⁶² po znacznym spadku z 75 w 2010 r. do 16 w 2011 r. (spadek o 78,67%) w następnych latach osiągnęła zbliżony poziom i wynosiła odpowiednio: 10 w 2012 r. oraz 17 w 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 708)

W latach 2010-2013 w RCKiK oraz WCKiK dokonano utylizacji łącznie 606 965 jednostek krwi i jej składników, co stanowiło 6,10% jednostek wytworzonych w tym okresie. Liczba jednostek utylizowanej krwi i jej składników systematycznie wzrastała w ww. okresie i wynosiła: 119 678 w 2010 r., 149 615 w 2011 r., 152 788 w 2012 r. i 184 884 w 2013 r. Również udział procentowy utylizowanych składników krwi w stosunku do wytworzonych ulegał zwiększeniu z 4,87% w 2010 r., 6,01% w 2011 r., 6,11% w 2012 r. do 7,37% w 2013 r.

Liczba zutilizowanych jednostek KKCz wyniosła w ww. latach 171 059, przy czym po wzroście z 42 401 w 2010 r. do 48 300 w 2011 r. (o 13,91%) w latach następnych ulegała systematycznemu zmniejszeniu do 41 484 w 2012 r. (spadek o 14,11%) oraz 38 874 w 2013 r. (o 6,29%). Główną przyczyną utylizacji jednostek KKCz było ich przeterminowanie. Łącznie z tej przyczyny zutilizowano w ww. latach 92 194 jednostek (53,9% zutilizowanych)⁶³. Ponadto z powodu uszkodzeń mechanicznych zutilizowano łącznie 5 789 jednostek⁶⁴ oraz z powodu nieprawidłowo wykonanej procedury 3 367 jednostek⁶⁵.

(dowód: akta kontroli str. 709-709a)

W latach 2010-2013 dokonano utylizacji łącznie 354 015 jednostek osocza. W ww. okresie liczba zutilizowanych jednostek tego składnika wzrosła ponad dwukrotnie i wynosiła: 59 148 jednostek w 2010 r., 79 634 w 2011 r., 90 342 w 2012 r. oraz 124 891 w 2013 r. (wzrost o 111,15% od 2010 r.). Główną przyczyną utylizacji jednostek osocza był negatywny wynik kontroli wizualnej (łącznie z tej przyczyny zutilizowano 129 993 jednostek 36,72% zutilizowanych) oraz uszkodzenia mechaniczne (75 631 jednostek - 21,36%).

Systematycznie wzrastała liczba zutilizowanych jednostek osocza z powodu:

- przeterminowania (z 3 563 w 2010 r., 5 456 w 2011 r., 7 470 w 2012 r. do 16 059 w 2013 r. - wzrost o 350,7% od 2010 r.);
- uszkodzeń mechanicznych (z 11 135 w 2010 r., 16 653 w 2011 r., 23 627 w 2012 r. do 24 216 w 2013 r. - wzrost o 117,5% od 2010 r.);
- nieprawidłowo wykonanej procedury (z 587 w 2010 r., 1 129 w 2011 r., 1 151 w 2012 r. do 2 896 w 2013 r. (wzrost o 393,36% od 2010 r.).

Dyrektor NCK wyjaśniła, że *kwestie zniszczeń składników krwi m.in. z powodu uszkodzeń mechanicznych czy też nieprawidłowego wykonywania procedury są przedmiotem kontroli Instytutu, stąd stosowane zalecenia merytoryczne w tym zakresie wydaje Instytut. Niemniej jednak NCK, odniosło się do kwestii organizacyjnych, które mają pośredni wpływ na powyższe zagadnienia.*

(dowód: akta kontroli str. 709, 728-729)

1.9. Zgodnie z § 2 pkt 1 i 3 Statutu NCK, przedmiotem działalności NCK jest *realizacja zadań związanych z nadzorem nad organizacją pobierania krwi, oddzielania jej składników oraz zaopatrzenia w krew, a także monitorowanie potrzeb w zakresie zaopatrzenia w krew, jej składniki i produkty krwiopochodne.*

⁶² Bez KPK autologicznego.

⁶³ Z tego 24 179 w 2010 r. (57,02%), 28 112 w 2011 r. (58,2%), 21 079 w 2012 r. (50,81%) oraz 18 824 w 2013 r. (48,42%).

⁶⁴ Z tego 1 516 w 2010 r., 1 419 w 2011 r., 1 497 w 2012 r. oraz 1 357 w 2013 r.

⁶⁵ Z tego 522 w 2010 r., 719 w 2011 r., 772 w 2012 r. oraz 1 354 w 2013 r.

Odnosząc się do kwestii monitorowania wielkości zapotrzebowań na krew i jej składniki składanych przez podmioty lecznicze oraz stopnia ich realizacji Dyrektor NCK wyjaśniła, że *analizy nie są przeprowadzane na poziomie centralnym, ze względu na liczne ograniczenia tego typu analiz (...) obecnie trwają wspólne prace (...) związane z przygotowaniem projektu pt. „e-krew – informatyzacja publicznej służby krwi oraz rozwój nadzoru nad krwiolecznictwem (...) Realizacja projektu zakłada szereg rozwiązań, które pozwolą na rzetelną analizę danych dotyczących m.in. zapotrzebowań podmiotów leczniczych na krew i jej składniki (...) problem rzetelnej analizy gospodarki krwią w podmiotach leczniczych jest znany i był niejednokrotnie sygnalizowany przez centra krwiodawstwa (...) Zgodnie z uzyskiwanymi informacjami, centra nie otrzymują kompletnych i pełnych danych w zakresie gospodarki krwią i jej składnikami ze wszystkich podmiotów leczniczych, w tym raportów i okresowych sprawozdań z działalności komitetów transfuzjologicznych (...) NCK na bieżąco monitoruje liczbę wydanych do lecznictwa KKCz. Natomiast nie ma możliwości analizy stopnia realizacji złożonych przez podmioty lecznicze zapotrzebowań, gdyż musiało być uprawnione do dostępu do dokumentacji medycznej, ponieważ niejednokrotnie niepełna realizacja zamówienia wynika z konsultacji medycznych pomiędzy ekspedycją RCKiK, a lekarzem zamawiającym krew lub jej składniki. Niemniej jednak z chwilą otrzymania informacji o braku realizacji przez centrum zamówienia, NCK podejmuje kroki w celu wyjaśnienia sytuacji i ewentualnie wsparcia centrum w zorganizowaniu zabezpieczenia przez inne centrum. Odbywa się to zazwyczaj telefonicznie, ze względu na konieczność podjęcia szybkiej interwencji. NCK wspólnie z Instytutem na podstawie m.in. rocznych sprawozdań z działalności przesyłanych przez 21 RCKiK analizowało globalne zapotrzebowanie na krew lub jej składniki. Z analiz tych wynikało, że w każdym roku okresu 2008-2012 liczba wytworzonych jednostek składników krwi przewyższała liczbę jednostek wydanych do szpitali.*

(dowód: akta kontroli str. 736-744, 2034-2036)

Uwagi dotyczące badanej działalności

W powyższym zakresie NIK zauważa, że wskazywane w wyjaśnieniach Dyrektora NCK porównanie ilości wytworzonych i wydanych w poszczególnych latach jednostek składników krwi, wskazujące na większą liczbę wytworzonych od liczby wydanych składników krwi, nie pozwala na ustalenie okresowych niedoborów oraz nadwyżek składników krwi, zwiększających ryzyko ich przeterminowania.

Opis stanu faktycznego

NCK zobowiązało wszystkie CKiK do przekazywania w dni robocze informacji o stanach zapasów jednostek KKCz w układzie grup krwi ABO i czynnika Rh oraz FFP. Na ich podstawie NCK sporządzało zbiorcze zestawienie o stanie zapasów, które następnie przekazywało tym centrům oraz Instytutowi. Według wyjaśnień Dyrektora NCK, celem tych działań było m.in. zabezpieczenie bieżących potrzeb lecznictwa, w szczególności w przypadku okresowych niedoborów KKCz poszczególnych grup krwi w danym centrum. Centra na podstawie tych raportów posiadały informacje o stanie zapasów jednostek KKCz w pozostałych centrach i mogły w oparciu o te informacje podjąć działania w celu uzupełnienia swoich stanów magazynowych. Ponadto na podstawie tych raportów opracowywano plan i harmonogram działań promocyjnych Dyrektor NCK wyjaśniła, że powyższe informacje służyły również do monitorowania przez NCK *nieznizalnych* stanów magazynowych osocza poprzez porównanie stanów zapasów osocza wykazywanych przez centra w ww. raportach z ustalonymi przez Ministra Zdrowia *nieznizalnymi* stanami zapasów tego składnika krwi. W wyniku tych działań NCK stwierdziło, iż poszczególne centra utrzymywały wymagany poziom zapasów osocza, za wyjątkiem RCKiK w Kaliszu. NCK podjęło działania w celu ustalenia przyczyn spadku ilości osocza poniżej ustalonego poziomu.

W wyjaśnieniach Dyrektor NCK wskazała również, że przesyłane do NCK comiesięczne informacje w zakresie liczby donacji krwi i jej składników, ilości krwi wydanej do lecznictwa, a także comiesięczne raporty o ilości osocza wydanego do lecznictwa oraz do wytwórni farmaceutycznych, wykorzystywane były do systematycznego monitorowania stanu zapasów krwi i jej składników. Pozyskiwane comiesięcznie z RCKiK dane o liczbie pobranych donacji krwi i jej składników oraz ilości krwi wydanej do lecznictwa w miesiącu poprzednim wykorzystywane były do sprawozdawczości budżetu zadaniowego.

(dowód: akta kontroli str. 721-734, 763-766, 790-794, 1648-1651, 1710-1711, 2147-2163)

W sprawie *niezniżalnych* stanów zapasów osocza w WCKiK oraz Centrum MSW Dyrektor NCK wyjaśniła: *poziom tzw. niezniżanych zapasów został ustalony przez Ministra Zdrowia dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi, dla których Minister Zdrowia jest organem tworzącym i jednostki te są dofinansowane w formie dotacji z budżetu państwa, w części będącej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia. W trakcie dyskusji na temat niezniżalnego zapasu, w posiedzeniu Krajowej Rady do Spraw Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa uczestniczyli Dyrektorzy WCKiK i CKiK MSW i nie zgłaszali zastrzeżeń do podjętych wówczas ustaleń.*

(dowód: akta kontroli str. 2037-2041)

W latach 2012-2013 średni miesięczny stan zapasów jednostek KKCz⁶⁶ zgromadzonych we wszystkich centrach kształtował się w przedziale 9 927 – 35 323 jednostek i ulegał wahaniom. Największe średnie stany zapasów występowały w okresie marzec-kwiecień (od 32 898 do 35 323 jednostek), po czym następował ich systematyczny spadek, który osiągał najniższy poziom w sierpniu (od 9 927 do 10 395 jednostek). W okresie od września do grudnia średni stan zapasów ulegał zwiększeniu.

Na podstawie analizy dziennych raportów z sierpnia 2012 r. stwierdzono, iż w siedmiu centrach krwiodawstwa średni stan zapasów jednostek KKCz poszczególnych grup krwi w układzie ABO i czynnika Rh wynosił poniżej 10 jednostek, tj.:

- grupy krwi A Rh – w RCKiK w: Kaliszu (średni stan zapasów wynosił 8 jednostek), Słupsku, Szczecinie, Raciborzu po 7 jednostek oraz Centrum MSW 5;

- grupy krwi B Rh – w RCKiK w: Kaliszu, Słupsku po 3 jednostki, Szczecinie 9, Raciborzu 7;

- grupy krwi AB Rh – w RCKiK w: Słupsku 4, Szczecinie, Radomiu po 8 jednostek, Wałbrzychu 9 oraz Centrum MSW 2;

- grupy krwi O Rh – w RCKiK w: Kaliszu 3, Raciborzu 6, Radomiu 9, Centrum MSW 6 oraz

- grupy krwi AB Rh + w Centrum MSW 3.

Ponadto stwierdzono, że w czterech CKiK średni stan zapasów jednostek KKCz z układu grup krwi ABO i czynnika Rh wynosił do 2 jednostek przez co najmniej 2 dni, tj.:

- grupy krwi A Rh – w RCKiK w: Kaliszu (dwa razy), Słupsku, Centrum MSW przez 2 dni, Szczecinie przez 6 dni oraz Centrum MSW przez 4 dni;

- grupy krwi B Rh – w RCKiK w: Kaliszu (dwa razy) po 4 dni oraz Słupsku przez 14 dni;

- grupy krwi AB Rh – w RCKiK: Słupsku (dwa razy) przez 8 i 2 dni oraz Centrum MSW (dwa razy) po 5 i 7 dni;

⁶⁶ Ustalony na podstawie codziennych raportów przesyłanych do NCK przez 21 RCKiK, WCKiK oraz Centrum MSW.

- grupy krwi O Rh – w RCKiK: Kaliszu (dwa razy) przez 10 i 4 dni oraz Centrum MSW przez 2 dni;

- grupy krwi AB Rh + w RCKiK w Słupsku przez 2 dni oraz Centrum MSW (cztery razy) przez 2 dni.

W sierpniu 2012 r. w dwóch centrach krwiodawstwa, tj. RCKiK w Kaliszu oraz Centrum MSW wystąpiły przypadki braku na stanie magazynowym jednostek KKCz z grupy krwi A Rh -, AB Rh - oraz O Rh -, które trwały od 2 do 4 dni.

(dowód: akta kontroli str. 763-765, 1648)

Zgodnie z § 2 pkt 4 i 5 Statutu NCK do zadań NCK należy również programowanie zadań oraz wdrażanie zmian, a także opracowywanie bieżących i perspektywicznych programów w zakresie realizacji zadań, o których mowa w pkt 1 i 3 Statutu.

Realizując to zadanie NCK uczestniczyło w opracowywaniu wariantów zmian do *Programu Leczenia Chorych na Hemofilię* wraz z wyliczeniem kosztów, polegających na ponownym zdefiniowaniu grupy chorych uprawnionych do wtórnej profilaktyki i ewentualnym objęciem tą formą leczenia dzieci z chorobą von Willebranda, doprecyzowaniu wspólnie z IHiT zadań wojewódzkich koordynatorów ds. leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych oraz współpracowało z NFZ w pracach projektowych dotyczących internetowego systemu zleceń na koncentraty czynników krzepnięcia. NCK opracowało również projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁶⁷, w wyniku którego świadczenie *Leczenie hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych* zostało wprowadzone oraz zdefiniowane na dwóch poziomach referencyjnych, dając podstawę do kontraktowania świadczeń (realizowanych od 2015 roku), a tym samym specjalizowaniu ośrodków leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne. Ponadto NCK uczestniczyło w opracowywaniu zmian do *Programu samowystarczalności*, polegających na wdrożeniu pilotażowego projektu *Kandydat na dawcę krwi*, ustanowieniu NCK realizatorem tego Programu w zakresie zadania *Propagowanie honorowego krwiodawstwa* oraz aktualizacji wysokości środków finansowych przeznaczonych na realizację tego programu, co opisano w dalszej części wystąpienia.

(dowód: akta kontroli str. 69-71, 721-734, 1315-1328, 1353-1355, 1368-1370, 1580-1583)

1.10. Według stanu na 31 grudnia 2013 r. CKiK posiadały łącznie 371,5 tys. litrów zgromadzonego osocza, z czego 164,9 tys. litrów pobranego w 2013 r., 110,1 tys. litrów w 2012 r., 71,8 tys. litrów w 2011 r., 14,5 tys. litrów w 2010 r., 10,2 tys. litrów w 2009 r. oraz 0,1 tys. litrów pobranego przed 2009 r.

Liczba donacji osocza pobranego przez CKiK metodą plazmaferezy uległa zmniejszeniu z 48 302 w 2010 r. do 19 864 w 2011 r., a w następnych latach utrzymywała się na zbliżonym poziomie i wynosiła odpowiednio: 20 981 w 2012 r. oraz 22 475 w 2013 r.

W latach 2010-2013 średnio 31,1% wytworzonych jednostek FFP wydawanych do było podmiotom leczniczemu do celów klinicznych (31,9% w 2010 r., 32,1% w 2011 r., 30,8% w 2012 r. oraz 29,6% w 2013 r.). Od 2011 r. następowała w tym zakresie tendencja zniżkowa.

(dowód: akta kontroli str. 700, 702, 708, 1645)

W dniu 10 czerwca 2009 r. liderzy konsorcjum RCKiK – Dyrektorzy RCKiK w Katowicach i we Wrocławiu poinformowali o powstaniu nadwyżek osocza (90 tys. litrów) i wystąpili do ówczesnej Minister Zdrowia o wyrażenie zgody na sprzedaż

⁶⁷ Dz. U. Nr 140, poz. 1143 ze zm.

tych nadwyżek. Jednocześnie poinformowali o niewielkiej sprzedaży osocza w marcu i kwietniu, a także przechowywaniu osocza z lat 2007-2008 (185 tys. litrów), co przekraczało możliwości magazynowania osocza w RCKiK i skutkowało przechowywaniem części osocza w magazynach komercyjnych (miesięczny koszt utrzymywania nadwyżek oszacowali na 200 tys. zł). Poinformowali także o ryzyku przeterminowania osocza i rozpoczęciu utylizacji części przeterminowanego osocza. 18 czerwca 2009 r. NCK przedstawiło Ministrowi Zdrowia informacje dotyczące zapasów osocza w 21 RCKiK oraz zasady gospodarki osoczem zarekomendowane przez Krajową Radę do Spraw Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa⁶⁸, wnosząc o ich zatwierdzenie. Zaproponowane przez Krajową Radę zasady zakładały ustalenie *niezniżalnego* stanu zapasów osocza utrzymywanego przez RCKiK, który pozwoli na wykarcjonowanie odpowiedniej ilości osocza i zabezpieczy potrzeby lecznictwa. Krajowa Rada rekomendowała, aby nadwyżki osocza były sprzedawane co miesiąc, aby zoptymalizować koszty magazynowania, powierzenie odpowiedzialności za gospodarkę osoczem, w tym zabezpieczenie potrzeb lecznictwa dyrektorom RCKiK oraz monitorowanie gospodarki osoczem przez NCK. Wskazała ponadto, że niezbędne jest obniżenie ilości osocza w magazynach, gdyż utrudnia to karcjonowanie i rotację. W związku ze zgromadzeniem przez wszystkie RCKiK nadwyżek osocza ponad ustalony poziom na potrzeby lecznictwa w ilości ok. 93,5 tys. litrów na dzień 17 czerwca 2009 r. oraz upływającym z dniem 31 grudnia 2009 r. terminem umowy na sprzedaż nadwyżek osocza z ówczesnym odbiorcą (ze względu na brak porozumienia stron w kwestii ceny osocza), NCK zgłosiło w grudniu 2009 r.⁶⁹ do Ministra Zdrowia za pośrednictwem Marka Habera Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia propozycję, aby nowy odbiorca nadwyżek osocza został wybrany w drodze postępowania konkursowego prowadzonego na zlecenie Ministra Zdrowia, na podstawie pełnomocnictw udzielonych przez Dyrektorów 21 RCKiK. NCK przedłożyło jednocześnie harmonogram prac dotyczących postępowania konkursowego. Według danych posiadanych przez NCK, na dzień 2 grudnia 2009 r. zgromadzona nadwyżka osocza wynosiła ok. 55 tys. litrów, a miesięczny przyrost nadwyżek osocza w 21 RCKiK kształtował się na poziomie 15-20 tys. litrów. W wyniku akceptacji przedstawionych przez NCK propozycji, Zakład Zamówień Publicznych⁷⁰ przy Ministrze Zdrowia ogłosił w dniu 22 grudnia 2009 r. postępowanie konkursowe na *sprzedaż nadwyżek polskiego świeżo mrożonego osocza (FFP) z regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa*⁷¹ z terminem składania zgłoszeń do dnia 27 stycznia 2010 r. Konkurs miał być przeprowadzony w trzech etapach: I etap – ocena formalnoprawna, II etap – negocjacje, III etap składanie i otwarcie ofert cenowych. Do ww. konkursu zgłosiło się dwóch potencjalnych odbiorców. W dniu 6 kwietnia 2010 r. Dyrektor RCKiK w Gdańsku poinformował NCK o rosnących zapasach FFP i ze względu na niewystarczającą powierzchnię własnej mroźni, o konieczności przechowywania osocza w mroźniach podmiotu zewnętrznego, co generowało koszty ok. 6 tys. zł/miesiąc. Jednocześnie zwrócił się o przekazanie wiążącej informacji dotyczącej planów i zamierzeń na szczeblu centralnym, związanych z szybkim i skutecznym zagospodarowaniem nadwyżek osocza posiadanego przez RCKiK. Zastępca Dyrektora NCK przekazał ww. pismo Dyrektorowi ZZZP w dniu 21 kwietnia 2010 r. wraz z prośbą o przyspieszenie procedury konkursowej. Komisja Konkursowa pod przewodnictwem Dyrektora ZZZP, w skład której wchodził m.in. ówczesny Dyrektor i Zastępca Dyrektora NCK oraz Dyrektorzy RCKiK we

⁶⁸ Dalej: Krajowa Rada.

⁶⁹ Pismem NCK-1614/S/2009 z dnia 2 grudnia 2009 r. oraz NCK-1651/OS/42/JS/2009 z dnia 10 grudnia 2009 r.

⁷⁰ Dalej: ZZZP.

⁷¹ Znak konkursu: ZZZP-Konkurs.osocze/09; dalej: *postępowanie konkursowe na sprzedaż FFP*

Wrocławiu, Katowicach i Warszawie, na posiedzeniu w dniu 29 kwietnia 2010 r. odrzuciła oferty złożone przez potencjalnych odbiorców, z uwagi na naruszenie warunków określonych w rozdz. XII ust. 4 oraz rozdz. II ust. B *Zaproszenia do złożenia oferty cenowej (pierwszej)* wskazujących, iż oferentowi nie wolno dokonywać żadnych zmian merytorycznych we wzorze druku oferty opracowanym przez sprzedającego i jednocześnie w tym samym dniu podjęła decyzję o zakończeniu tego postępowania. Najwyższa zaoferowana cena za litr osocza w *postępowaniu konkursowym na sprzedaż FFP* wynosiła 96 euro (minimalna cena ustalona w warunkach konkursu 85 euro). Informację o wynikach ww. konkursu z prośbą o akceptację decyzji Komisji Konkursowej oraz możliwymi wariantami dalszego postępowania, jej Przewodniczący przekazał Markowi Haberowi Podsekretarzowi Stanu w Ministerstwie Zdrowia w dniu 4 maja 2010 r., a Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia w tym samym dniu zaakceptowało zaproponowany wariant dalszego postępowania, tj. unieważnienie postępowania konkursowego z powodu braku złożonych ważnych ofert, sprzedaż nadwyżek osocza przez każdy RCKiK we własnym zakresie, skierowanie zapytania do obu oferentów, czy byłiby gotowi podpisać umowy ze wszystkimi RCKiK na warunkach nie gorszych niż zaproponowane z postępowaniu konkursowym i w przypadku pozytywnych odpowiedzi przekazanie RCKiK ofert. Z dokumentacji posiadanej przez NCK wynikało, że Przewodniczący Komisji Konkursowej w dniu 29 kwietnia 2010 r., tj. na pięć dni przed przekazaniem Podsekretarzowi Stanu w Ministerstwie Zdrowia informacji o wynikach *postępowania konkursowego na sprzedaż FFP*, informując oferentów o odrzuceniu złożonych przez nich ofert w imieniu Komisji Konkursowej, zwrócił się o wyrażenie przez nich zgody na podpisanie umowy ze wszystkimi RCKiK, które zwróciłyby się o zakup nadwyżek osocza, na warunkach nie gorszych, niż zawarte w złożonej ofercie cenowej w zakończonym postępowaniu. Uzyskane od oferentów odpowiedzi przekazane zostały Podsekretarzowi Stanu wraz w piśmie z dnia 4 maja 2010 r. o wynikach prac Komisji Konkursowej. W maju 2010 r. Dyrektorzy RCKiK w Katowicach, Kaliszu, Gdańsku, Kielcach kierowali do NCK lub Ministerstwa Zdrowia zapytania dotyczące możliwości sprzedaży osocza firmie biorącej udział w *postępowaniu konkursowym na sprzedaż FFP* i możliwości negocjowania warunków sprzedaży również z innymi odbiorcami osocza. W związku z powyższym Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia pismem z dnia 27 maja 2010 r. poinformował⁷² wszystkie RCKiK, iż mogą we własnym zakresie sprzedawać nadwyżki osocza do odbiorców biorących udział w *postępowaniu konkursowym na sprzedaż FFP*, jednak na warunkach nie gorszych niż złożonych w ofercie cenowej w zakończonym *postępowaniu konkursowym na sprzedaż FFP*, jednocześnie informując o konieczności uzyskania zgody Ministra Zdrowia na sprzedaż nadwyżek osocza odbiorcom niebiorącym udziału w tym postępowaniu.

(dowód: akta kontroli str. 929-1004)

W dniu 17 maja 2010 r. do NCK wpłynął list intencyjny odbiorcy zainteresowanego zakupem nadwyżek osocza (nieuczestniczącego w postępowaniu konkursowym), który został przekazany do Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia przy piśmie z dnia 26 maja 2010 r. W związku z unieważnieniem *postępowania konkursowego na sprzedaż FFP* oraz zainteresowaniem ww. podmiotu nabyciem osocza, Marek Haber Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia 23 czerwca 2010 r. wyraził zgodę na podjęcie negocjacji z potencjalnymi odbiorcami nadwyżek osocza przez dyrektorów RCKiK we Wrocławiu i Katowicach oraz zobowiązał do informowania Ministra Zdrowia o przebiegu tych negocjacji za pośrednictwem NCK. Na podstawie ww. zgody zaproszenie do negocjacji w sprawie sprzedaży nadwyżek

⁷² NCK-760/OS/06/MK/2010.

osocza w dniu 28 czerwca 2010 r. zostało skierowane do dziesięciu podmiotów⁷³. Jednocześnie prowadzone były rozmowy z przedstawicielami firmy, która złożyła list intencyjny w Ministerstwie Zdrowia (spotkanie w dniu 25 czerwca 2010 r., w którym uczestniczyli pracownicy Ministerstwa Zdrowia, NCK oraz RCKiK). Z przedstawionej kontroli dokumentacji wynikało, iż przedstawiciele NCK uczestniczyli w okresie czerwiec-lipiec 2010 r. w przekazywaniu danych dotyczących osocza pochodzącego od polskich dawców ww. firmie. W celu wyłonienia nabywcy osocza dyrektorzy RCKiK w Katowicach i Wrocławiu (liderzy konsorcjum RCKiK), po uzyskaniu akceptacji⁷⁴ Cezarego Rzemka Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, skierowali 18 sierpnia 2010 r. zaproszenia do trzech potencjalnie zainteresowanych odbiorców⁷⁵ do złożenia w NCK ofert cenowych. W celu oceny ofert złożonych w postępowaniu konkursowym na sprzedaż nadwyżek osocza, ówczesny Zastępca Dyrektora NCK 23 sierpnia 2010 r. powołał⁷⁶ Komisję, w skład której wchodził Zastępca Dyrektora NCK, dyrektorzy RCKiK we Wrocławiu i Katowicach oraz trzech pracowników NCK. Ofertę złożył tylko jeden odbiorca (autor listu intencyjnego), a ww. komisja uzależniła podjęcie decyzji o nawiązaniu współpracy z tym odbiorcą od dokonania oceny warunków złożonej oferty (zapoznania się z umową jakościową). Zapisy umowy jakościowej zostały omówione przez liderów konsorcjum RCKiK w dniu 20 września 2010 r. w RCKiK w Katowicach z przedstawicielami odbiorcy, o czym NCK poinformowało 21 i 27 września 2010r.⁷⁷ Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia oraz pozostałych 19 Dyrektorów RCKiK. Zgodnie z projektem umowy jakościowej zakup osocza dotyczył osocza wytworzonego dopiero po audycie przeprowadzonym przez odbiorcę, a więc zapisy umowy nie dotyczyły już istniejącej nadwyżki osocza ponad poziom *niezaniżalny* na potrzeby lecznictwa w ilości ok. 200 tys. litrów⁷⁸. Podczas kolejnych spotkań liderów z przedstawicielami odbiorcy w dniu 3 listopada 2010 r. oraz 24 listopada 2010 r. organizowanych w NCK z udziałem pracowników NCK ustalono, iż umowa handlowa zawierająca wynegocjowaną cenę za 1 litr osocza (65 euro⁷⁹) zostanie podpisana przez liderów w imieniu 21 Dyrektorów RCKiK na okres 3 lat (do dnia 31 grudnia 2013 r.)⁸⁰ wraz z załącznikiem, w którym zostaną wskazane wielkości osocza, do których zabezpieczenia dla odbiorcy zobowiązują się Dyrektorzy poszczególnych RCKiK. 30 listopada 2010 r., tj. na trzy dni przed planowanym terminem podpisania umowy handlowej na sprzedaż osocza, NCK przesłał wszystkim Dyrektorom RCKiK (na wniosek jednego z Dyrektorów RCKiK) jej wzór. NCK w dniu 1 grudnia 2010 r. przekazało⁸¹ Podsekretarzowi Stanu w Ministerstwie Zdrowia dwie niezależne opinie prawne w celu skorygowania zapisów umowy w sposób zabezpieczający interes każdej ze stron. W opiniach tych wskazano, że umowa jest nieprecyzyjna, zwłaszcza w odniesieniu do zobowiązań odbiorcy i terminów, w których powinien wykonywać te obowiązki, napisana została niezgodnie z zasadami języka polskiego i stanowi dosłowne tłumaczenie z języka

⁷³ Dziesięciu Europejskich Frakcjonatorów oraz jednego Zrzeszenia Frakcjonatorów.

⁷⁴ Pismem NCK-1187/OS/210/AK/2010 z dnia 16 sierpnia 2010 r.

⁷⁵ Do odbiorcy uczestniczącego w *postępowaniu konkursowym na sprzedaż FFP* oraz dwóch innych potencjalnych odbiorców, w tym do podmiotu, który skierował ww. list intencyjny.

⁷⁶ Zarządzeniem nr 21 Dyrektora NCK z dnia 23 sierpnia 2010 r. w sprawie powołania Komisji w celu oceny ofert, złożonych w postępowaniu konkursowym na sprzedaż nadwyżek osocza.

⁷⁷ Pismem NCK-1412/35/OS/MK/2010 z dnia 21 września 2010 r. oraz NCK-1433/36/OS/MK/2010 z dnia 27 września 2010 r.

⁷⁸ Nadwyżka osocza 18-miesięcznego szacowana na dzień 20 września 2010 r.

⁷⁹ Dla osocza nietestowanego NAT 5 do dnia 31 grudnia 2011 r. Opłaty na kolejny rok obowiązywania umowy mogły być negocjowane na nowo +/- 3% i wynosiły w 2012 r. 66,95 euro i w 2013 r. 68,95 euro.

⁸⁰ z możliwością jej rozwiązania po 2 latach z 6-miesięcznym terminem wypowiedzenia.

⁸¹ Pismem NCK-WOK/1801/13-wsp/MK/10.

niemieckiego oraz miejscami jest niezrozumiała, nie zachowano równowagi stron umowy, z wyraźną preferencją na rzecz odbiorcy, czego przykładem jest brak odpowiedniego uprawnienia do wypowiedzenia umowy po stronie dostawcy (RCKiK). Ostatecznie umowy, w których łączna ilość zadeklarowanego osocza do sprzedaży wyniosła 180 tys. litrów w całym okresie obowiązywania umów, zostały podpisane w dniu 3 grudnia 2010 r. przez wszystkich Dyrektorów RCKiK. Rzeczywista wielkość sprzedaży w latach 2011-2013 wyniosła 185,6 tys. litrów, w tym 44,2 tys. litrów w 2011 r., 119,8 tys. litrów w 2012 r. oraz 21,6 tys. litrów⁸² w 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 929-935, 990-997, 1003-1111, 1172-1174)

NCK 4 listopada 2010 r. przekazało Ministrowi Zdrowia notatkę ze spotkania czterech Dyrektorów RCKiK, na którym zaproponowano ogłoszenie konkursu na sprzedaż osocza w zamian za produkty krwiopochodne. Jednak z uzyskanej opinii prawnej⁸³, zaproponowane rozwiązanie zawierające równocześnie element sprzedaży osocza, jak i element zakupu produktów krwiopochodnych budziło wątpliwości pod kątem jego zgodności z przepisami ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. *Prawo zamówień publicznych*⁸⁴.

(dowód: akta kontroli str. 795-798)

W związku z zamiarem kontynuacji współpracy z RCKiK w zakresie zakupu nadwyżek osocza, dotychczasowy odbiorca 18 stycznia 2013 r. przekazał do NCK projekt umowy *na zaopatrywanie w osocze krwi* na lata 2013-2017, który następnie został przekazany 18 stycznia 2013 r.⁸⁵ przez NCK do wszystkich dyrektorów RCKiK, celem wyrażenia stanowiska w sprawie umowy oraz przekazania informacji, czy poszczególni dyrektorzy RCKiK zamierzają przystąpić do dalszej współpracy z odbiorcą. Po wypracowaniu przez dyrektorów RCKiK podczas spotkania w NCK w dniu 12 lutego 2013 r. wspólnego projektu umowy *na zaopatrywanie w osocze krwi*, została wyłoniona⁸⁶ w wyniku głosowania czteroosobowa *grupa ds. negocjacji*, w skład której wchodziłi Dyrektorzy RCKiK w Opolu, Radomiu, Wałbrzychu i Katowicach. *Grupa ds. negocjacji* miała za zadanie przeprowadzenie negocjacji z przedstawicielami odbiorcy w zakresie warunków cenowych oraz możliwości rozwiązania umowy także przez stronę polską. NCK 20 lutego 2013 r. przekazało⁸⁷ odbiorcy ostateczny projekt umowy *na zaopatrywanie w osocze krwi*, informując jednocześnie, iż naniesione poprawki wynikają z obowiązku zabezpieczenia interesów publicznych i dotyczą warunków: wypowiedzenia umowy przez obie strony oraz cenowych (przedstawiono cenę wyższą o 10 euro za litr osocza objętego umową w każdym roku jej obowiązywania, w porównaniu do ceny zaproponowanej przez odbiorcę). W wyniku dokonanych 22 marca 2013 r. w NCK przez *grupę ds. negocjacji* ustaleń z przedstawicielami odbiorcy oraz konsultacji z pozostałymi Dyrektorami RCKiK uzgodniono ostateczny projekt umowy, który przewidywał cenę wyższą od 2 do 5 euro za litr osocza w zależności od okresu dostarczenia w latach 2013-2014⁸⁸ oraz określono warunki wypowiedzenia umowy

⁸²Na dzień 28 lutego 2013 r.

⁸³ Radcy prawnego ZZP z dnia 15 listopada 2010 r.

⁸⁴ Dz.U. 2013, poz. 907 ze zm., dalej: ustawa *Prawo zamówień publicznych*.

⁸⁵ Pismem NCK-WOK/137/01-Os/MK/13.

⁸⁶ W dniu 18 lutego 2013 r. podczas spotkania Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z Dyrektorami RCKiK oraz ówczesnym Dyrektorem NCK.

⁸⁷ Pismem NCK-WWKS/367/30-in/JG/2013.

⁸⁸ [...] Na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2014 r. poz. 782) i art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2003 r. Nr 153, poz. 1503 ze zm.), NIK wyłączyła jawność informacji w zakresie ceny zbywanego osocza. Wyłączenia tego dokonano w interesie przedsiębiorcy.

przez dostawcę. W maju 2013 r. dyrektorzy RCKiK podpisali umowy *na zaopatrywanie w osocze krwi*. W czasie prowadzenia negocjacji z odbiorcą osocza, NCK otrzymywało informacje o ich przebiegu, nie posiadało jednak informacji dotyczących ilości osocza zadeklarowanego do sprzedaży przez poszczególne RCKiK. Cena osocza w zależności od przeprowadzonych badań oraz okresu złożenia zamówień wahała się []⁸⁹ euro.

(dowód: akta kontroli str. 929-935, 1112-1240)

Niezależnie od prowadzonych negocjacji z odbiorcą, z którym zostały podpisane umowy *na zaopatrywanie w osocze krwi* przez wszystkich dyrektorów RCKiK, dziesięciu dyrektorów RCKiK⁹⁰, w tym Dyrektor RCKiK w Katowicach będący jednocześnie członkiem *grupy ds. negocjacji*, prowadziło od listopada 2012 r. równoległe rozmowy z innym odbiorcą zainteresowanym kupnem nadwyżek osocza, w tym z lat 2009-2010. Do dnia 8 sierpnia 2013 r. ww. osoby nie informowały Ministra Zdrowia, ani NCK lub przekazywały niezgodnie ze stanem faktycznym⁹¹, że takie rozmowy nie są prowadzone. Ostatecznie z inicjatywy Dyrektora RCKiK w Białymstoku w siedzibie NCK odbyło się w dniu 1 października 2013 r. spotkanie przedstawicieli odbiorcy z 18 dyrektorami RCKiK, przy udziale Dyrektora i Zastępcy Dyrektora NCK, w trakcie którego przedstawiciel odbiorcy poinformował, iż cena za litr osocza uzależniona jest od jakości i ilości osocza oraz długości obowiązywania umowy. W porównaniu do ceny ostatecznie ustalonej w umowie *na zaopatrywanie w osocze krwi*, cena oferowana przez tego odbiorcę za 1 litr osocza była wyższa do 18 euro. Natomiast cena osocza z plazmaaferezy była wyższa o 4-5 euro od ceny osocza pobranego z krwi pełnej. Poinformowano, że minimalna ilość osocza zadeklarowanego w umowie winna kształtować się na poziomie 8-10 tys. litrów rocznie. Ponadto przedstawione zostały preferencje dotyczące pochodzenia osocza (odbiorca pod pewnymi warunkami nie odrzucał osocza pochodzącego od dawców pierwszorazowych) oraz terminu ważności (może być skupowane osocze pobrane pół roku przed datą audytu). NCK nie posiadało na bieżąco informacji dotyczących cen i ilości osocza zadeklarowanego do sprzedaży na kolejne lata w umowach zawartych z tym odbiorcą przez dyrektorów RCKiK. Według danych pozyskanych przez NCK z RCKiK, umowy z ww. firmą były zawierane przez poszczególnych dyrektorów RCKiK od 31 lipca 2013 r., natomiast informacje o zadeklarowanych odbiorcy ilościach osocza NCK pozyskało w październiku i listopadzie 2013 r.

W związku z powyższym NCK poinformowało Krzysztofa Chlebusa Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia (pismami z dnia 17 października i 20 grudnia 2013 r.), iż jest zaniepokojone postawą niektórych Dyrektorów RCKiK, którzy zainteresowani są sprzedażą osocza pobieranego metodą plazmaferazy, gdyż w świetle zawartych umów *na zaopatrywanie w osocze krwi*, dodatkowe zobowiązanie do przekazywania przez poszczególne RCKiK około 8-10 tys. litrów osocza rocznie może skutkować utratą dawców krwi pełnej, będącej źródłem składników krwi do użytku klinicznego, przede wszystkim KKCz. NCK poinformowało również wszystkich dyrektorów RCKiK, iż priorytetem powinno być zapewnienie krwi i jej składników do celów klinicznych, a zatem przedmiotem zbytu powinny być wyłącznie nadwyżki osocza, a niedopuszczalnym jest prowadzenie działań zmierzających do *zwiększenia mocy produkcyjnych* w celu wytworzenia tych

⁸⁹ Na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2014 r. poz. 782) i art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2003 r. Nr 153, poz. 1503 ze zm.) NIK wyłączyła jawność informacji w zakresie ceny zbywanego osocza. Wyłączenia tego dokonano w interesie *przedsiębiorcy*.

⁹⁰ W Białymstoku, Bydgoszczy, Gdańsku, Katowicach, Lublinie, Olsztynie, Poznaniu, Rzeszowie, Warszawie i Wrocławiu.

⁹¹ Dyrektor RCKiK w Olsztynie i Rzeszowie.

nadwyżek np. poprzez zwiększenie plazmaferezy ponad dotychczasowy poziom poboru, tj. 2-5%.

(dowód: akta kontroli str. 929-935, 1241-1278, 2169-2222)

W sprawie podejmowanych w latach 2012-2013 działań na rzecz zagospodarowania nadwyżek osocza przechowywanego dłużej niż 36 miesięcy Dyrektor NCK wyjaśniła: *NCK w lutym 2013 roku zwróciło się do RCKiK z prośbą o przekazanie informacji o ilości osocza będącego na stanie magazynowym centrum, z podziałem na rok pochodzenia. Przedmiotowe dane zostały zaktualizowane w marcu 2014 roku. Z porównania danych wynika, iż działania RCKiK mające na celu poszukiwanie odbiorców i sprzedaż nadwyżek osocza są skuteczne, ilość osocza przechowywanego dłużej niż 36 miesięcy znacznie się zmniejszyła, tj. o ok. 70% (dane na dzień 1 marca 2013 r. i stan na dzień 31 grudnia 2013 r.). Ponadto, RCKiK powinny na bieżąco informować NCK o sprzedaży nadwyżek osocza. Z informacji uzyskanych z RCKiK wynika, iż w marcu 2014 roku została podpisana umowa z firmą (...) na sprzedaż osocza pobranego w 2009 roku. Odnosząc się do lat poprzednich, jak wynika z dokumentacji dostępnej w NCK, w 2009 roku z inicjatywy przedstawicieli RCKiK powołanych do prac w Krajowej Radzie do Spraw Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, zostały opracowane zasady zagospodarowania nadwyżek osocza w RCKiK. Na posiedzeniu w dniu 14 maja 2009 roku Krajowa Rada ds. Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa zarekomendowała zasady gospodarowania nadwyżkami osocza. Należy zaznaczyć, iż RCKiK były wówczas zobowiązane umową (...) na sprzedaż nadwyżek polskiego osocza.*

Przedstawione powyżej propozycje zasad gospodarki osoczem, zarekomendowane przez Krajową Radę, zostały następnie zaakceptowane podczas obrad Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia w dniu 30 czerwca 2009 roku i przekazane do wszystkich Dyrektorów RCKiK w piśmie Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2009 roku, znak NCK-885/OS/20/MK/2009. Zgodnie z powyższym pismem, został wprowadzony obowiązek utrzymywania tzw. niezniżanego zapasu osocza, natomiast nadwyżki osocza ponad ilości niezbędne do zabezpieczenia potrzeb leczenia mogły być wydawane za opłatą do wytwórni farmaceutycznej pod warunkiem stałego utrzymywania tzw. niezniżanego zapasu osocza, będącego w karencji. Ponadto, Minister Zdrowia wskazał, iż odpowiedzialność za gospodarkę osoczem, w tym zabezpieczenie potrzeb leczenia ponosi kierownictwo RCKiK, którego zadaniem jest bieżące monitorowanie zapasów osocza w centrum. Reasumując, możliwość zagospodarowania nadwyżek osocza leży w gestii Dyrektora RCKiK i zmiany te zostały wprowadzone na wniosek przedstawicieli centrów, uczestniczących w posiedzeniach Krajowej Rady (w latach 2009-2011). Mając na uwadze powyższe, NCK pragnie podkreślić, iż zagospodarowanie nadwyżek osocza, w szczególności przechowywanego dłużej niż 36 miesięcy oraz osocza bez karencji, dokonywane jest poprzez sprzedaż przez RCKiK osocza do wytwórni farmaceutycznych oraz firm diagnostycznych, zgodnie z powyższymi zasadami.

(dowód: akta kontroli str. 1279-1281)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W powyższym zakresie NIK zwraca uwagę, że według danych przekazanych przez CKiK, w 2013 r. zutilizowano z powodu przeterminowania 16 059 jednostek osocza, co może świadczyć o braku możliwości zagospodarowania zgromadzonych nadwyżek osocza, w szczególności przechowywanego powyżej 36 miesięcy.

Opis stanu
faktycznego

Według danych ze sprawozdań z gospodarki osoczem przesyłanych do NCK przez RCKiK w latach 2010-2013 do podmiotów leczniczych zostało wydanych łącznie 1 439 086 jednostek osocza⁹², z tego 1 372 029 jednostek osocza pochodzącego z krwi pełnej (95,3%) oraz 67 057 z aferezy (4,7%).

⁹² FFP, w tym po karencji, po redukcji biologicznych czynników chorobotwórczych

W latach 2010-2013 ulegała zwiększeniu ilość osocza wydawanego do wytwórni farmaceutycznych i wynosiła ona: 2 137 litrów w 2010 r., 84 971 litrów w 2011 r., 198 402 litrów w 2012 r. oraz 218 271 litrów w 2013 r. Do wytwórni farmaceutycznych RCKiK wydały łącznie 5,5 litra FFP po redukcji biologicznych czynników chorobotwórczych.

(dowód: akta kontroli str. 2017-2018)

W latach 2011-2013⁹³ RCKiK z tytułu sprzedaży osocza uzyskały przychody w łącznej kwocie 113 072,6 tys. zł, z tego: 24 032,6 tys. zł w 2011 r., 42 607,1 tys. zł w 2012 r. oraz 46 432,9 tys. zł w 2013 r., które zgodnie z zaleceniem⁹⁴ Ministra Zdrowia, przeznaczały na wydatki placowo-kadrowe oraz zakupy inwestycyjne.

(dowód: akta kontroli str. 711-720, 2016-2022)

NCK 25 listopada 2013 r. poinformowało Krzysztofa Chlebusea Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, że wprowadzony od 2009 r. obowiązek utrzymywania *niezniżalnego* poziomu zapasów osocza nie odpowiada aktualnym potrzebom lecznictwa, jest zbyt wysoki i ogranicza znacząco możliwość optymalizacji kosztów poszczególnych jednostek publicznej służby krwi, wymuszając konieczność ponoszenia znacznych kosztów związanych z przechowywaniem nadwyżek osocza. Jednocześnie zaproponowało skierowanie tego zagadnienia pod obrady Krajowej Rady w dniu 4 grudnia 2013 r. Podczas ww. posiedzenia ustalono, że NCK prześle do członków Krajowej Rady opracowaną analizę liczby jednostek osocza wydanego do lecznictwa w latach 2012-2013 z prośbą o wnikliwe przeanalizowanie danych i przesłanie do NCK propozycji dotyczących ewentualnej zmiany *niezniżalnego* stanu zapasów osocza w poszczególnych RCKiK.

(dowód: akta kontroli str. 790-791, 2089-2097)

1.11. Zgodnie z § 2 pkt 2 Statutu NCK, przedmiotem działalności NCK jest *opiniowanie – na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia planów działania w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa przygotowywanych przez Instytut Hematologii i Transfuzjologii.*

W latach 2012-2013 NCK nie opiniowało ww. planów, gdyż według wyjaśnień Dyrektora NCK, takie zlecenie nie wpłynęło.

(dowód: akta kontroli str. 66, 732, 1577)

W myśl art. 26 ust 1 i 2 ustawy o publicznej służbie krwi, tworzy się Krajową Radę do Spraw Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, jako organ doradczy i opiniodawczy ministra właściwego do spraw zdrowia. Do zadań Krajowej Rady należy w szczególności: ocena działalności publicznej służby krwi oraz opiniowanie zamierzeń i programów rozwoju w tym zakresie oraz opiniowanie projektów aktów prawnych w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa. W myśl § 14 Statutu Krajowej Rady⁹⁵, jej obsługę organizacyjną i techniczną zapewnia NCK. Według opracowanego przez NCK sprawozdania z działalności Krajowej Rady, powołanej na lata 2011-2013, której kadencja upłynęła w dniu 18 czerwca 2013 r., Rada ta odbyła w okresie swojej działalności dziewięć posiedzeń, podczas których poruszano m.in. zagadnienia dotyczące projektu *Medycznych zasad pobierania krwi*, powołania zespołu ds. czuwania nad bezpieczeństwem krwi, dyskwalifikacji dawców, *niezniżalnych* zapasów osocza, możliwości oddawania krwi przez obcokrajowców, projektów rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie *określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2013 r. i 2014 r.*, a także sprawozdawczości

⁹³ Za 2010 r. NCK nie posiada pełnych danych w zakresie uzyskanych przychodów ze sprzedaży osocza przez poszczególne centra.

⁹⁴ Przy piśmie MZ-PZ-P-404-2602-16/AB/06 z dnia 30.05.2006 r.

⁹⁵ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2005 r. w sprawie nadania statutu Krajowej Radzie do Spraw Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Dz. Urz. MZ Nr 8 poz. 29 ze zm.

obejmującej poważne niepożądane reakcje i zdarzenia rejestrowane przez CKiK. Krajowa Rada ww. kadencji przedłożyła Ministrowi Zdrowia łącznie 18 rekomendacji, z których m.in. dziewięć zostało zaakceptowanych, a dwie zostały ponownie skierowane do rozpatrzenia przez Krajową Radę. Krajowa Rada powołana na lata 2013-2015 odbyła w 2013 r. jedno posiedzenie.

(dowód: akta kontroli str. 2064-2097)

1.12. Zgodnie z § 2 pkt 6 Statutu NCK, przedmiotem działalności NCK jest organizacja zaopatrzenia systemu ochrony zdrowia w produkty krwiopochodne.

Zgodnie z zaleceniami⁹⁶ Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) odpowiedzialność za narodowy system opieki nad chorymi na hemofilię powinna spoczywać na władzach danego kraju. Miernikiem zabezpieczenia chorych na hemofilię jest wskaźnik zużycia koncentratu czynnika VIII w przeliczeniu na 1 mieszkańca, którego minimum niezbędne dla ratowania życia to dwie jednostki na mieszkańca. W Polsce wskaźnik ten w 2013 r. przekroczył poziom pięciu jednostek. Pacjenci zaopatrywani byli w produkty krwiopochodne w ramach *Programu Leczenia Chorych na Hemofilię*, finansowanego z budżetu państwa w części pozostającej w dyspozycji Ministra Zdrowia oraz programów lekowych *Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B*⁹⁷ oraz *Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci*, finansowanych ze środków NFZ.

Z uwagi na brak na terenie Polski podmiotu farmaceutycznego wytwarzającego produkty krwiopochodne⁹⁸, zaspokojenie krajowego zapotrzebowania⁹⁹ odbywało się w oparciu o produkty krwiopochodne wytworzone w innych krajach.

W latach 2012-2013 ZZP na wniosek NCK przeprowadził łącznie 56 postępowań o udzielenie zamówień publicznych w trybie przetargu nieograniczonego (31 w 2012 r. oraz 26 w 2013 r.), 23 postępowania wykonawcze w oparciu o umowy ramowe na zakup i dostawę koncentratów czynników krzepnięcia (17 w 2012 r. oraz 6 w 2013 r.) oraz jeden przetarg w trybie negocjacji bez ogłoszenia. W wyniku tych postępowań NCK zawarło 81 umów z ośmioma producentami lub importerami (dystrybutorami) produktów krwiopochodnych.

Zakupione koncentraty czynników krzepnięcia były przekazywane, na podstawie umów do RCKiK, które były odpowiedzialne za przechowywanie, magazynowanie i wydawanie ich do leczenia pacjentom.

(dowód: akta kontroli str. 75-78, 1376-1381, 1583-1595, 1785-1813, 2061)

W latach 2012-2013 na zakup koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny ze środków *Programu Leczenia Chorych na Hemofilię* wydatkowano łącznie 530 637,8 tys. zł, z tego 288 537,5 tys. zł w 2012 r. oraz 242 100,3 tys. zł¹⁰⁰ w 2013 r., natomiast na koordynację tego programu wydatkowano łącznie 345,5 tys. zł, z tego: 81,8 tys. zł w 2012 r. oraz 263,7 tys. zł w 2013 r. Koordynacja ta na podstawie umowy¹⁰¹ zawartej z Instytutem, obejmowała organizację i przeprowadzenie szkoleń dla osób zaangażowanych w leczenie hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych, opracowanie wzoru raportu dla wojewódzkich

⁹⁶ WHO/WFH Recommendations, June 1997; Haemophilia 1998, 4, suppl. 2, 64-66;

www.readcube.com/articles/10.1046/j.1365-2516.4.s2.24.x?locale=en.

⁹⁷ Dalej: Program zapobiegania krwawieniom.

⁹⁸ Między innymi koncentraty czynników krzepnięcia, albuminy, dalej: koncentraty czynników krzepnięcia.

⁹⁹ W 2012 r. w ramach *Programu Leczenia chorych na Hemofilię* objętych było 2 460 pacjentów, a w 2013 r. 2 245 pacjentów.

¹⁰⁰ Spadek o 46 437,2 tys. zł (16,094%) spowodowany był tym, że w 2012 r. dokonano zakupu na zabezpieczenie łącznie pięciu kwartałów (I-IV kw. 2012 r. oraz I kw. 2013 r.), natomiast w 2013 r. dokonano zakupu na zabezpieczenie łącznie czterech kwartałów (II-IV kw. 2013 r. oraz I kw. 2014 r.).

¹⁰¹ Umowa nr NCK-F/UM/PPZ/37/2012 z dnia 29.10.2012 r., wraz z aneksem nr 1 z dnia 11.12.2012 r., aneksem nr 2 z dnia 14.12.2012 r., aneksem nr 3 z dnia 23.04.2013 r., aneksem nr 4 z dnia 25.11.2013 r. oraz aneksem nr 5 z dnia 23.12.2013 r.

koordynatorów ds. leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych obejmującego dane dotyczące pacjentów znajdujących się pod opieką danego ośrodka, na podstawie którego IHiT sporządzał i analizował raport zbiorczy oraz uczestnictwo w pracach nad modyfikacją aplikacji komputerowej w oparciu i w powiązaniu z bazą danych prowadzoną w ramach realizacji *Programu zapobiegania krwawieniom*. Ponadto w ramach *Programu Leczenia Chorych na Hemofilię* została przekazana przez NCK do 16 RCKiK i wykorzystana w całości dotacja w łącznej kwocie 3 400 tys. zł (po 1 700 tys. zł w każdym roku objętym okresem kontroli) z przeznaczeniem na pokrycie kosztów m.in. przechowywania (magazynowania), dystrybucji lub redystrybucji czynników krzepnięcia poza obszar działania danego RCKiK w ramach ogólnopolskiej puli oraz utylizacji odpadów medycznych powstałych w związku z leczeniem w warunkach domowych, co opisano w pkt III 2.2 niniejszego wystąpienia.

Według informacji udzielonej w trakcie kontroli NIK przez NFZ na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit f ustawy z dnia 23 grudnia 1994r. o *Najwyższej Izbie Kontroli*¹⁰², w latach 2012-2013 z *Programu zapobiegania krwawieniom* NFZ zrefundowało świadczeniodawcom koszty zakupu produktów krwiopochodnych w kwocie 48 178,5 tys. zł w 2012 r. i 40 845,6 tys. zł w 2013 r., a z *Programu leczenia pierwotnych niedoborów odporności u dzieci* 8 587,4 tys. zł w 2012 r. i 6 263,7 w 2013 r. Ponadto na refundację leczenia przetoczeniami immunoglobulin NFZ wydatkował 116 495,7 tys. zł w 2012 r. i 146 978,4 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 49-115, 1385-1416, 1564-1636, 1709, 2099-2101, 2130)

W ramach dofinansowania ze środków publicznych zaopatrzenia podmiotów leczniczych w immunoglobulinę anty-D, w latach 2012-2013 wydatkowane zostały środki finansowe w łącznej wysokości 18 072,6 tys. zł, z tego 9 999,1 tys. zł w 2012 r. oraz 8 073,5 tys. zł w 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 49, 87-89, 413-414, 1608-1610)

W planie finansowym¹⁰³ na 2014 r. zatwierdzonym¹⁰⁴ przez Ministra Zdrowia na realizację *Programu Leczenia Chorych na Hemofilię* zabezpieczono łącznie kwotę 125 000 tys. zł, co stanowi 51,6% kwoty wydatkowanej na ten cel w 2013 r., w tym 124 656 tys. zł na zakup koncentratów czynników krzepnięcia oraz 344 tys. zł na zakup usług szkoleniowych.

W związku z powyższym NCK kilkakrotnie¹⁰⁵ informowało Ministra Zdrowia, iż zabezpieczona w planie finansowym na 2014 r. kwota 125 000 tys. zł jest niewystarczająca, ponieważ pozwoli zabezpieczyć ciągłość leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne jedynie do końca września 2014 r.¹⁰⁶ Do dnia zakończenia kontroli NIK Minister Zdrowia nie dokonał zwiększenia planu finansowego w powyższym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 1339-1375)

W celu wyegzekwowania terminowej realizacji dostaw w umowach sprzedaży czynników krzepnięcia zawartych przez NCK z dostawcami w kontrolowanym okresie, określono kary umowne w wysokości 0,2% od wartości niewykonanej dostawy za każdy dzień opóźnienia, natomiast w umowach zawieranych w 2014 r. w zakresie zabezpieczenia terminowości dostaw dodatkowo wskazano, iż w przypadku zwłoki przekraczającej 5 dni, NCK zastrzega sobie prawo

¹⁰² Dz.U. z 2012 r. poz. 82 ze zm., dalej: ustawa o NIK.

¹⁰³ Dział 851 Ochrona zdrowia, rozdział 85149 Programy polityki zdrowotnej.

¹⁰⁴ Pismem MZ-BFP-310-10012-7/DO/14 z dnia 4 lutego 2014 r.

¹⁰⁵ Pismami m.in.: nr NCK-WPZ/439/18-MZ/RJ/KB/14 z dnia 11 marca 2014 r., NCK/WFO/2087/76-a/ML/2013 z dnia 12 grudnia 2013 r., NCK-WPZ/1689/101-MZ/RJ/KB/13 z dnia 11 października 2013 r.

¹⁰⁶ Na podstawie symulacji opartej na danych dotyczących zużycia, stanów magazynowych itp.

odstąpienia¹⁰⁷ od umowy, bez konieczności wyznaczenia dodatkowego terminu do dostarczenia czynnika krzepnięcia.

W latach 2012-2013 NCK przekazało na centralny rachunek dochodów budżetu państwa, dochody z tytułu kar umownych nałożonych z powodu opóźnień w dostawie czynników krzepnięcia zgodnie z zawartymi umowami na łączną kwotę 413,4 tys. zł, z tego na kwotę 385,9 tys. zł w 2012 r. oraz 27,5 tys. zł w 2013 r. Opóźnienia w dostawie czynników krzepnięcia wynosiły od 2 do 28 dni.

(dowód: akta kontroli str. 1382-1384, 1785-1813)

W okresie objętym kontrolą NIK, do NCK wpłynęło łącznie 15 skarg pacjentów oraz Polskiego Stowarzyszenia Chorych na Hemofilię dotyczących ograniczenia dostępności do czynników krzepnięcia, z tego 12 dotyczyło wdrażania informatycznego systemu zleceń na koncentraty czynników krzepnięcia¹⁰⁸.

Pacjenci składający skargi do NCK sygnalizowali obawy, iż zlecenia w formie papierowej na czynniki krzepnięcia nie będą realizowane od 1 stycznia 2013 r., jeżeli nie będą równocześnie odzwierciedlone w systemie informatycznym. NCK przesłał¹⁰⁹ do wszystkich RCKiK treść komunikatu w sprawie internetowego systemu zleceń na koncentraty czynników krzepnięcia z obowiązkiem umieszczenia go na stronach internetowych, w którym wskazano, iż dopuszcza się do 30 września 2013 r. możliwość wystawienia przez lekarzy zapotrzebowań w dotychczasowej formie. W pozostałych dwóch przypadkach, ograniczenia dostępności do czynników krzepnięcia spowodowane były niskimi stanami magazynowymi w danym RCKiK, jednak pacjenci ostatecznie otrzymali czynniki krzepnięcia w ilości wskazanej w zapotrzebowaniu na skutek uzupełnienia stanu magazynowego (redystrybucja). W jednym przypadku ograniczenie wydania czynnika krzepnięcia było uzgodnione z lekarzem.

(dowód: akta kontroli str. 1283-1337)

1.13. Zgodnie z § 2 pkt 11 Statutu NCK, przedmiotem działalności NCK jest *wykonywanie zadań MZ w zakresie weryfikacji raportów oceniających spełnienia przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi kryteriów warunkujących uzyskanie akredytacji oraz przestrzeganie medycznych zasad pobierania krwi, oddzielania jej składników oraz wydawania.*

W latach 2012-2013 NCK nie dokonywało weryfikacji raportów oceniających spełnienia przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi kryteriów warunkujących uzyskanie akredytacji, ponieważ takie akredytacje nie były udzielane.

Dyrektor NCK wyjaśniła, że (...) *NCK regularnie weryfikuje protokoły kontroli przeprowadzanych przez Instytut, jeżeli w protokole zawarto zalecenia krytyczne, kierowane jest pismo do IHiT z prośbą o weryfikację wykonania zaleceń.*

(dowód: akta kontroli str. 733-734, 1760-1763)

1.14. Zgodnie z § 2 pkt 14 Statutu NCK, przedmiotem działalności NCK jest *opracowanie i opiniowanie projektów aktów prawnych oraz założeń aktów prawnych.* W okresie od 1 lipca 2012 r. do dnia 19 stycznia 2013 r., kiedy to weszło w życie rozporządzenie *w sprawie leczenia krwią z 2012 r.*, brak było przepisów prawa regulujących sposób i organizację leczenia krwią w podmiotach leczniczych

¹⁰⁷ W terminie 7 dni licząc od dnia, w którym upływa 5 dniowy czas zwłoki.

¹⁰⁸ Informatyczny system zleceń na koncentraty czynników krzepnięcia jest wykonaniem dyspozycji *Programu Leczenia Chorych na Hemofilię*, którego jednym z celów szczegółowych jest „*prowadzenie ewidencji chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne w formie aplikacji komputerowej, która będzie gromadziła i udostępniała dane upoważnionym osobom i podmiotom, w czasie rzeczywistym za pośrednictwem portalu internetowego, w oparciu o i w powiązaniu z bazą danych prowadzoną w ramach terapeutycznego programu zdrowotnego NFZ pn. Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B*”

¹⁰⁹ Pismem nr NCK-WPZ/432/44-CSM/RJ/13 z dnia 5 marca 2013 r.

wykonujących działalność leczniczą. W dniu 23 maja 2011 r. Departament Polityki Zdrowotnej¹¹⁰ w Ministerstwie Zdrowia przesłał do NCK projekt rozporządzenia *w sprawie leczenia krwią z 2012 r.* w celu uzupełnienia go w niezbędnym zakresie oraz przekazania po uzgodnieniach z Departamentem Prawnym¹¹¹ w Ministerstwie Zdrowia w terminie do dnia 31 października 2011 r. Jednocześnie wskazano na konieczność wydania rozporządzenia *w sprawie leczenia krwią* do dnia 1 lipca 2012 r. Dyrektor NCK wyjaśniła, że NCK nie opracowało ww. projektu rozporządzenia, a w sprawie prac nad projektem ww. rozporządzenia podała, iż *w tym okresie trwały prace nad projektem zmiany ustawy o publicznej służbie krwi. Zgodnie z ustaleniami ówczesnego kierownictwa NCK z Podsekretarzem Stanu w MZ, opracowanie projektu rozporządzenia powinno zostać poprzedzone zmianą ustawy o publicznej służbie krwi (zmiana delegacji ustawowej), gdyż nie wszystkie uwagi merytoryczne mogły zostać uwzględnione. Środowisko diagnostów laboratoryjnych postulowało zmiany na posiedzeniu Krajowej Rady ds. Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, niestety w ostatecznej wersji obowiązującego rozporządzenia nie mogły one zostać uwzględnione, gdyż nie poprzedzono tych zmian zmianą ustawy. W związku z opóźniającymi się konsultacjami w zakresie projektu zmiany ustawy o publicznej służbie krwi, we wrześniu 2011 roku, zdecydowano o przekazaniu projektu rozporządzenia, ograniczającego się tylko i wyłącznie do zmian terminologii i form organizacyjno-prawnych, dostosowujących rozporządzenie do ustawy o działalności leczniczej, bez jakichkolwiek zmian merytorycznych.*

(dowód: akta kontroli str. 1417-1420)

W dniu 19 września 2011 r. NCK przekazało do DP, projekt przedmiotowego rozporządzenia, w którym wprowadzono zmiany w terminologii i formach organizacyjno-prawnych podmiotów leczniczych, dostosowujące ten projekt do ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*¹¹². Projekt ten po uzgodnieniach z DP w dniu 18 listopada 2011 r. został następnie przekazany do DPZ.

W okresie od 21 listopada 2011 r. do 4 kwietnia 2012 r. na polecenie DPZ, NCK dokonywało dalszych uzgodnień projektu rozporządzenia w sprawie leczenia krwią m.in. w zakresie uwzględniania opinii nadesłanych przez konsultantów krajowych w dziedzinie transfuzjologii klinicznej oraz diagnostyki laboratoryjnej, określenia szczegółowych wymagań dotyczących działalności banków krwi, uzyskiwania uprawnień do wykonywania badań serologicznych oraz zastosowania wymiennej terminologii (*przetoczenie-transfuzja* oraz *zawieszony-zawieszonym*).

Następnie w dniu 4 kwietnia 2012 r., zgodnie z ustaleniami Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia projekt rozporządzenia został przekazany do uzgodnień wewnętrznych¹¹³, a w dniu 1 czerwca 2012 r. do uzgodnień zewnętrznych¹¹⁴. W dniu 20 lipca 2012 r. NCK przekazało do DPZ ostateczny projekt rozporządzenia, uzgodniony z IHiT.

(dowód: akta kontroli str. 1417-1420)

W sprawie braku definicji lub wskazania w ww. rozporządzeniu przykładów ciężkiego/ostrego powikłania poprzetoczeniowego Dyrektor NCK wyjaśniła: (...) *Należy zaznaczyć, że nie jest możliwe podanie jednoznacznej definicji ciężkiego lub ostrego powikłania poprzetoczeniowego, gdyż ocena taka powinna zostać dokonana*

¹¹⁰ Dalej: DPZ.

¹¹¹ Dalej: DP.

¹¹² Dz.U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.

¹¹³ Z 7 dniowym terminem zgłaszania uwag.

¹¹⁴ Z terminem zgłaszania uwag do 30 czerwca 2012 r.

przez lekarza na podstawie objawów, które wystąpiły u pacjenta. Zgodnie z Dyrektywą 2002/98/WE: Poważna niepożądana reakcja oznacza niezamierzoną reakcję u dawcy lub pacjenta, związaną z pobraniem albo przetoczeniem krwi lub jej składników, które to czynności spowodowały śmierć, zagrożenie życia, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub skutkowały hospitalizacją albo wydłużeniem pobytu w szpitalu lub wydłużeniem czasu trwania choroby. Kwalifikacja powikłania jako poważnego nie zależy zatem tylko od jego rodzaju, ale także od przebiegu i następstw – te zaś powinny być zawsze oceniane indywidualnie. Należy podkreślić, że to samo powikłanie może u różnych pacjentów mieć przebieg lekki lub poważny (a w niektórych sytuacjach nie wystąpić w ogóle, pomimo spełnienia warunków jego zaistnienia, np. przetoczenia krwi niezgodnej grupowo).

Dyrektywa 2005/61/ WE zawiera wprawdzie listę poważnych niepożądanych reakcji podlegających raportowaniu do Komisji Europejskiej, jednak należy zauważyć, że nie ma ona charakteru zamkniętego - zawiera pozycję „Inne poważne reakcje (podać jakie)”. Poza tym, zgodnie z wyżej wspomnianą definicją w Dyrektywie 2002/98/WE, należy raportować jako poważne tylko te reakcje, które mają określony przebieg i następstwa.(...) W rocznych raportach przesyłanych do Komisji Europejskiej przez kraje członkowskie UE istotne jest również ustalenie związku pomiędzy poważną reakcją poprzetoczeniową, a transfuzją krwi lub jej składnika, i określenie poziomu przyczynowości. Dlatego analizując każdą reakcję u pacjenta trzeba zastanowić się, czy i w jakim stopniu była ona związana z transfuzją. Zagadnienia te budzą wątpliwości w wielu krajach Unii Europejskiej. Wyjaśnieniu ich na bazie interpretacji treści Dyrektyw poświęcona jest m.in. okresowo aktualizowana przez Komisję Europejską publikacja - Wspólne stanowisko w sprawie wykrywania poważnych niepożądanych zdarzeń i reakcji podlegających zgłoszeniu (ang. Common approach for detection of reportable adverse events and reactions as laid down in the Directive 2002/98/EC (the Blood Directive) and Commission Directive 2005/61/EC) (...)

(dowód: akta kontroli str. 1421-1425)

Poza uczestnictwem w opracowywaniu projektu rozporządzenia w sprawie leczenia krwią z 2012 r. w latach 2012-2013 NCK opracowywało, opiniowało lub postulowało zmiany m.in. w projekcie ustawy o zmianie ustawy o publicznej służbie krwi, projekcie ustawy o krwiodawstwie i krwiolecznictwie, projekcie ustawy o finansowaniu leczenia chorych na hemofilię w latach 2013 i 2014, projektach rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki, projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych, zarządzeniach Ministra Zdrowia zmieniających zarządzenia w sprawie zmiany statutów RCKiK.

(dowód: akta kontroli str. 2103-2106)

1.15. Dyrektywa 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 stycznia 2003 r., ustanawiająca normy jakości i bezpiecznego pobierania, testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji krwi ludzkiej i składników krwi oraz zmieniająca dyrektywę 2001/83/WE¹¹⁵ w art. 14 ust. 1 wskazuje, że Państwa Członkowskie zapewniają, że zakłady krwiodawstwa wprowadzają system identyfikacji każdego pobrania krwi i każdej pojedynczej jednostki krwi i jej składników, umożliwiając w ten sposób pełną zdolność do identyfikacji dawcy, jak również transfuzji biorcy. System zapewnia jednoznaczną identyfikację każdego

¹¹⁵ Dz. Urz. UE Nr L33/30

pobrania i rodzaju składnika krwi. W myśl art. 2 ust. 1 Dyrektywy Komisji 2005/61/WE z dnia 30 września 2005 r. wykonującej dyrektywę 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie wymogów dotyczących śledzenia losów krwi oraz powiadamiania o poważnych, niepożądanych reakcjach i zdarzeniach¹¹⁶, Państwa Członkowie zapewniają śledzenie losów krwi i składników krwi poprzez dokładne procedury identyfikacji, przechowywanie dokumentacji oraz odpowiedni system oznakowania.

W sprawie wdrożenia w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi znakowania krwi i jej składników zgodnego ze standardem ISBT128, Dyrektor NCK wyjaśniła: W roku 2006 została zakupiona licencja i trwały prace nad systemem znakowania krwi i jej składników w ramach Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2006-2009. W związku z koniecznością wdrożenia standardu ISBT 128 został powołany, w listopadzie 2007 r., Zespół Roboczy ds. opracowania zasad i harmonogramu wprowadzenia międzynarodowego kodu znakowania krwi i jej składników. Do zadań zespołu należało: ustalenie zakresu wprowadzenia standardu, opracowanie harmonogramu wprowadzenia standardu, opracowanie wzorów etykiet na krew i jej składniki, opracowanie indeksu składników krwi. W wyniku prac Zespołu przetłumaczono międzynarodowy słownik składników krwi, opracowano nowe wzory etykiet na krew i jej składniki, wprowadzono nową numerację donacji wraz z przetestowaniem poprawności zapisu i odczytu kodów we wszystkich systemach komputerowych obecnych w publicznej służbie krwi. Ponadto, powołany Zespół wraz z NCK zorganizował konferencję poświęconą szkoleniu pracowników RCKiK, na którym omówiono standard ISBT 128 oraz praktyczne informacje związane z jego wprowadzaniem w jednostkach publicznej służby krwi. Zespół przedstawił gotowy opis polskiej wersji standardu ISBT 128 zawierający między innymi wzór etykiety i słownik składników. Pismem z dnia 14 maja 2009 roku Minister zdrowia polecił kierownikom RCKiK wprowadzenie do stosowania standardu znakowania krwi i jej składników według standardu ISBT 128. Pismem z dnia 20 sierpnia 2009 r. ówczesna Dyrektor NCK przekazała także Dyrektorom WCKiK i CKiK MSW opracowany przez ww. zespół kod znakowania krwi i jej składników w jednostkach publicznej służby krwi, zgodny ze standardem ISBT 128, jako zalecany do wdrożenia w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi w Polsce.

(dowód: akta kontroli str. 604, 626, 656-658)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

2. Propagowanie honorowego krwiodawstwa oraz przekazywanie i rozliczanie dotacji w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa

Opis stanu
faktycznego

2.1. Realizując zadanie określone w § 2 pkt 13 Statutu, w kontrolowanym przez NIK okresie, NCK we współpracy z innymi podmiotami i organizacjami pozarządowymi przeprowadziło szereg działań propagujących honorowe krwiodawstwo. W ramach

¹¹⁶ Dz. Urz. UE Nr L 256/32

akcji ogólnopolskich i regionalnych NCK uczestniczyło w zbiórkach krwi – *Podaruj kroplę miłości* z Caritas Polska, *Wampirjada* z Niezależnym Zrzeszeniem Studentów, *Bankowa Akcja Honorowego Krwiodawstwa* z Fundacją PKO Bankiem Polskim, *Wielcy Sercem* z Orange Polska, *Kolejarz* ze Związkiem Pracodawców Kolejowych, z Fundacją Kropla Życia im. Agaty Mróz – Olszewskiej, Fundacją Ronalda McDonalda, z Komendą Wojewódzką Policji w Białymstoku oraz stowarzyszeniami Honorowych Dawców Krwi. Zbiórki krwi organizowane były m.in. podczas obchodów Drugiego Światowego Tygodnia Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego ONZ, Festiwalu Muzyki i Życia *Bluesobranie Krwiodawców* w Kożuchowie i konferencji poświęconej promocji honorowego krwiodawstwa. NCK obejmowało patronatem szereg działań promujących honorowe krwiodawstwo, które były wskazywane przez poszczególne RCKiK i stowarzyszenia Honorowych Dawców Krwi. Ponadto uczestniczyło w wydarzeniach regionalnych np. podczas przekazania mobilnych punktów poboru krwi, nadania odznaczeń Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu. NCK przekazywało materiały promocyjne dotyczące honorowego krwiodawstwa dla stowarzyszeń i organizacji, które zwracały się o ich udostępnienie. Przy współpracy z Wielką Orkiestrą Świątecznej Pomocy, NCK zrealizowało również projekt *Ambasador Honorowego Krwiodawstwa*. Wszyscy zainteresowani mieli możliwość uczestnictwa w licytacji tytułu *Ambasador Honorowego Krwiodawstwa 2013* oraz wycieczki do RCKiK.

Honorowe krwiodawstwo propagowane było przez NCK również podczas akcji edukacyjnych i promocyjnych w szkołach. W 2013 roku został opracowany ogólnopolski pakiet edukacyjny zawierający m.in. scenariusze lekcji dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych oraz film promujący honorowe krwiodawstwo. Głównym celem tego projektu jest promocja idei honorowego krwiodawstwa wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych oraz uświadomienie młodym osobom potrzeby dzielenia się krwią. Współuczestniczący w ww. projekcie Ośrodek Rozwoju Edukacji zaplanował wystosowanie pisma do wszystkich kuratoriów oświaty z prośbą, aby dyrektorzy szkół ponadgimnazjalnych w miarę możliwości wdrażali ww. projekt edukacyjny w swoich placówkach. Dodatkowo, materiały edukacyjne zostały zamieszczone na ogólnopolskim portalu wiedzy dla nauczycieli, na stronie internetowej www.scholaris.pl.

W 2012 roku powstał serwis internetowy ogólnopolskiej kampanii społecznej *Twoja Krew – Moje Życie* www.twojakrew.pl, który zawiera najważniejsze informacje z zakresu krwiodawstwa. Na stronie internetowej zamieszczane były m.in. informacje o wydarzeniach z działalności centrów krwiodawstwa, informacje wraz z kontaktami do poszczególnych CKiK w Polsce, w których można oddać krew, informacje o krwi i jej składnikach, materiały video itp. Do dnia kontroli NIK, tj. 11 marca 2014 r. odnotowano 88 962 wejścia na ww. stronę. Konto kampanii *Twoja Krew – Moje Życie* utworzone zostało przez NCK również na Facebooku.

W czerwcu 2013 r. 100 plakatów promujących ogólnopolską kampanię społeczną *Twoja Krew – Moje Życie* umieszczonych zostało w gablotach znajdujących się przy wejściach na stacje metra w Warszawie, natomiast w lipcu 2013 roku, w 28 kinach należących do sieci kin Multikino, zostały wyemitowane 61 tys. razy informacje promujące honorowe krwiodawstwo.

W listopadzie i grudniu 2013 roku zostały przeprowadzone szkolenia dla pracowników publicznej służby krwi pn. *Zasady komunikacji interpersonalnej, w tym elementy mowy werbalnej i niewerbalnej z uwzględnieniem zasad pracy z trudnym i wymagającym klientem – dawcą*. W szkoleniu uczestniczyli przedstawiciele RCKiK, WCKiK i CKiK MSW. Łącznie zostało przeszkolonych w ww. zakresie 180 pracowników publicznej służby krwi.

NCK opracowało także projekt *Kandydat na Dawcę*. Celem projektu jest m.in. promocja honorowego krwiodawstwa oraz zwiększenie jakości i bezpieczeństwa krwi i jej składników, poprzez zwiększenie liczby regularnych dawców. W czasie trwania kontroli NIK projekt był analizowany przez Ministerstwo Zdrowia.

W ramach promocji honorowego krwiodawstwa w 2012 i 2013 roku z inicjatywy NCK zostały wyemitowane bezpłatne spoty telewizyjne oraz radiowe, promujące ideę honorowego oddawania krwi: w Telewizji Polskiej, TVN, TV4, TV6, Superstacji, Polskim Radiu, Akademickim Radiu Kampus, 24 stacjach radiowych należących do Grupy Radiowej Agora. Łącznie, zostały wyemitowane 154 spoty promocyjne w 2012 r. i 681 w 2013 r.

W latach 2012-2013 NCK zakupiło i przekazało wszystkim RCKiK materiały promujące honorowe krwiodawstwo z logotypem kampanii społecznej *Twoja Krew-Moje Życie* lub adresem strony internetowej poświęconej tej kampanii. W celu opracowania ogólnopolskiej kampanii społecznej promującej honorowe krwiodawstwo, w ramach *Programu samowystarczalności* NCK zaprosiło do współpracy przedstawicieli RCKiK, WCKiK, CKiK MSW oraz reprezentanta Instytutu. Wydatki na propagowanie honorowego krwiodawstwa ponoszone w ramach realizacji ww. Programu przedstawiono szerzej w pkt III 3.2 niniejszego wystąpienia.

(dowód: akta kontroli str. 78- 80, 96-97, 449-463, 492-535)

Działania propagujące honorowe krwiodawstwo prowadzone były przez NCK przez cały rok, jednakże ich intensyfikacja następowała w okresie od maja do października i pokrywała się z okresem niższych stanów magazynowych krwi i jej składników w CKiK. Dyrektor NCK wyjaśniła: *W związku z faktem, iż w okresie wakacyjnym krwiodawcy często przebywają na urloпах, brak jest możliwości zorganizowania akcji krwi w szkołach i na uczelniach, a zwiększa się liczba wypadków w związku z przemieszczaniem się ludzi, dlatego NCK oraz centra krwiodawstwa podejmują działania, aby zachować stabilne zapasy w zakresie krwi i jej składników.*

(dowód: akta kontroli str. 492-493, 763)

NCK propagowało honorowe krwiodawstwo poprzez działania edukacyjne, informacyjne, reklamowe, wizerunkowe i public relations. Działania promocyjne obejmowały obszar całej Polski, a w szczególności miasta, w których znajdują się siedziby RCKiK oraz miejscowości, w których prowadzony był pobór krwi z wykorzystaniem mobilnych punktów. Propozycje działań promocyjnych i ich rodzajów, przedstawiane były przez zespoły ds. opracowania ogólnopolskiej kampanii społecznej promującej honorowe krwiodawstwo w ramach *Programu samowystarczalności*, powoływane przez Dyrektora NCK w latach 2012-2014¹¹⁷, których zadaniem było m.in. opracowanie elementów strategii medialnej. Propozycje te były uzgadniane z Kierownictwem NCK, które również przedstawiało własne projekty na posiedzeniach tych zespołów. Działania promocyjne kierowano do następujących grup docelowych: dawcy krwi, w tym dawcy wielokrotni, potencjalni dawcy oraz dzieci i młodzież.

(dowód: akta kontroli str. 492-493, 494-503)

NCK podejmowało działania na rzecz monitorowania skuteczności prowadzonych akcji i działań promocyjnych oraz dokonywało ich oceny. W dniu 30 grudnia 2013 r. NCK wystąpiło do RCKiK z prośbą o wypełnienie ankiety oceniającej działania promocyjne, a następnie dokonano analizy jej wyników, w celu ustalenia jakie zadania powinny być prowadzone w 2014 r. i kolejnych latach. Dyrektor NCK wyjaśniła: *NCK nie posiada narzędzi, pozwalających rzetelnie ocenić skuteczność poszczególnych działań promocyjnych, niemniej jednak część organizatorów akcji*

¹¹⁷ Zarządzenie Dyrektora NCK Nr 41 z dnia 21 lutego 2012 r., Nr 54 z dnia 7 maja 2013 r. oraz Nr 63 z dnia 5 lutego 2014 r.

obejmowanych patronatem NCK przekazuje informacje na temat liczby dawców, którzy zgłosili się do oddania krwi. W 2014 r. planowane jest przeprowadzenie działań ankietowych wśród krwiodawców, które pozwoliłyby na ocenę prowadzonych działań promocyjnych. Ponadto w 2014 r. oceniony będzie efekt działań edukacyjnych skierowanych do uczniów szkół ponadgimnazjalnych w ramach pakietu edukacyjnego. W sprawie koordynacji jakości, czasu i miejsca prowadzonych akcji propagujących honorowe krwiodawstwo na terenie kraju Dyrektor NCK w wyjaśnieniach wskazała, że: NCK uzgadnia z organizatorami akcji ogólnopolskich terminy i miejsca ich realizacji oraz uczestniczy w uzgadnianiu treści materiałów promocyjnych. NCK występuje również do RCKiK o przekazywanie informacji o miejscach i rodzajach prowadzonych akcji promocyjnych. Informacje te są zamieszczane na stronie internetowej NCK. www.darkwi.pl oraz www.twojakrew.pl.

(dowód: akta kontroli str. 492-493, 504, 505-513)

Dyrektor NCK wyjaśniła: Narodowe Centrum Krwi podejmuje szereg działań w celu zmiany postrzegania honorowego krwiodawstwa. Nawiązuje współpracę z różnymi instytucjami oraz podmiotami w celu przeprowadzania działań promocyjnych, wizerunkowych. W naszym społeczeństwie, obserwujemy szereg barier dla wzrostu liczby stałych dawców krwi, m.in. są to bariery światopoglądowe. Polacy wierzą w wiele mitów na temat krwiodawstwa. Dlatego należy przede wszystkim przełamywać negatywne stereotypy i istniejące mity. Ponadto, należy nieustannie edukować i przekonywać Polaków o konieczności zwiększenia grupy regularnych dawców krwi, dzięki czemu zapewnimy samowystarczalność w zakresie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych. W edukacji zwłaszcza należy skupić się na młodzieży szkolnej uczącej się szkołach ponadgimnazjalnych, gimnazjalnych, na studentach. Dzięki szerokiej edukacji z zakresu krwiodawstwa możliwe będzie wypracowanie postaw społecznych, które zaskutkują wzrostem stałych dawców krwi. Po wdrożeniu ogólnopolskiego pakietu edukacyjnego obserwujemy zainteresowanie tematyką krwiodawstwa ze strony nauczycieli oraz młodzieży szkolnej. Obecnie projekt jest w trakcie realizacji.

(dowód: akta kontroli str. 96-97, 457-458)

Skuteczność prowadzonych działań promocyjnych w odniesieniu do zmiany liczby dawców zgłaszających się do oddania krwi, w tym dawców wielokrotnych i pobranych donacji opisano w pkt III 1.4 i 1.5 niniejszego wystąpienia.

(dowód: akta kontroli str. 701-703, 1644-1645, 2098)

Opis stanu faktycznego

2.2. W myśl art. 23 ust. 1 i ust. 3 pkt 2 ustawy o publicznej służbie krwi, w zakresie zadań określonych w tej ustawie¹¹⁸, Instytut i RCKiK są dofinansowywane w formie dotacji z budżetu państwa, z części będącej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia. Przedmiotem działalności NCK określonym w § 2 pkt 9 Statutu była realizacja zadań związanych z przekazywaniem i rozliczaniem udzielonych przez Ministra Zdrowia dotacji w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa. W latach 2012-2013 umowy dofinansowania zadań Instytutu oraz RCKiK zwierane były przez Dyrektorów NCK na podstawie pełnomocnictw udzielonych im przez Ministra Zdrowia lub upoważnione przez niego osoby.

(dowód: akta kontroli str. 10, 418-419)

Na realizację zadań określonych w art. 25 ww. ustawy¹¹⁹ Instytutowi przekazano dofinansowanie: w 2012 r. w kwocie ogółem 927,8 tys. zł, z którego wykorzystano 927,7 tys. zł (99,98%) i w 2013 r. 926,5 tys. zł, z tego wykorzystano 915,4 tys. zł

¹¹⁸ W odniesieniu do CKiK zadań określonych w art. 27 pkt 3-7 ustawy o publicznej służbie krwi.

¹¹⁹ W 2012 r. na zadania wymienione w 25 pkt 2-8 i 10-11 ustawy o publicznej służbie krwi, a w 2013 r. w art. 25 pkt 2-8 i 10-12 tej ustawy.

(98,81%). 21 RCKiK przekazano na realizację zadań określonych w art. 27 pkt 3-4 oraz pkt 6 ustawy o *publicznej służbie krwi* dofinansowanie w kwocie ogółem: w 2012 r. 79 990,2 tys. zł, z tego wykorzystano 79 964,6 tys. zł (99,97%) i w 2013 r. 81 439,2 tys. zł, z tego wykorzystano 81 272,7 tys. zł (99,79%). Ponadto na dofinansowanie zadania określonego w art. 27 pkt 6 ww. ustawy, tj. zaopatrywanie podmiotów leczniczych w produkty krwiopochodne – koncentraty czynników krzepnięcia oraz desmopresynę w celu realizacji *Programu Leczenia Chorych na Hemofilię*, 16 RCKiK przekazano dofinansowanie w kwocie ogółem 1 700 tys. zł¹²⁰ w 2012 r. i 2013 r. (dotacje wykorzystano w całości), a RCKiK w Białymstoku na zaopatrywanie podmiotów leczniczych w immunoglobulinę anti-D przekazano w 2012 r. 9 999,7 tys. zł, z tego wykorzystano 9 999,1 tys. zł, a w 2013 r. 8 073,5 tys. zł (wykorzystano w całości).

(dowód: akta kontroli str. 49, 86-90, 214-260, 308-314, 418-419, 430-448)

Wyjaśniając przyczynę powierzenia zaopatrywania podmiotów leczniczych w immunoglobulinę anti-D RCKiK w Białymstoku, Dyrektor NCK podała, że w 2007 r. stroną umowy zawartej przez Ministra Zdrowia było RCKiK w Warszawie, a od 2008 r. i w kolejnych latach RCKiK w Białymstoku, w związku z posiadaniem przez to Centrum hurtowni farmaceutycznej.

(dowód: akta kontroli str. 603-604)

W sprawie wyboru zadań wymienionych w ustawie o *publicznej służbie krwi* dofinansowywanych środkami dotacji Dyrektor NCK wyjaśniła: *W umowie na dofinansowanie zadań RCKiK w roku 2008 w formie dotacji z budżetu państwa z części będącej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia dofinansowane były zadania wymienione w art. 27 pkt 3-7 ustawy o publicznej służbie krwi. Począwszy od roku 2009 dofinansowanie obejmowało zadania określone w art. 27 pkt 3, 4 i 6 tej ustawy. Przyjęte rozwiązanie spowodowane było po pierwsze zaakceptowaniem przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia zasad gospodarki osoczem, a tym samym umożliwieniem RCKiK zagospodarowania nadwyżek osocza. W celu wyeliminowania ewentualnego ryzyka związanego z podwójnym finansowaniem uzyskania osocza, które potencjalnie mogłoby być przedmiotem zbytu do wytwórni farmaceutycznych, zdecydowano, iż zadanie polegające na zaopatrywaniu wytwórni farmaceutycznych w osocze krwi, nie będzie przedmiotem dofinansowania. Ponadto, od roku 2009 przyjęto do realizacji program zdrowotny pn. Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych na lata 2009 - 2014, który finansowany jest z budżetu Ministra Zdrowia. Jednym z realizowanych zadań jest m.in. propagowanie honorowego krwiodawstwa. W związku z tym zadanie określone w art. 27 pkt 5 ww. ustawy w brzmieniu propagowanie honorowego krwiodawstwa i pozyskiwanie dawców krwi we współdziałaniu z Polskim Czerwonym Krzyżem i jednostkami organizacji pozarządowych, również nie jest dofinansowane w formie dotacji z budżetu państwa z części będącej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia. W roku 2008 kwota dotacji celowej ujęta w planie finansowym na realizację zadań RCKiK wynosiła 91 500 000 zł, ponadto w 2008 roku NCK realizowało program zdrowotny Ministra Zdrowia pn. Samowystarczalność Polski w zakresie zaopatrzenia w bezpieczną krew, jej składniki i produkty krwiopochodne na lata 2005-2008. Środki finansowe przeznaczone na realizację programu pozwoliły na zakup testów wirusologicznych oraz pojemników dla RCKiK na kwotę ogółem 12 422 089,57 zł w ramach środków finansowych ujętych w planie po zmianach dla NCK na rok 2008, oraz 7 061 229,45 zł - w ramach środków*

¹²⁰ Po 100 tys. zł rocznie, za wyjątkiem RCKiK w Warszawie, które otrzymywało 200 tys. zł rocznie w związku z większą liczbą wydawanych produktów krwiopochodnych.

finansowych, które nie wygasły z upływem roku budżetowego 2007. W roku 2009 i 2010 wartość dotacji celowych przekazanych RCKiK kształtowała się na poziomie około 81 000 000 zł, w roku 2011 około 79 000 000 zł. Od roku 2009 RCKiK nie otrzymywało już środków na zakup testów wirusologicznych oraz pojemników.

(dowód: akta kontroli str. 202, 600-605)

Wyjaśniając sposób kalkulacji wysokości dotacji na realizację ww. zadań RCKiK Dyrektor NCK podała, że: *Kwestia ustalenia podstawy wielkości dofinansowania zadań realizowanych przez RCKiK była omówiona na spotkaniu Zespołu roboczego ds. ustalenia zasad podziału dotacji w roku 2011 (w dniu 10 marca 2011 r.). W skład Zespołu weszli dyrektorzy RCKiK w Opolu, Radomiu i Warszawie¹²¹. Zespół przedstawił trzy warianty podziału dotacji w roku 2011, następnie w wyniku dyskusji opracowane zostały kolejne propozycje. W drodze głosowania wszystkich dyrektorów RCKiK został wybrany wariant, który zakładał podział dotacji wg ilości KKCz, wydanej za opłatą do podmiotów leczniczych w 2010 roku. Uzasadnieniem powyższego wyboru był fakt, iż KKCz jest podstawowym składnikiem krwi wydawanym do lecznictwa. Powyższy wybór został zaakceptowany przez Ministra Zdrowia w dniu 10 marca 2011 roku. Taki podział dotacji celowej dla RCKiK okazał się odpowiedni i był kontynuowany w kolejnych latach. Propozycje podziału środków finansowych w roku 2012 zostały omówione z Dyrektorami RCKiK na spotkaniu w dniu 2 lutego 2012 r. w Ministerstwie Zdrowia. Ponadto pismem z dnia 15 lutego 2012 r., NCK przekazało propozycje podziału dotacji do wszystkich RCKiK. Podział dotacji przyjęto wg rzeczywistej ilości KKCz, wydanej za opłatą do lecznictwa na dzień 20 grudnia 2011 r., który obrazował realną i możliwą do wydania ilość KKCz do lecznictwa w roku 2012. Wartość jednej jednostki KKCz, wypracowana na spotkaniu z Dyrektorami RCKiK, została następnie przedstawiona Ministrowi Zdrowia, celem uzyskania akceptacji. W roku 2013, NCK w oparciu o rzeczywiste wydanie KKCz do podmiotów leczniczych w poprzednim roku, przygotowało 2 warianty podziału dotacji dla 21 RCKiK. Przygotowana propozycja została przedłożona Panu Ministrowi w notatce służbowej z dnia 20 marca 2013 r. (wariant I na podstawie ilości jednostek KKCz wydanych do lecznictwa według stanu na dzień 19 grudnia 2012 roku, wariant II - według liczby jednostek KKCz wydanych do lecznictwa w całym 2012 roku). Spośród przygotowanych wariantów podziału dotacji, a tym samym obliczenia wartości 1 punktu = wartości 1 jednostki KKCz, Pan Minister wybrał wariant I. W związku z powyższym, w roku 2013 wartość punktu wyniosła 75,27 zł. W dniu 28 sierpnia 2013 roku NCK, zwróciło się do RCKiK o przesłanie propozycji podziału dotacji na rok 2014. W odpowiedzi, znaczna większość RCKiK uznała, że dotychczasowy sposób podziału dotacji, tj. na podstawie ilości jednostek KKCz wydanych za opłatą do lecznictwa jest odpowiedni i uznała, że należy go kontynuować. Reasumując, w celu rozdysponowania określonej puli przeznaczonej na dotacje dla wszystkich RCKiK, zastosowany został optymalny „klucz” w postaci ilości wydanych do podmiotów leczniczych KKCz i UKKCz – składników, na które jest największe zapotrzebowanie ze strony podmiotów leczniczych. Wartość jednej jednostki KKCz dla potrzeb ustalenia wielkości dofinansowania zadań RCKiK wynosiła: 76,15 zł w 2012 r., a 75,27 zł w 2013 r.*

(dowód: akta kontroli str. 214-232, 600-605, 607-625, 627-634)

W sprawie sposobu kalkulacji wielkości dotacji na realizację zadań dotyczących publicznej służby krwi przez IHiT, Dyrektor NCK wyjaśniła, że plan dofinansowania zadań Instytutu, określonych w ustawie o publicznej służbie krwi i objętych umową

¹²¹ Dyrektorzy zostali wybrani drogą głosowania przez wszystkich dyrektorów RCKiK na spotkaniu w dniu 9.02.2011 roku w Ministerstwie Zdrowia.

jest sporządzany co roku przez IHiT na podstawie realizacji zadań w ubiegłym roku oraz planowanych potrzeb w bieżącym roku. Plan dofinansowania zadań IHiT wraz ze szczegółowym opisem poszczególnych zasad i uzasadnieniem jest przesyłany na początku każdego roku do NCK, celem weryfikacji a następnie przekazania Ministrowi Zdrowia do zatwierdzenia. *W przypadku wątpliwości, wysyłane są pisma do IHiT z prośbą o dodatkowe wyjaśnienia i ewentualne skorygowanie planu. Zgodnie z art. 25 pkt 12 ww. ustawy: do zadań IHiT należy określanie medycznych zasad pobierania krwi, oddzielania jej składników i wydawania, obowiązujących w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi. W związku z wydaniem, z końcem roku 2011, Medycznych zasad pobierania krwi, oddzielania jej składników i wydawania, obowiązujących w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi, zgodnie z pismem IHiT z dnia 17 listopada 2011 r., IHiT nie zaplanował na rok 2012 wydania nowej wersji ww. publikacji, w związku z czym nie oszacował kosztów na to zadanie. Przygotowanie nowej wersji tych zasad zaplanowane było na rok 2013 i ujęte w kosztorysie, natomiast ich wydanie zostanie ujęte w kosztorysie na rok 2014.* (dowód: akta kontroli str. 602-605)

Wyjaśniając przyczyny przekazywania Instytutowi w latach 2012-2013 dotacji na dofinansowanie zadań określonych w art. 25 pkt 4 i 5 ustawy o publicznej służbie krwi¹²² w sytuacji, gdy zadania dotyczące monitorowania potrzeb zaopatrzenia w krew i jej składniki, a także programowanie zadań i wdrażanie zmian oraz opracowywanie bieżących i perspektywicznych programów w tym zakresie są przedmiotem działalności NCK określonym w pkt. 3-5 Statutu tej jednostki, Dyrektor NCK wskazała, że ww. zadania statutowe NCK obejmują nie tylko krew i jej składniki, jak to jest w przypadku Instytutu, ale również produkty krwiopochodne. Wyjaśniła, że zadania NCK obejmują inny zakres danych m.in. monitorowanie i bieżącą analizę zapasów zużycia koncentratów czynników krzepnięcia i desmopresyny, immunoglobuliny anty-D oraz prognozowanie nakładów finansowych na ich zakup, a także opracowywanie codziennych zbiorczych stanów magazynowych KKCz, osocza do użytku klinicznego oraz *niezniżalnych* stanów osocza oraz monitorowanie ilości osocza wydawanego do lecznictwa i do firm farmaceutycznych przez RCKiK. NCK monitoruje także wykorzystanie mobilnych punktów poboru krwi, zakupionych w ramach *Programu samowystarczalności*, a także zawiera umowy z dostawcami produktów leczniczych i przedstawia Ministrowi Zdrowia m.in. propozycje dotyczące dalszego zaopatrywania pacjentów w produkty krwiopochodne, zmian w oprogramowaniu służącym do składania zamówień na te produkty oraz zmian w programach zdrowotnych. Instytut natomiast zbiera i analizuje dane dotyczące stanów magazynowych KKCz i osocza do użytku klinicznego, opracowuje zagadnienia dotyczące jakości składników krwi wydawanych do lecznictwa, zasadności wydawania niektórych składników krwi, weryfikuje od strony merytorycznej dane sprawozdawcze z RCKiK, przede wszystkim w zakresie niepożądanych zdarzeń i reakcji, preparatyki oraz badań wirusologicznych, przygotowuje zestawienia dla Komisji Europejskiej lub współuczestniczy w ich przygotowaniu od strony merytorycznej. IHiT zgłasza uwagi merytoryczne do rozporządzeń Ministra Zdrowia dotyczące leczenia krwią, produktami krwiopochodnymi i programów zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 663-665)

Opis stanu
faktycznego

Umowy dotacji zawarte pomiędzy NCK a RCKiK oraz IHiT zawierały elementy wymagane przepisami art. 150 ustawy o *finansach publicznych*. Tylko w przypadku

¹²² Tj. na ocenianie potrzeb w zakresie zaopatrzenia w krew oraz programowanie związanych z tym zadań i sposobów ich realizacji oraz przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia danych i informacji niezbędnych do dokonywania ogólnokrajowych ocen zaopatrzenia w krew oraz opracowywania bieżących i perspektywicznych programów w tym zakresie.

umów zawartych w dniu 24 stycznia 2012 r. z RCKiK nie określono terminu wykorzystania dotacji oraz terminu i sposobu jej rozliczenia, co opisano w dalszej części wystąpienia.

Pomimo realizacji przez IHiT oraz RCKiK zadań określonych w ustawie o *publicznej służbie krwi* od początku każdego roku, Dyrektorzy NCK zawarli w kontrolowanym okresie z ww. podmiotami umowy dofinansowania odpowiednio: 8 listopada 2012 r. i 7 czerwca 2013 r. oraz 5 kwietnia 2012 r. i 19 kwietnia 2013 r. Powyższe wg wyjaśnień Dyrektora NCK spowodowane było otrzymaniem planu wydatków bieżących na 2012 r. dopiero w dniu 4 kwietnia 2012 r., a na 2013 r. w dniu 25 lutego 2013 r., przedłużającym się zatwierdzeniem rozliczenia dotacji przyznanej IHiT w 2011 r. oraz zaakceptowaniem przez Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia planu dofinansowania zadań IHiT w 2012 r. w dniu 31 października 2012 r. Dyrektor wskazała również na nieobecność pracownika NCK zajmującego się bezpośrednio dotacjami, a także konieczność uprzedniego zatwierdzenia rozliczenia dotacji z roku poprzedniego i zaakceptowania przez Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia zaproponowanego przez NCK podziału dotacji, na kolejny rok.

(dowód: akta kontroli str. 86-90, 214-307, 308-314, 335-401, 420)

Uwagi dotyczące badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że część RCKiK posiadających zobowiązania wymagalne na 31 marca 2012 r., jako przyczynę powstania zadłużenia wskazywała brak dofinansowania zadań RCKiK w formie dotacji w I kwartale 2012 r. Dlatego działania NCK związane z udzielaniem dotacji na realizację zadań określonych w ustawie o *publicznej służbie krwi* winny być prowadzone bez zbędnej zwłoki. NIK przyjmuje do wiadomości podjęte przez NCK działania w celu przyspieszenia zawarcia umów dofinansowania w 2014 r., które w przypadku RCKiK nastąpiło 25 marca 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 337, 345-363, 627-634)

Opis stanu faktycznego

NCK przekazało IHiT oraz RCKiK dotacje w kwotach i terminach określonych w umowach, a ww. jednostki dokonały zwrotów niewykorzystanych środków. Według wyjaśnień Dyrektora NCK, sprawozdania merytoryczno-finansowe były poddawane analizie przez pracowników NCK. W ramach kontroli realizacji umowy na dofinansowanie 16 RCKiK w celu realizacji *Programu Leczenia Chorych na Hemofilię*, NCK weryfikowało wydatkowanie środków dotacji za trzy kwartały 2013 r. oraz za cały 2013 r. na podstawie przekazanych przez RCKiK wydruków z prowadzonej wyodrębnionej ewidencji księgowej wydatków. Weryfikacja wykorzystania dotacji dotyczyła wydatków ponoszonych na: przechowanie (magazynowanie) koncentratów czynników krzepnięcia i desmopresyny, dystrybucję koncentratów czynników krzepnięcia i desmopresyny, utylizację odpadów medycznych powstałych w związku z leczeniem w warunkach domowych, ubezpieczenie, w tym koszty ubezpieczenia w wypadku konieczności przejęcia koncentratów z innego RCKiK, koszty osobowe. Według wyjaśnień Dyrektora NCK *obecnie są weryfikowane wybrane pozycje, które rodzą wątpliwości, co do prawidłowości ich rozliczenia*. Ponadto, w związku ze zgłaszanymi wątpliwościami ze strony RCKiK, co do możliwości wydatkowania kwoty przekazanej w ramach dotacji celowej na zakup środków trwałych, NCK pismem z dnia 2 grudnia 2013 r., przypomniało wszystkim RCKiK, iż w ramach umowy dotacyjnej mogą być finansowane wyłącznie wydatki bieżące. Weryfikacja przez NCK wydruków ewidencji księgowych przekazanych przez RCKiK za cały rok 2013 nie wykazała, aby ze środków przekazanych w ramach dotacji, RCKiK pokrywały wydatki inwestycyjne.

Dyrektor NCK zatwierdziła wszystkie przedłożone rozliczenia merytoryczno-finansowe dotacji¹²³ i w kontrolowanym okresie nie były wydawane decyzje w sprawie zwrotu dotacji pobranej nienależnie lub w nadmiernej wysokości. NCK nie informowało RCKiK i Instytutu o zatwierdzeniu przedłożonych rozliczeń dotacji. Dyrektor NCK wyjaśniła, że zawarcie umowy lub aneksu na kolejny rok było równoznaczne z zatwierdzeniem dotacji. W 2014 r. NCK niezwłocznie po otrzymaniu zatwierdzenia przez Ministra Zdrowia rozliczeń dotacji na dofinansowanie zadań Instytutu i RCKiK poinformowało o tym ww. jednostki¹²⁴.

(dowód: akta kontroli str. 86-90, 201-203, 308-314a, 603, 607-608)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W powyższym zakresie NIK zwraca uwagę, że wprawdzie w ww. umowach dofinansowania na dofinansowanie zadań RCKiK określonych w art. 27 pkt 3-4 i 6 ustawy o *publicznej służbie krwi* określono sposób rozliczenia dotacji, nie umożliwił on jednak weryfikacji sposobu wydatkowania środków dotacji, ponieważ rozliczenie obejmowało informacje o liczbie KKCz wydanych za opłatą do podmiotów leczniczych, a NCK nie prowadziło kontroli sposobu wykorzystania przekazanych środków. Również wskazany w wyjaśnieniach przez Dyrektora NCK sposób weryfikacji przedłożonych rozliczeń obejmujący termin otrzymania dokumentów, procent zaawansowania wykonania umowy do okresu sprawozdawczego, przesłanie oświadczeń na wydanie za opłatą KKCz do innego RCKiK i pomniejszenie o tę liczbę jednostek KKCz wydanych przez RCKiK, które je nabyło z innego centrum oraz sumę wydanego KKCz i kwot dofinansowania, nie obejmował weryfikacji faktycznego przeznaczenia przez RCKiK środków otrzymanej dotacji. NIK uwzględniła wprowadzenie do umów dofinansowania zadań RCKiK w 2014 r. obowiązku przedkładania na każde żądanie NCK wydruków z prowadzonej ewidencji księgowej wydatków ponoszonych ze środków dotacji, za okres i w terminie wskazanym przez NCK.

(dowód: akta kontroli str. 201-203, 214-232, 233-260, 320-321, 328-330, 627-634)

Opis stanu
faktycznego

Zgodnie art. 7 ust. 2 i 3 ustawy o *publicznej służbie krwi*, tytuł *zasłużony Honorowy Dawca Krwi* i odznakę honorową *Zasłużony Honorowy Dawca Krwi* nadaje Polski Czerwony Krzyż¹²⁵, a wydatki z tym związane pokrywane są z budżetu państwa. Dyrektorzy NCK zawarli 19 kwietnia 2012 r. oraz 27 marca 2013 r. umowy w sprawie dofinansowania po 400 tys. zł w każdym z ww. lat. zadań PCK określonych w ustawie o *publicznej służbie krwi* w zakresie nadawania tytułu i odznaki honorowej *Zasłużony Honorowy Dawca Krwi*. Środki przeznaczone były m.in. na wykonanie odznak, legitymacji i okładek odznaki honorowej *Zasłużony Honorowy Dawca Krwi*, koordynację realizacji zadania przez Zarząd Główny PCK i 16 koordynatorów z Oddziałów Okręgowych PCK, koszty administracyjne ponoszone przez Zarząd Główny i 16 Oddziałów Okręgowych PCK na zakup materiałów biurowych, artykułów spożywczych do przygotowania poczęstunku dla ZHDK i przygotowania sali na uroczystości wręczenia odznak, zakup energii elektrycznej, ogrzewania, usług telekomunikacyjnych i pocztowych.

W sprawie podstawy kalkulacji kosztów realizacji ww. zadania w szczególności bezpośrednich i administracyjnych Dyrektor NCK wyjaśniła: *Kosztorys realizacji zadania określonego umową jest przygotowywany co roku przez PCK na podstawie rzeczywistych kosztów realizacji zadań w poprzednim roku oraz oszacowania bieżących potrzeb (np. wykonanie odznak, legitymacji i okładek ZHDK, zakup odpowiedniej ilości materiałów biurowych, jak i pozostałych niezbędnych do przygotowania uroczystości dla krwiodawców). Projekt kosztorysu jest przesyłany na*

¹²³ Część rozliczeń została skorygowana przed zatwierdzeniem.

¹²⁴ Informację do RCKiK przekazano pismem z dnia 11 marca 2014 r., a do IHIT z dnia 18 marca 2014 r.

¹²⁵ Dalej: PCK.

początku każdego roku do NCK celem weryfikacji, a następnie zatwierdzenia i umieszczenia w umowie.

(dowód: akta kontroli str. 116-135, 136-154, 404-406)

Koszty wykonania zadania były pokrywane przez PCK ze środków własnych, a NCK dokonywało ich refundacji na podstawie przedkładanych przez PCK not obciążeniowych. Na realizację ww. zadań NCK przekazało 392,3 tys. zł¹²⁶ w 2012 r. i 400 tys. zł w 2013 r. w kwotach i terminach wynikających z § 4 ust. 3 umów dofinansowania.

Zgodnie z § 5 ww. umów PCK przedłożyło rozliczenia merytoryczno-finansowe wykorzystania środków publicznych (wraz z korektami), które zostały zatwierdzone przez NCK. Według przedłożonych sprawozdań merytorycznych z realizacji zadania, w 2012 r. PCK nadał ogółem: 20 571 odznak *Zasłużony Honorowy Dawca Krwi*, z tego 11 315 po oddaniu 5/6¹²⁷ litrów krwi, 5 035 po oddaniu 10/12 litrów i 4 221 po oddaniu 15/18 litrów, a w 2013 r. nadano ogółem 23 304 odznaki, z tego: 12 473 po oddaniu 5/6 litrów krwi, 6 065 po oddaniu 10/12 litrów oraz 4 766 po oddaniu 15/18 litrów.

(dowód: akta kontroli str. 116-135, 136-154, 421, 422-427, 559-586)

Uwagi dotyczące badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że ustalony przez NCK w załącznikach do umów dofinansowania sposób rozliczenia przez PCK otrzymanych środków publicznych, polegający na wskazaniu kwot wydatkowanych środków w odniesieniu do *planowanego kosztu zadania wg umowy*, nie umożliwiał w pełni rzetelnej weryfikacji faktycznych kwot wydatków poniesionych na realizację zadania, w szczególności na pokrycie kosztów osobowych i organizacyjnych. W latach 2012-2013 NCK nie dokonywało również w PCK kontroli realizacji obowiązków określonych w umowach dofinansowania, w zakresie prawidłowości realizacji zadań, legalności, celowości rzetelności i gospodarności w wydatkowaniu środków publicznych, oceny prawidłowości dokonywania rozliczeń umowy i ich zgodności ze stanem faktycznym.

Dyrektor NCK wyjaśniła, że: *w sprawozdaniach merytorycznych z realizacji zadania publicznego PCK zobowiązany jest do złożenia m.in. oświadczenia, że wszystkie podane w sprawozdaniu informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym oraz że wszystkie kwoty wymienione w zestawieniu faktur, rachunków czy not obciążeniowych zostały faktycznie poniesione.*

NIK uwzględniła działania podjęte przez Dyrektora NCK w trakcie kontroli NIK, tj. wystąpienie do Dyrektora Generalnego PCK o udzielenie wyjaśnień dotyczących realizacji zadania, które NCK otrzymał w dniu 11 marca 2014 r. oraz wskazanie w umowie dofinansowania na 2014 r. (§ 8 ust. 2 pkt 3) uprawnień do przeprowadzenia przez NCK kontroli u zleceniobiorcy.

(dowód: akta kontroli str. 116-135, 136-154, 404-406, 428-429, 669-690)

Opis stanu faktycznego

Zadania związane z nadawaniem odznak *Honorowy Dawca Krwi Zasłużony dla Zdrowia Narodu* realizowało NCK. W 2012 r. wpłynęło łącznie 420 wniosków o nadanie ww. odznaki, z czego pozytywnie rozpatrzonych zostało 362, W 2013 r. wpłynęły 604 wnioski¹²⁸, a powyższe odznaki przyznane zostały 464 osobom. Spośród wniosków, które wpłynęły pod koniec 2013 r., 65 zostało zakwalifikowanych do rozpatrzenia przez Komisję ds. opiniowania wniosków o nadanie odznaki

¹²⁶ Niższe wykonanie wynikało z uzyskania przez PCK w wyniku przeprowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, niższej od planowanej ceny za wykonanie odznak, legitymacji i okładek dla ZHDK.

¹²⁷ Odpowiednio przez kobiety i mężczyzn.

¹²⁸ Część wniosków z powodu braków formalnych została odesłana.

honorowej w 2014 r. Wydatki związane z nadawaniem ww. odznaczeń były pokrywane przez NCK w ramach środków otrzymywanych na utrzymanie biura.

(dowód: akta kontroli str. 90-92, 604-605)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W 21 (wszystkich) umowach dofinansowania w 2012 r. zadań RCKiK wymienionych w art. 27 pkt 3-4 i 6 ustawy o *publicznej służbie krwi*, ówczesna Dyrektor NCK ustaliła termin zwrotu niewykorzystanych środków dotacji do dnia 17 stycznia 2013 r, tj. o dwa dni dłuższy niż termin wynikający z art. 150 pkt 5 ustawy o *finansach publicznych*. Nie miało to jednak negatywnych skutków, ponieważ zwrot niewykorzystanej części dotacji został dokonany przez RCKiK do dnia 15 stycznia 2013 r. W pozostałych umowach dofinansowania termin zwrotu niewykorzystanych środków dotacji ustalono prawidłowo.

(dowód: akta kontroli str. 214-220, 308-314)

2. W 16 (wszystkich) umowach dofinansowania w formie dotacji zadań RCKiK określonych w art. 27 pkt 6 ustawy o *publicznej służbie krwi*, w celu realizacji *Programu Leczenia Chorych na Hemofilię*, zawartych 24 stycznia 2012 r.¹²⁹, nie wskazano terminu wykorzystania dotacji oraz terminu i sposobu jej rozliczenia, wymaganych przepisami art. 150 pkt 3 i 4 ustawy o *finansach publicznych*.

(dowód: akta kontroli str. 261-307, 308-314)

Dyrektor NCK wyjaśniła, że termin rozliczenia finansowego nie został ujęty w umowach dotacyjnych z uwagi na *niedopatrzenie*. Niemniej jednak NCK wskazało RCKiK termin rozliczenia finansowego pisemnie. *Przekazane dane z wykorzystania dotacji przez RCKiK były analizowane, a w przypadku wątpliwości były wystosowywane dodatkowe zapytania w kwestii wydatków związanych z realizacją umowy. (...) W umowach dotacyjnych na lata 2014-2018 termin rozliczenia finansowego został wskazany. Termin wykorzystania dotacji został wskazany w § 8 ust 3 umowy, który stanowi, że niewykorzystane środki publiczne przekazane na podstawie postanowień umowy, RCKiK zwróci bez wezwania, w terminie do dnia 15 stycznia następnego roku. RCKiK otrzymują środki finansowe w trakcie trwania roku budżetowego tj. po zatwierdzeniu planu finansowego NCK, nie później jednak niż do dnia 30 kwietnia danego roku. Strony umowy rozumieją, że termin wydatkowania dotacji pokrywa się z rokiem budżetowym, a wynika to wprost z ustawy o finansach publicznych, która jest aktem nadrzędnym. W umowie zostały zawarte odniesienia, że jest ona zawierana na podstawie art. 127 ust.1 pkt 1 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. 2009 r. Nr 157, poz. 1240 z późn. zm.). Wszystkie zapisy odnoszące się do rozliczania i wydatkowania środków, zawarte w ustawie znajdują swoje zastosowanie w realizacji umowy. Niemniej jednak, w związku ze zgłoszonymi wątpliwościami, NCK w aneksie do umowy uszczegółowiło zapis dotyczący terminu wykorzystania dotacji.*

(dowód: akta kontroli str. 537-558, 600, 606)

3. Przyjęty przez NCK sposób rozliczenia dotacji udzielonych IHIT na 2012 r. i 2013 r., nie zapewniał możliwości rzetelnej pełnej weryfikacji prawidłowości wykorzystania tych środków. Jak ustalono, zapisy w przedłożonych przez Instytut w dniu 10 stycznia 2013 r. oraz 13 stycznia 2014 r. rozliczeniach merytoryczno-finansowych sporządzonych wg wzorów określonych w umowach dotacji, nie umożliwiały jednoznacznego potwierdzenia realizacji następujących zadań: *ocenianie potrzeb w zakresie zaopatrzenia w krew oraz programowania związanych*

¹²⁹ Z późniejszymi zmianami.

z tym zadań i sposobów realizacji – zadanie 4 (wskazano merytoryczną współpracę z NCK lub gotowość do takiej współpracy); *przekazywanie Ministrowi Zdrowia danych i informacji niezbędnych do dokonania ogólnokrajowych ocen zaopatrzenia w krew oraz opracowywanie bieżących i perspektywicznych planów w tym zakresie* – zadanie 5 (wskazano m.in. weryfikację tabel sprawozdania rocznego RCKiK oraz sprawozdań z rocznej działalności RCKiK, sporządzenie sprawozdania dla Komisji Europejskiej o poważnych niepożądanych zdarzeniach i reakcjach i przygotowanie części danych dla Komisji Europejskiej, dotyczących działań podejmowanych przez Polskę w zakresie wdrażania Dyrektyw); *opracowywanie i przedstawianie Ministrowi Zdrowia propozycji w sprawach, o których mowa w art. 16 ustawy o publicznej służbie krwi* – zadanie 6 (wskazano analizę dyrektyw, aktów prawnych, rekomendacji itp. dotyczących kandydatów na dawców i dawców krwi). Natomiast w przypadku zadania 2 *Prowadzenie kontroli w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi oraz wydawanie zaleceń pokontrolnych w sprawozdaniach merytorycznych przedłożonych przez IHiT z rozliczeniem dotacji* wykazano wydatkowanie środków na wykonywanie badań bardzo rzadkich fenotypów krwinek czerwonych u niektórych dawców oraz badania wyjaśniające niektóre nietypowe reakcje serologiczne u dawców, tj. badania konsultacyjne oraz związane z powikłaniami poprzetoczeniowymi. Pomimo takich niejednoznacznych zapisów, dotyczących realizacji ww. zadań NCK nie podejmowało działań mających na celu uzyskanie bezspornego potwierdzenia prawidłowości wydatkowania środków dotacji, w tym w ramach przewidzianych w umowach dotacji uprawnień w zakresie kontroli i nadzoru. Także zestawienie faktur wymagane przez NCK w załączniku 2a do umów dofinansowania zadań IHiT w zakresie zakupionych materiałów i przedłożone kserokopie faktur, z uwagi na objęcie tymi dokumentami również materiałów zakupionych do realizacji innych zadań Instytutu, zdaniem NIK nie umożliwiało weryfikacji prawidłowości wydatkowania środków przekazanych przez NCK.

W załączniku Nr 1 do umów dofinansowania zadań IHiT określonych w art. 25 ustawy o publicznej służbie krwi, szczegółowo wskazano kwoty dotacji na poszczególne zadania oraz kwoty dotacji na poszczególne rodzaje wydatków w ramach ww. zadań, a w § 5 ust. 2 tych umów ustalono, że środki te nie mogą być przeznaczone na realizację innych zadań.

(dowód: akta kontroli str. 186-188, 193-194, 213, 233-260, 308-314, 315-330)

W sprawie weryfikacji sprawozdań merytoryczno-finansowych składanych przez IHiT Dyrektor NCK wyjaśniła, że sprawdzane są dokumenty potwierdzające realizację zadań określonych w art. 25 pkt 2-8, 10-12 ustawy o publicznej służbie krwi m.in. *protokoły z przeprowadzonych kontroli, kserokopie faktur oraz delegacji służbowych, czy sporządzono raport dotyczący powikłań poprzetoczeniowych oraz czy został opracowany projekt III wydania „Medycznych zasad pobierania krwi, oddzielania jej składników i wydawania, obowiązujących w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi” (w przypadku roku 2013)*. Powyższe dokumenty są weryfikowane pod kątem zgodności z załącznikami do umowy stanowiącymi końcowe rozliczenie wykonania umowy, które z kolei muszą być zgodne z planem dofinansowania zadań IHiT w danym roku. Dyrektor NCK wyjaśniła także, że w ramach realizacji zadania 4 i 5 do IHiT przesyłano stany zapasów KKCz i FFP, który na bieżąco je analizuje. *Sytuacja w zakresie zaopatrzenia podmiotów leczniczych na terenie RP w krew i jej składniki była na tyle stabilna, iż nie wymagała podejmowania bieżących interwencji, tym bardziej, że od 2009 do końca 2014 realizowany jest program Zapewnienie samowystarczalności w zakresie krwi i jej składników. W związku z tym nie pojawiła się potrzeba określenia nowych zadań w tym zakresie, a tym samym sposobów ich realizacji. Natomiast wyniki analiz prowadzonych przez Instytut będą wykorzystane*

przy opracowaniu nowej edycji programu zdrowotnego. Instytut analizował szczegółowe dane dotyczące wszystkich dziedzin działalności RCKiK w oparciu o roczne sprawozdania z działalności, aby na ich podstawie można było udzielić Ministrowi Zdrowia, w razie potrzeby, wszelkich informacji niezbędnych do dokonania ogólnokrajowych ocen dotyczących zaopatrzenia w krew, gospodarki krwią jej składnikami, przyczyn zniszczeń itp. Instytut śledził na bieżąco wytyczne WHO, Rady Europy i Komisji Europejskie, a w przypadku pojawienia się konieczności wprowadzenia zmian w obowiązujących aktach prawnych, stosowne zmiany byłyby zgłaszane. (...) Ponadto, Instytut w każdym przypadku wystąpienia wątpliwości dotyczących różnych zagadnień merytorycznych, których niejednokrotnie nie można jednoznacznie przypisać wyłącznie do jednego zadania wskazanego w art. 25 ustawy, m.in. w zakresie warunków kwalifikacji dawcy do oddania krwi, czy też organizacji funkcjonowania służby krwi i sposobu zabezpieczenia bezpiecznych składników krwi na terenie RP, wydaje stosowane opinie.

(dowód: akta kontroli str. 201-203, 409-417)

Nie kwestionując wykonywania przez IHiT innych niewymienionych w ustawie i umowie dofinansowania zadań dotyczących publicznej służby krwi, NIK zwraca uwagę, że zgodnie z art 168 ust. 4 ustawy o finansach publicznych, wykorzystanie dotacji następuje przez zapłatę za zrealizowane zadania, na które dotacja była udzielona. Przekazanie środków na rachunek beneficjenta nie oznacza wykorzystania dotacji. Dlatego w przypadku braku realizacji przez Instytut zadań określonych w umowie dofinansowania, brak było podstaw do rozliczenia środków dotacji przekazanych na ten cel. Podkreślić również należy, że na niezgodność zapisów w pkt 3 Kryteria dyskwalifikacji dawców krwi autologicznej załącznika Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 kwietnia 2005 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi¹³⁰ z pkt 2.4 załącznika II do dyrektywy 2004/33/WE wykonującej dyrektywę 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie niektórych wymagań technicznych dotyczących krwi i składników krwi¹³¹ zwracała uwagę m.in. w 2012 r. i 2013 r Komisja Europejska, nie znalazło to jednak odzwierciedlenia w propozycji zmiany ww. rozporządzenia przez Instytut w ramach realizacji zadania 6. Opracowywanie i przedstawianie Ministrowi Zdrowia propozycji w sprawach m.in. wymagań zdrowotnych, jakim powinien odpowiadać kandydat na dawcę krwi i dawca krwi było zadaniem Instytutu określonym w art. 15 pkt 6 ustawy o publicznej służbie krwi, na które otrzymywał dofinansowanie w latach 2012-2013.

(dowód: akta kontroli str. 635-654)

4. Dyrektor NCK nie przedłożyła Ministrowi Zdrowia rozliczeń merytoryczno-finansowych wykorzystania przez IHiT oraz RCKiK w 2012 r. dotacji¹³², w czasie umożliwiającym ich zatwierdzenie z zachowaniem terminu określonego w art. 152 ust. 2 ustawy o finansach publicznych, tj. 30 dni od dnia ich przedstawienia przez ww. podmioty. Powyższe w ocenie NIK, świadczy o nienależytej rzetelności tych działań. Zatwierdzone przez Dyrektora NCK rozliczenia dotyczące realizacji ww. zadań przekazane zostały Ministrowi Zdrowia w dniach 20 i 21 marca 2013 r. tj. po upływie od 49 do 71 dni od przedłożenia ich ostatecznych wersji przez ww. podmioty. Również zatwierdzenie przez Dyrektora NCK rozliczenia dotacji przekazanej w 2012 r. na realizację zadania określonego w art. 27 pkt 6 ustawy o publicznej służbie krwi, w celu realizacji Programu Leczenia Chorych na Hemofilię,

¹³⁰ Dz. U. Nr 79, poz. 691 ze zm.

¹³¹ Dz. Urz. UE Nr L 91/25.

¹³² Otrzymanych na realizację zadań określonych w art. 25 i 27 ustawy o publicznej służbie krwi

w dniu 27 marca 2013 r., nastąpiło w przypadku RCKiK w Lublinie 35 dni po przedłożeniu ostatecznego rozliczenia, a w przypadku RCKiK w Bydgoszczy, Gdańsku, Katowicach, Kielcach, Łodzi, Olsztynie, Opolu, Poznaniu, Rzeszowie i Szczecinie od 27 do 30 dni. Uniemożliwiało to lub znacznie ograniczało możliwość terminowego zatwierdzenia przez Ministra Zdrowia ww. rozliczeń dotacji, po ich otrzymaniu w dniu 28 marca 2012 r.

(dowód: akta kontroli str. 180-189, 213, 2064-2065)

W sprawie zwłoki w zatwierdzeniu rozliczeń Dyrektor NCK wyjaśniła: *Końcowe rozliczenia merytoryczno-finansowe realizacji umów na dofinansowanie w formie dotacji celowej zadań RCKiK oraz IHiT (sprawozdanie za cały okres trwania umowy) przesyłane do NCK w terminach określonych w umowach, były następnie dokładnie weryfikowane pod kątem zgodności z zapisami umów przez pracownika NCK. Dyrektor objęła swoje obowiązki w dniu 25 lutego 2013 roku, a osoba odpowiedzialna za analizę i sporządzenie zestawienia z końcowych rozliczeń merytoryczno-finansowych dotyczących wykorzystania w roku 2012 dotacji na dofinansowanie zadań RCKiK oraz IHiT przebywała w okresie 11-28 lutego 2013 r. na zwolnieniu lekarskim. Była to jedyna osoba posiadająca pełną wiedzę dotyczącą realizacji umów z RCKiK i IHiT, która mogła zweryfikować prawidłowość realizacji zadań określonych w umowie i przekazanych rozliczeń. Nie było więc możliwości dotrzymania, określonego w ustawie, terminu przekazania do zatwierdzenia przez Ministra Zdrowia końcowego zestawienia z realizacji umów w roku 2012. Ponadto, po powrocie do pracy, Kierownik WOK kontynuowała weryfikację przesłanych sprawozdań, ostatnie pisma z RCKiK z wyjaśnieniami dotyczącymi rozliczeń dotacji wpłynęły do NCK 20 marca 2013 r. Dyrektor NCK wyjaśniła, że zwracała uwagę ww. pracownikowi na terminowe rozliczenie dotacji celowej za 2012 r. oraz przygotowanie podziału dotacji na 2013 r. Kierownik Wydziału Organizacji i Kontroli Publicznej Służby Krwi¹³³ zakończyła pracę w NCK z dniem 30 września 2013 r.*

(dowód: akta kontroli str. 205-208, 210-212)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie propagowanie przez NCK honorowego krwiodawstwa oraz pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości przekazywanie i rozliczanie dotacji w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

3. Działania na rzecz zapewnienia samowystarczalności Polski w krew, jej składniki i produkty krwiopochodne oraz realizacja programów zdrowotnych z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa

Opis stanu faktycznego

3.1. Zgodnie z § 2 pkt 7 Statutu NCK, przedmiotem działalności NCK jest *proponowanie rozwiązań w zakresie zapewnienia samowystarczalności RP w krew jej składniki oraz produkty krwiopochodne.*

W ramach zapewnienia samowystarczalności Polski w krew, jej składniki i produkty krwiopochodne, NCK współuczestniczyło w opracowaniu projektu *Programu samowystarczalności* na lata 2009-2014, który został przyjęty przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia na posiedzeniu w dniu 15 czerwca 2009 r.

Jako cel główny tego programu określono osiągnięcie przez Polskę samowystarczalności zaopatrzenia w bezpieczną krew, jej składniki i produkty krwiopochodne poprzez optymalne wykorzystanie potencjału jednostek

¹³³ Dalej: WOK.

organizacyjnych publicznej służby krwi i honorowych dawców krwi. W Programie tym określono również cele szczegółowe (zadania), tj.:

1. Propagowanie honorowego krwiodawstwa.
2. Rozwój systemu pobierania krwi i jej składników w oparciu o mobilne punkty poboru krwi.
3. Poprawę bezpieczeństwa krwi i jej składników stosowanych w leczeniu.
4. Optymalizację wykorzystania krwi i jej składników w leczeniu.

Jako koordynatora realizacji tego programu w imieniu Ministra Zdrowia wyznaczono NCK we współpracy z Konsultantem Krajowym w dziedzinie transfuzjologii klinicznej, przy czym realizację celu *Propagowanie honorowego krwiodawstwa* zgodnie z aktualizacją tego Programu z dnia 24 kwietnia 2012 r. powierzono NCK.

(dowód: akta kontroli str. 1712-1759)

W harmonogramie realizacji poszczególnych celów (zadań) wskazano na:

- przygotowanie i przeprowadzenie ogólnopolskiej oraz zsynchronizowanych regionalnych akcji propagujących honorowe krwiodawstwo w każdym roku, w ramach zadania *Propagowanie honorowego krwiodawstwa*;
- zakup 24 mobilnych punktów poboru krwi – sukcesywnie po cztery w każdym roku¹³⁴, w ramach zadania *Rozwój systemu pobierania krwi i jej składników w oparciu o mobilne punkty poboru krwi*;
- wyposażenie RCKiK w aparaturę do redukcji patogenów, w pierwszej kolejności w osoczu i walidacja procesu oraz wprowadzenie osocza po redukcji patogenów do rutynowego stosowania w 2010 r., w ramach zadania *Poprawa bezpieczeństwa krwi i jej składników stosowanych w leczeniu*;
- opracowanie szczegółowych wytycznych wraz ze wskazaniem medycznych w zakresie krwiolecznictwa (w 2009 r.), przekazanie tych wytycznych do szpitali i pierwszy etap szkolenia personelu medycznego odpowiedzialnego za gospodarkę krwią i jej składnikami (w 2010 r.) oraz przeprowadzenie kolejnych etapów szkolenia w latach następnych w ramach zadania *Optymalizacja wykorzystania krwi i jej składników w leczeniu*.

(dowód: akta kontroli str. 1745-1759)

W latach 2012-2013 uzyskano samowystarczalność Polski w krew i jej składniki. Liczba wytworzonych jednostek składników krwi przewyższała liczbę jednostek wydanych do szpitali, a w przypadku FFP liczba jednostek wydanych do szpitali wynosiła średnio 31,1% jednostek wytworzonych.

W sprawie otrzymywania przez NCK sygnałów lub informacji o brakach krwi i jej składników w polskich CKiK oraz potrzebie ich zakupu poza granicami kraju Dyrektor NCK wyjaśniła: *powszechnie stosowany w leczeniu jest KKCz będący podstawowym składnikiem krwi pełnej pobieranej od honorowych krwiodawców, który praktycznie w 100% jest wykorzystywany na potrzeby leczenia w Polsce. W przypadku wystąpienia niedoborów krwi, które w Polsce zdarzają się sporadycznie i mają charakter sezonowy, braki są uzupełniane z regionów posiadających nadwyżki. Należy podkreślić, że RCKiK ściśle współpracują ze sobą i w przypadku braku krwi w jednym z centrów, jest ona natychmiast sprowadzana z innych. Ponadto ewentualne niedobory mają jedynie charakter jakościowy, czyli np. brak określonej grupy krwi, a nie ilościowy. Jednocześnie każdy pacjent, któremu do leczenia potrzebna jest krew, bądź jej składniki ma zagwarantowaną odpowiednią jej ilość. CKiK w pierwszej kolejności wydają krew na tzw. ratunek życia, dla dzieci, a następnie realizują zapotrzebowania na planowane zabiegi składane przez szpitale funkcjonujące na terenie danego Centrum. Dodatkowo Centra dostosowują liczbę organizowanych akcji poboru krwi do aktualnego*

¹³⁴ W 2009 roku w harmonogramie realizacji wskazano na zakup 3-4 mobilnych punktów poboru krwi.

zapotrzebowania na krew i jej składniki, jednocześnie dokładając wszelkich starań, aby ilość pobieranej krwi była ściśle skorelowana z zapotrzebowaniem zgłaszanym przez szpitale na krew i jej składniki. W związku z powyższym w Polsce nie praktykuje się sprowadzania krwi z zagranicy, gdyż osiągnięta jest samowystarczalność w kontekście krwi i jej składników. Natomiast w przypadku zaistnienia potrzeby sprowadzenia rzadkiej grupy krwi, tj. o rzadkim fenotypie z układów grupowych (...) istnieje możliwość sprowadzenia krwi po spełnieniu wymagań zawartych w Dyrektywie 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 stycznia 2003 r. ustanawiającej normy jakości i bezpieczeństwa dla pobierania, badania, preparatyki, przechowywania i wydawania krwi ludzkiej i jej składników oraz wnoszącej poprawki do Dyrektywy 2001/83/WE, jak i Dyrektywach wykonawczych.

(dowód: akta kontroli str. 332-333, 708, 735-744)

W odniesieniu do produktów krwiopochodnych samowystarczalność Polski nie została osiągnięta, gdyż zapotrzebowanie na te produkty realizowano w oparciu o produkty krwiopochodne wyprodukowane za granicą, co opisano w pkt III 1.12.

W sprawie realizacji *Programu samowystarczalności* w części dotyczącej produktów krwiopochodnych, Dyrektor NCK wyjaśniła: *Zgodnie z dokumentacją archiwizowaną w NCK w pierwotnych wersjach dokumentu programu (z 2007 r.) pn.: Zapewnienie samowystarczalności w RP w zakresie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych, jednym z zadań była optymalizacja zaopatrzenia systemu ochrony zdrowia w produkty krwiopochodne otrzymywane z osocza pobranego na terenie RP przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi. Natomiast przyjęty do realizacji dokument programu nie zawierał tego zadania.*

(dowód: akta kontroli str. 1376-1381, 1521)

W celu zapewnienia dostępności systemu ochrony zdrowia do produktów krwiopochodnych NCK współuczestniczyło wraz z Krajową Radą w opracowaniu dokumentu *Główne założenia przedsięwzięcia dotyczącego zapewnienia dostępności systemu ochrony zdrowia do produktów leczniczych (leków osoczopochodnych) wytwarzanych na terenie RP z osocza pochodzącego przede wszystkim od polskich dawców na lata 2010-2031*¹³⁵, który został przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 3 sierpnia 2010 r.

W dokumencie tym przedstawiono m.in. diagnozę sytuacji w zakresie gospodarki osoczem, jako surowcem do produkcji leków w Polsce i w innych krajach UE, analizę skutków niepodjęcia interwencji w zakresie uruchomienia fabryki przetwarzania osocza, możliwe, w tym dotychczas funkcjonujące warianty systemowe zarządzania produkcją osocza i leków osoczopochodnych, możliwe warianty systemowe uruchomienia fabryki przetwarzania osocza wraz z uzasadnieniem wyboru prezentowanego rozwiązania. Realizacja założeń tego dokumentu miała zapewnić samowystarczalność polskiego systemu ochrony zdrowia w zakresie zaopatrzenia w leki osoczopochodne poprzez wybudowanie i uruchomienie na terenie kraju fabryki przetwarzającej (frakcjonującej) osocze pochodzące przede wszystkim od polskich dawców.

Wyłonienie podmiotu farmaceutycznego zdolnego do realizacji powyższego przedsięwzięcia odbyło się w formie postępowania konkursowego przeprowadzonego przez Zespół Konkursowy¹³⁶ pod przewodnictwem Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, w skład którego wchodził m.in. ówczesny Dyrektor

¹³⁵ Dalej: dokument.

¹³⁶ Powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2010 r. w sprawie Zespołu Konkursowego powołanego w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na wybór prywatnego inwestora dysponującego technologią i środkami na inwestycję polegającą na wybudowaniu i uruchomieniu fabryki przetwarzania osocza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz przetwarzaniu osocza w tej fabryce.

NCK jako sekretarz Zespołu. Według dokumentacji z przeprowadzonego konkursu znajdującej się w NCK, do postępowania konkursowego zgłosiło się trzech potencjalnych inwestorów. Wnioski dwóch Zespół Konkursowy odrzucił z uwagi na niespełnienie wymagań określonych w rozdziale V Warunków Konkursu¹³⁷. Zaproszenie do złożenia aplikacji przez inwestora, którego wniosek spełniał wszystkie wymagania określone w Warunkach Konkursu zostało zaakceptowane przez Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia w dniu 26 października 2011 r., i skierowane do tego inwestora w dniu 27 października 2011 r. W dniu 17 listopada 2011 r. inwestor złożył aplikację, a w dniu 9 lutego 2012 r. Minister Zdrowia zatwierdził rekomendację Zespołu Konkursowego dotyczącą podpisania *Porozumienia o współdziałaniu mającym na celu zapewnienie dostępności leków osoczopochodnych wytwarzanych na terenie RP z osocza pochodzącego od polskich dawców*. Od 13 lutego 2012 r. trwały prace w zakresie treści tego porozumienia, w wyniku których potencjalny inwestor w dniu 18 czerwca 2012 r. wycofał się jednak z realizacji powyższego przedsięwzięcia. Powodem jego rezygnacji był brak akceptacji Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych stanowiska, że nabywanie przez podmioty lecznicze leków osoczopochodnych produkowanych z jednorodnego osocza pochodzącego od polskich dawców może przebiegać w trybie zamówienia z wolnej ręki, na podstawie art. 67 ust. 1 pkt 1 lit. a) ustawy *Prawo zamówień publicznych*.

Po wycofaniu się inwestora, NCK pismem z dnia 13 lipca 2012 r. przekazało Ministrowi Zdrowia za pośrednictwem Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia szczegółowe informacje dotyczące budowy fabryki przetwarzania osocza, a pismem z dnia 27 lipca 2012 r. poinformowało, że brak fabryki frakcjonowania osocza w Polsce może wpłynąć negatywnie na przyszłe zaopatrzenie pacjentów w leki ratujące życie, natomiast głównym działaniem podejmowanym przez wielu frakcjonatorów jest pozyskiwanie jak największych ilości osocza, celem jego przetworzenia w już funkcjonujących fabrykach, a dla niektórych leków takich jak albumina, immunoglobuliny nie ma alternatywy w postaci leków wytwarzanych z wykorzystaniem inżynierii genetycznej i jedynym surowcem do ich produkcji pozostaje nadal osocze ludzkie. W piśmie tym ówczesna Dyrektor NCK wskazała, że budowy fabryki frakcjonowania osocza jest celowa z uwagi na dążenie do realizacji zasady samowystarczalności w zakresie preparatów osoczopochodnych, poprzez właściwe i długoterminowe podejście do kwestii wykorzystania własnego osocza, które jest strategicznym surowcem do produkcji leków niezbędnych dla życia i zdrowia polskich pacjentów. Wskazała również, że realizacja tego przedsięwzięcia pozwoliłaby m.in. na rozwiązanie wieloletniego problemu stabilności, pewności i planowego rozwoju dostaw leków krwiopochodnych, bowiem kraje, które nie mogą posilkować się lekami wytworzonymi na terenie własnego kraju stają wobec dyktatu cenowego zagranicznych wytwórców i są uzależnione od podaży leków osoczopochodnych dedykowanych przez poszczególne koncerny na poszczególne rynki i zwróciła¹³⁸ się do Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia o możliwość spotkania w celu omówienia kwestii dalszego prowadzenia sprawy związanej z planowaną budową fabryki frakcjonowania osocza. Z dokumentacji zgromadzonej w NCK oraz wyjaśnień ówczesnej Dyrektor NCK wynika, że do takiego spotkania nie doszło. Ponadto ówczesna Dyrektor NCK wyjaśniła: *od tego momentu temat ten prowadzony był przez Departament Polityki Zdrowotnej w Ministerstwie Zdrowia i NCK nie było już informowane o decyzjach i dalszych planach w przedmiotowym zakresie. Przekazałam Ministrowi Zdrowia na piśmie, iż w mojej ocenie celowym byłoby wystąpienie Ministra Zdrowia do Rady*

¹³⁷ Przyjętych w drodze uchwały przez Zespół Konkursowy w dniu 13 grudnia 2010 r.

¹³⁸ Pismem NCK-WOK/1549/15-fo/MK/12 z dnia 27 lipca 2012 r.

Ministrów o zgodę na ponowne przeprowadzenie (powtórzenie) postępowania konkursowego na tych samych zasadach, co zakończone postępowanie.

W związku z propozycją firmy, z którą RCKiK podpisały umowy w grudniu 2010 r. oraz maju 2013 r. na dostawy osocza, dotyczącą kontraktowego frakcjonowania osocza, NCK pismem z dnia 28 listopada 2013 r. przedstawiło tę propozycję Podsekretarzowi Stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz z informacją, iż ewentualne zdecydowanie się na kontraktowe frakcjonowanie osocza wymagałoby powołania zespołu ekspertów do opracowania *Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia* i wyboru w drodze przetargu firmy, która usługowo frakcjonowałaby polskie osocze, z prośbą o dalsze dyspozycje w tej sprawie. Dyrektor NCK wyjaśniła, że NCK nie uzyskało dyspozycji w tym zakresie, a temat ten jest przedmiotem analiz i dyskusji Zespołu ds. opracowania nowej wersji *Programu samowystarczalności*.

Według wyjaśnień Dyrektora NCK ewentualne decyzje o uruchomieniu produkcji osoczo pochodnych koncentratów czynników krzepnięcia na terenie Polski, nie rozwiążą problemu uniezależnienia się w pełni od zewnętrznych dostaw czynników krzepnięcia. Produkcyjne wdrożenie wymaga wieloletnich działań związanych m.in. z wprowadzeniem na rynek produktów leczniczych. Ponadto należy mieć na względzie fakt, iż tendencja światowa wskazuje na wzrost, w krajach wysoko rozwiniętych stosowania rekombinowanych koncentratów czynników krzepnięcia, a zatem wytworzonych metodami inżynierii genetycznej (bez wykorzystania osocza).

(dowód: akta kontroli str. 741-744, 799-876, 1356-1358, 2107, 2223-2228, 2164-2168)

Opis stanu
faktycznego

3.2. W *Programie samowystarczalności* ustalono kosztorys planowanych działań w podziale na poszczególne lata realizacji Programu. Środki na realizację zadań *Rozwój systemu pobierania krwi i jej składników w oparciu o mobilne punkty poboru krwi* oraz *Poprawa bezpieczeństwa krwi i jej składników stosowanych w leczeniu* zaplanowane zostały na zbliżonym poziomie jak w ww. kosztorysie, natomiast na realizację zadań *Propagowanie honorowego krwiodawstwa* oraz *Optymalizacja wykorzystania krwi i jej składników w leczeniu* przeznaczono mniejsze środki niż przewidywał kosztorys ogółem odpowiednio o 33 707,1 tys. zł i o 2 642,6 tys. zł. W latach 2010-2013 na realizację zadania *Propagowanie honorowego krwiodawstwa* przewidziano: w kosztorysie po 11 000 tys. zł rocznie, a w planie finansowym NCK po zmianach przewidziano na ten cel: 6 164 tys. zł w 2010 r. (tj. 56%), 1 403,3 tys. zł w 2011 r. (12,8%), 1 541,5 tys. zł w 2012 r. (14%) oraz 1 184 tys. zł w 2013 r. (10,8%). Natomiast w latach 2011-2013 na realizację zadania *Optymalizacja wykorzystania krwi i jej składników w leczeniu* przewidziano: w kosztorysie po 1 200 tys. zł rocznie, a w planie finansowym: 138,3 tys. zł w 2011 r. (11,5%), 503,2 tys. zł w 2012 r. (41,9%) oraz 315,9 tys. zł w 2013 r. (26,3%) W pozostałych latach środki na realizację tych zadań zaplanowano na poziomie ustalonym w kosztorysie.

Dyrektor NCK wyjaśniła, iż NCK że nie ma wiedzy na jakiej podstawie autorzy programu oszacowali coroczny kosztorys realizacji Programu w zakresie zadań: *propagowanie honorowego krwiodawstwa na poziomie 11 mln zł* oraz *optymalizacja wykorzystania krwi i jej składników w krwioleczeniu na poziomie 1,2 mln zł*. Pierwotny plan na powyższe zadania w latach 2009 – 2013 został określony przez kierownictwo Ministerstwa Zdrowia. W latach 2011 – 2013 NCK wnioskowało do Ministerstwa Zdrowia o częściowe przesunięcie środków przeznaczonych na powyższe zadania na zakup koncentratów czynników krzepnięcia, które zabezpieczały chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne oraz immunoglobulinę anty – D, która zabezpieczała potrzeby kobiet z konfliktem serologicznym. Ze względu na zmiany w planie finansowym NCK w latach 2011-

2013, Narodowe Centrum Krwi szukało alternatywnych sposobów np. prowadzenia promocji honorowego krwiodawstwa, poprzez bezpłatną emisję spotów w mediach.

(dowód: akta kontroli str. 1522-1522a, 1756-1758, 2040)

W latach 2009-2013 na realizację wszystkich zadań z Programu samowystarczalności zaplanowano po zmianach łącznie kwotę 60 452,2 tys. zł, z czego wydatkowano 60 249,2 tys. zł (99,7%). Najwięcej środków 45 321,4 tys. zł (75,2%) wydatkowano na realizację zadania *Rozwój systemu pobierania krwi i jej składników w oparciu o mobilne punkty poboru krwi*, z tego 7 380 tys. zł w 2009 r., 9 840 tys. zł w 2010 r., 9 200 tys. zł w 2011 r., 9 554,1 tys. zł w 2012 r. oraz 9 347,3 tys. zł w 2013 r. W wyniku realizacji tego zadania w latach 2009-2013 zakupiono zgodnie z założeniami¹³⁹ łącznie 19 autobusów na potrzeby poszczególnych RCKiK¹⁴⁰, które przy ich wykorzystaniu prowadziły ekipy (mobilny) pobór krwi. Postępowania o udzielenie zamówień przeprowadził ZZP. Według wyjaśnień Dyrektora NCK w 2014 r. zaplanowano na realizację tego zadania kwotę 10 000 tys. zł, na zakup czterech autobusów dla RCKiK w Bydgoszczy, Katowicach, Wałbrzychu i Warszawie.

(dowód: akta kontroli str. 1522-1526, 2110-2112)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W Programie samowystarczalności w ramach realizacji ww. zadania, poza określeniem zakupu planowanej liczby (24) autobusów do poboru krwi, nie zostały określone zarówno mierzalne wskaźniki (parametry) poziomu osiągnięcia zakładanych efektów oraz obowiązku dokonywania takich pomiarów. NCK jako koordynator nie wnioskowało o wprowadzenie takich wskaźników do Programu.

NIK uwzględnia działania podjęte przez NCK na rzecz monitorowania liczby donacji pobieranych przy wykorzystaniu mobilnych punktów poboru krwi zakupionych w ramach ww. Programu na podstawie okresowych sprawozdań składanych przez RCKiK. NCK nie prowadziło natomiast analizy efektywności poboru krwi i jej składników przy pomocy autobusów (koszt donacji, bezpieczeństwo krwi i jej składników pobranych z wykorzystaniem autobusów). Dyrektor NCK wyjaśniła, że (...) *Kosztowo trudno było ocenić pobór krwi w mobilnych punktach, dotychczas było w zasadzie niemożliwe ustalenie rzetelnych kosztów takich donacji, ponieważ w centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa nie ma jednolitego rachunku kosztów i występują znaczne rozbieżności pomiędzy poszczególnymi centrami. Planowane jest wprowadzenie w najbliższych latach jednolitego rachunku kosztów i wówczas będzie możliwe przeprowadzenie takich analiz. Nie prowadzimy analiz dyskwalifikacji krwi i jej składników ze względu na miejsce poboru krwi, nie mieliśmy dotychczas informacji, że sposób poboru krwi w mobilnych punktach wpływałby na jakość i bezpieczeństwo składników krwi. Mobilne punkty poboru krwi spełniają wszystkie niezbędne wymogi, ponadto w przypadku dużej liczby donacji stosowana jest praktyka przewożenia ich do centrum krwiodawstwa na bieżąco drugim środkiem transportu.*

(dowód: akta kontroli str. 1514-1521,660)

Opis stanu
faktycznego

Według danych posiadanych przez NCK, w latach 2011-2013¹⁴¹ w wyniku wykorzystywania autobusów do poboru krwi systematycznie wzrastała zarówno liczba zorganizowanych ekip z 337 w 2010 r., 615 w 2011 r., 1 426 w 2012 r. do 1 816 w 2013 r., liczba pobranych donacji krwi i jej składników podczas tych ekip z 9 002 donacji w 2010 r., 15 780 w 2011 r. (wzrost o 75,3%), 32 084 w 2012 r. (wzrost o 103,3%) do 38 631 w 2013 r. (wzrost o 20,4%), udział donacji krwi i jej

¹³⁹ Po 4 autobusy w każdym roku z okresu 2010-2013 oraz 3 autobusy w 2009 r.

¹⁴⁰ W mobilne punkty poboru krwi do końca 2013 r. nie zostały doposażone RCKiK w Raciborzu i Bydgoszczy

¹⁴¹ W 2009 r. nie organizowano ekip oraz nie pobierano donacji, ponieważ odbiór mobilnych punktów poboru krwi odbył się w grudniu 2009 r.

składników pobranych przy wykorzystaniu autobusów zakupionych w ramach *Programu samowystarczalności* w donacjach krwi i jej składników pobranych ogółem w mobilnych punktach poboru krwi z 13,2% w 2011 r. do 29,3% w 2013 r. oraz liczba nowych miejsc pobierania krwi ze 148 w 2010 r. do 231 w 2013 r. (wzrost o 56,1%). Wynikało to głównie ze wzrastającej każdego roku liczby używanych autobusów zakupionych w ramach ww. Programu.

(dowód: akta kontroli str. 701, 1514-1526)

Uwagi dotyczące badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że pomimo wzrostu liczby ekip i pobranych w ich trakcie donacji, średnia liczba donacji pobranych podczas jednego poboru zorganizowanego przy użyciu mobilnego punktu poboru krwi zakupionego w ramach *Programu samowystarczalności* ulegała zmniejszeniu z 27 w 2010 r., do 26 w 2011, 22 w 2012 r. oraz 21 w 2013 r., przy czym w latach 2012-2013 liczba zarejestrowanych dawców utrzymywała się na zbliżonym poziomie i wynosiła średnio 27.

Dyrektor NCK w sprawie przyczyn spadku średniej liczby donacji wyjaśniła, że (...) w 2013 r. zaobserwowano większy odsetek osób zdyskwalifikowanych przed oddaniem krwi, co niewątpliwie miało wpływ na mniejszą liczbę donacji. Planujemy w 2014 r. analizę przyczyn dyskwalifikacji dawców, w szczególności podczas ekip.

(dowód: akta kontroli str. 659-662, 1521, 1523)

Opis stanu faktycznego

Na realizację zadania *Propagowanie honorowego krwiodawstwa* wydatkowano do końca 2013 r. łącznie kwotę 10 720 tys. zł (17,8% z ogółem wydatkowanej w ramach *Programu samowystarczalności*) z tego 493,7 tys. zł w 2009 r., 6 161,1 tys. zł w 2010 r., 1 403,3 tys. zł w 2011 r., 1 541,5 tys. zł w 2012 r. oraz 1 120,4 tys. zł w 2013 r. Poza środkami z ww. Programu, NCK wydatkowało na propagowanie honorowego krwiodawstwa ze środków własnych 9 448,86 zł w 2012 r., a w 2013 r. nie ponosiło wydatków na ten cel ze środków własnych.

W sprawie blisko czterokrotnie wyższych wydatków poniesionych w 2010 r., niż w latach następnych na realizację tego zadania Dyrektor NCK wyjaśniła: (...) Z tego co jest mi wiadomo, ponieważ nie pracowałam wówczas w NCK, była zakupywana większa ilość materiałów promocyjnych, a także realizowana była kampania w mediach oraz inne imprezy promujące krwiodawstwo, finansowane ze środków *Programu samowystarczalności*. Część z tych zadań nie była realizowana w kolejnych latach, a część zadań wymagała niższych kosztów, m.in. że względu na posiadane już prawa autorskie do spotów reklamowych.

(dowód: akta kontroli str. 659-662, 1522, 1658)

W ramach realizacji tego zadania w latach 2012-2013 zakupiono m.in. usługi reklamowe polegające na: montażu spotów telewizyjnych i radiowych, przygotowaniu projektu graficznego oraz zaprojektowaniu i uruchomieniu oficjalnej strony internetowej kampanii *Twoja krew – Moje życie*¹⁴², a także zakupiono i przekazano do 21 RCKiK materiały promocyjne z logotypem lub adresem internetowym strony kampanii *Twoja krew – Moje życie*, tj. m.in.: pamięć zewnętrzną USB, ręczniki frotte w formie maskotki lub kropelki, kubki z podstawką, koszulki, parasole, długopisy, zawieszki na szyję, kalendarze, torby. Dostawcy materiałów promocyjnych zostali wyłonieni w trybie przetargu nieograniczonego przeprowadzonego przez ZZP. NCK w ramach realizacji ww. zadania we współpracy z innymi podmiotami i organizacjami pozarządowymi przeprowadziło szereg działań propagujących honorowe krwiodawstwo, co opisano w pkt III 2.1 niniejszego wystąpienia.

Według wyjaśnień Dyrektora NCK w 2014 r. zaplanowano na realizację tego zadania kwotę 2 500 tys. zł z przeznaczeniem na: ogólnopolską informacyjną kampanię społeczną do kwoty 1 000 tys. zł, szkolenia personelu medycznego

¹⁴² <http://www.twojakrew.pl/>.

zaangażowanego w obsługę dawców do kwoty 300 tys. zł, a pozostałą kwotę na zakup materiałów promocyjnych.

(dowód: akta kontroli str. 78- 80, 96-97, 449-463, 492-535, 1530-1532, 1676-1679, 2110-2112)

Uwagi dotyczące badanej działalności

W *Programie samowystarczalności* w ramach realizacji ww. zadania, wskazano na konieczność pozyskania większej liczby nowych dawców oraz zwiększenia liczby donacji oddanych przez dawców wielokrotnych, jednak nie określono docelowych wartości tych mierników lub oczekiwanego poziomu ich wzrostu. Wartości takich nie ustalało także NCK.

Nieokreślenie docelowej (oczekiwanej) liczby nowych dawców oraz liczby donacji oddanych przez dawców wielokrotnych lub poziomu wzrostu tych mierników może - zdaniem NIK - utrudniać ocenę, czy środki publiczne wydatkowane na ww. zadanie zostały wykorzystane w sposób efektywny i przyczyniły się do realizacji zamierzonych celów.

W sprawie monitorowania realizacji ww. zadania Dyrektor NCK wyjaśniła, że NCK monitorowało sposób jego realizacji na podstawie okresowych sprawozdań składanych przez RCKiK, bazując na następujących założeniach: liczba dawców krwi, w tym wielokrotnych, liczba zarejestrowanych potencjalnych dawców krwi, liczba donacji krwi i jej składników, liczba donacji na 1 000 mieszkańców.

Ponadto w sprawie prowadzenia analiz, czy propagowanie honorowego krwiodawstwa przy wykorzystaniu środków z *Programu samowystarczalności* wpłynęło na zwiększenie lub co najmniej utrzymanie liczby dawców zgłaszających się do oddania krwi oraz zwiększenie liczby donacji oddawanych przez dawców wielokrotnych oraz pozyskanych donacji krwi i jej składników oraz wyniku tych analiz Dyrektor NCK wyjaśniła, że *NCK prowadzi na bieżąco analizę liczby donacji w ramach sprawozdawczości z budżetu zadaniowego, natomiast co roku dokonywana jest analiza liczby zarejestrowanych dawców do oddania krwi i dawców wielokrotnych. W latach realizacji Programu samowystarczalności do 2012 r. wzrastała zarówno liczba osób zgłaszających się do oddania krwi, liczba donacji, jak i udział dawców wielokrotnych, a w 2013 r. na podstawie dotychczas otrzymanych informacji nadal utrzymała się tendencja wzrostu liczby pobranych donacji, nieznacznie spadła natomiast liczba osób, które zgłosiły się do oddania krwi i odsetek dawców wielokrotnych.*

(dowód: akta kontroli str. 659-662, 1514-1521)

Opis stanu faktycznego

W latach 2010-2012 wzrastała liczba dawców ogółem oraz udział wśród nich dawców wielokrotnych, natomiast w 2013 r. wystąpił nieznaczny spadek. Liczba dawców pierwszorazowych wzrastała od 2011 r., a liczba pobranych donacji wykazywała ciągłą tendencję wzrostową, co zostało szerzej opisane w pkt III 1.4 oraz 1.5 niniejszego wystąpienia.

Kwota środków wydatkowana w ramach ww. zadania w przeliczeniu na jednego pozyskanego nowego (pierwszorazowego) dawcę w okresie realizacji ww. Programu wynosiła odpowiednio: 2,15 zł w 2009 r., 27,82 zł w 2010 r., 8,26 zł w 2011 r., 8,99 zł w 2012 r. oraz 6,06 zł w 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 701-703, 1644-1645, 1674-1675, 2098)

Na realizację zadania *Optymalizacja wykorzystania krwi i jej składników* wydatkowano łącznie kwotę 2 215,8 tys. zł (3,7% z ogółem wydatkowanej w ramach *Programu samowystarczalności*) z tego 99,8 tys. zł w 2009 r., 1 199,9 tys. zł w 2010 r., 138 tys. zł w 2011 r., 503,2 tys. zł w 2012 r. oraz 274,9 tys. zł w 2013 r. Według wyjaśnień Dyrektora NCK w 2014 r. zaplanowano na realizację tego zadania kwotę 500 tys. zł z przeznaczeniem na spotkanie ekspertów w celu

omówienia ostatecznej wersji *Wytycznych*¹⁴³, wydanie elektronicznej publikacji *Wytycznych* oraz przeprowadzenie trzech dwudniowych szkoleń z zakresu optymalnego wykorzystania krwi dla łącznej liczby 165 uczestników – personelu medycznego.

(dowód: akta kontroli str. 1522, 2110-2112)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W *Programie samowystarczalności* wskazano, iż celem powyższego zadania jest opracowanie wytycznych, które określiłyby zasady optymalnego zastosowania krwi i jej składników, zapobiegające nadmiernemu, niewłaściwemu, a także niepełnemu ich wykorzystaniu, a następnie przekazanie ich do wszystkich zakładów opieki zdrowotnej na terenie kraju oraz przeprowadzenie serii szkoleń z zakresu gospodarki krwią dla personelu medycznego. Realizacja powyższego zadania miała przyczynić się do polepszenia bezpieczeństwa, jakości, efektywności leczenia poprzez zmniejszenie liczby zakażeń przeniesionych drogą transfuzji krwi lub jej składnika oraz liczby powikłań potransfuzyjnych, a także zapewnić właściwą gospodarkę krwią i jej składnikami w zakładach opieki zdrowotnej, a w konsekwencji przyczynić się do osiągnięcia rekomendowanej samowystarczalności. W *Programie samowystarczalności* nie określono zakładanych docelowych wartości mierników umożliwiających dokonanie oceny osiągnięcia planowanych efektów działań podejmowanych w ramach realizacji tego zadania, wartości takich nie ustalało także NCK. W sprawie monitorowania realizacji ww. zadania Dyrektor NCK wyjaśniła, że monitorowano liczbę przeszkolonych osób. Ponadto w sprawie oceny efektów realizacji tego zadania wyjaśniła: *trudno jest obecnie ocenić, że względu na ciągle trwające szkolenia czy nastąpiła znacząca optymalizacja wykorzystania składników krwi. Z analizy danych dotyczących liczby wydanych składników krwi na tysiąc mieszkańców wynika, że są one wykorzystywane w podobnym stopniu jak w innych krajach europejskich. Wydania te nie rosną już tak szybko jak w latach ubiegłych, pomimo dużej liczby specjalistycznych zabiegów leczniczych. Spada również zużycie do celów klinicznych osocza, co świadczy o wprowadzaniu nowoczesnych metod leczenia. Szczegółowa analiza gospodarki krwią w szpitalach jest planowana do przeprowadzenia w 2015 r., po zakończeniu cyklu szkoleń.*

(dowód: akta kontroli str. 659-662, 1514-1521)

Opis stanu
faktycznego

Realizator tego zadania - WIM w latach 2010-2013 przeprowadził łącznie 10 szkoleń dla personelu medycznego z zakresu optymalnego wykorzystania krwi i jej składników oraz produktów krwiopochodnych, w których uczestniczyło łącznie 666 osób z co najmniej¹⁴⁴ 119 podmiotów stosujących leczenie krwią i jej składnikami. Ponadto opracował *Wytyczne w zakresie leczenia krwią i jej składnikami oraz produktami krwiopochodnymi*¹⁴⁵, które zostały wydane w formie książki w nakładzie 1 tys. egzemplarzy i przekazane m.in. do: podmiotów leczniczych, w tym do tych których personel medyczny uczestniczył w szkoleniach, 17 RCKiK, bibliotek oraz zespołowi ekspertów. Z wydatkowanej na realizację ww. zadania w latach 2012-2013 r. kwoty 778,1 tys. zł, na szkolenia przeznaczono 386,9 tys. zł¹⁴⁶, na opracowanie ww. *Wytycznych* 205,4 tys. zł¹⁴⁷, a na wynagrodzenie dla realizatora tego zadania łącznie 185,8 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 1522-1526, 1533-1549, 1657)

¹⁴³ *Wytyczne w zakresie leczenia krwią i jej składnikami oraz produktami krwiopochodnymi.*

¹⁴⁴ Za lata 2009-2011 NCK nie posiada danych w tym zakresie.

¹⁴⁵ Dalej: *Wytyczne.*

¹⁴⁶ Kwota ta obejmowała m.in. koszty wynagrodzenia wykładowców, noclegi oraz wyżywienie uczestników, wynajem sali konferencyjnej, materiały szkoleniowe i promocyjne.

¹⁴⁷ Kwota ta obejmowała m.in. honoraria za recenzję, zakup literatury fachowej (podręczników, czasopism, dostęp do bazy publikacji), wydanie *Wytycznych* oraz koszty ich wysyłki.

W 2010 r. na realizację zadania *Poprawa bezpieczeństwa krwi i jej składników stosowanych w lecznictwie* wydatkowano kwotę 1 991,9 tys. zł (3,3% z ogółem wydatkowanej w ramach *Programu samowystarczalności*), co stanowiło 100% z kwoty zaplanowanej na ten cel. Środki te przeznaczono na zakup 19 szt. aparatury do redukcji patogenów w osoczu, przekazanej do ośmiu RCKiK¹⁴⁸.

(dowód: akta kontroli str. 1522-1526, 1654-1655)

W sprawie analiz, czy zakup aparatury wykorzystywanej do redukcji biologicznych czynników chorobotwórczych w osoczu poprawił bezpieczeństwo krwi i jej składników oraz czy NCK posiadało informacje o liczbie zakażeń przenoszonych drogą krwi wskazujące na potrzebę podjęcia działań w celu poprawy bezpieczeństwa w tym zakresie Dyrektor NCK wyjaśniła: *NCK nie posiada danych dotyczących zakażeń przenoszonych drogą krwi innymi czynnikami, aniżeli tymi, które objęte są obowiązkowymi badaniami w pobranych donacjach, jakie występowały przed wprowadzeniem redukcji biologicznych czynników chorobotwórczych i teraz, ponieważ takie zakażenia trudno powiązać z transfuzją. Nie są one również rutynowo badane i zgłaszane przez podmioty lecznicze, takich przypadków zgłoszono kilka w ostatnich latach i to przede wszystkim po przetoczeniu KKCz, które nie jest poddawane inaktywacji. Z powyższych względów nie jest możliwe jednoznaczne wskazanie poprawy bezpieczeństwa w tym zakresie. Niemniej jednak redukcja biologicznych czynników chorobotwórczych ogranicza ryzyko przeniesienia czynników chorobotwórczych nie badanych rutynowo u dawców. W wyjaśnieniach wskazała także, że NCK corocznie monitorowało liczbę reakcji poprzetoczeniowych i w latach 2010-2012 nie stwierdzono przeniesienia żadnego czynnika zakaźnego wraz z KKP lub FFP, natomiast w 2013 r. według niezwyfikowanych danych z RCKiK stwierdzono jedno zakażenie bakteryjne po przetoczeniu KKP i jedno po FFP jednak o niskim poziomie przyczynowości z transfuzją.*

Poprzednia Dyrektor NCK w sprawie zakupu aparatury do redukcji patogenów w osoczu w ramach realizacji ww. zadania wyjaśniła, że *jednym z celów przedmiotowego Programu była poprawa bezpieczeństwa krwi i jej składników stosowanych w lecznictwie. Podstawą dla określenia takiego celu była konieczność zagwarantowania, aby osocze wydawane przez RCKiK do użytku klinicznego było możliwie najlepiej sprawdzone pod względem bezpieczeństwa. Podstawową metodą weryfikacji bezpieczeństwa jest procedura karencjonowania (...)* W sytuacji, kiedy zapotrzebowanie na osocze do użytku klinicznego na danym terenie przewyższa możliwości karencjonowania, pojawia się ryzyko, że centrum nie będzie w stanie zapewnić odpowiednich ilości osocza sprawdzonego pod względem bezpieczeństwa klinicznego. Taka też sytuacja zaistniała w kilku centrach w latach 2008-2009. Aby nie dopuścić do wydania do użytku klinicznego osocza niesprawdzonego, została podjęta decyzja o wsparciu tych centrów, które nie nadszły z karencjonowaniem osocza w aparaturę do redukcji biologicznych czynników chorobotwórczych w osoczu, jako metody uzupełniającej uzyskiwanie sprawdzonego, przebadanego osocza.

(dowód: akta kontroli str. 659-662, 2039-2040, 2223-2228)

W *Programie samowystarczalności* wskazano, iż od 1 stycznia 2010 r. ma obowiązywać bezwzględny zakaz wydawania do lecznictwa przez RCKiK osocza innego niż po karencji lub poddanego procedurze redukcji patogenów oraz rozważano wprowadzenie zakazu wydawania do lecznictwa osocza nie poddanego redukcji patogenów (orientacyjna data 1 stycznia 2011 r.)

¹⁴⁸ W Białymstoku, Bydgoszczy, Gdańsku, Katowicach, Poznaniu, Szczecinie, Warszawie oraz Wrocławiu.

W sprawie niewprowadzenia rozważanego zakazu wydawania do lecznictwa osocza nie poddanego redukcji biologicznych czynników chorobotwórczych Dyrektor NCK wskazała następujące przyczyny, które wpłynęły na wstrzymanie się z taką decyzją: *Brak jednoznacznych wytycznych na poziomie europejskim i światowym do obowiązku stosowania takiego osocza i brak informacji na temat odległych skutków stosowania osocza po inaktywacji. Stosowanie karencji jako skutecznej i tańszej metody zapobiegania ryzyku przeniesienia czynników chorobotwórczych. Brak pełnej refundacji ze strony NFZ wydanych składników krwi po inaktywacji.*

(dowód: akta kontroli str. 659-662)

W latach 2011-2013¹⁴⁹ liczba jednostek osocza poddanych redukcji patogenów (inaktywacji)¹⁵⁰ wyniosła: 33 239 w 2011 r., 53 118 w 2012 r. oraz 40 172 w 2013 r., natomiast liczba jednostek osocza poddanych inaktywacji przy użyciu aparatury zakupionej w ramach ww. Programu: 31 712 w 2010 r., 30 915 (93% spośród poddanych inaktywacji) w 2011 r., 22 556 (42,5%) w 2012 r. oraz 30 382 (75,6%) w 2013 r. W latach 2010-2013 do podmiotów leczniczych wydano łącznie 73 471 jednostek osocza poddanych redukcji biologicznych czynników chorobotwórczych z tego: 18 211 w 2010 r., 14 408 w 2011 r., 17 109 w 2012 r. oraz 23 743 w 2013 r. Od 2011 r. następował sukcesywny wzrost ilości ww. osocza wydawanego do podmiotów leczniczych.

Dyrektor NCK wyjaśniła, że (...) z informacji otrzymywanych z RCKiK wynika, że podmioty lecznicze nie są zainteresowane stosowaniem inaktywowanych składników krwi, ze względu na ich koszty oraz fakt, że nie są objęte w pełni refundacją NFZ, gdyż nie wszystkie zostały ujęte w katalogu do sumowania. Obecnie inaktywowane jest osocze i KKP.

(dowód: akta kontroli str. 659-662, 708, 1522, 1524, 2017)

Dyrektor NCK wyjaśniła, iż NCK wnioskowało o zmianę Programu samowystarczalności w zakresie zadania nr 3 pn. *Poprawa bezpieczeństwa krwi i jej składników stosowanych w lecznictwie. Propozycja zmiany dotyczyła wprowadzenia pilotażowego projektu pt. Kandydat na dawcę krwi, który miał być realizowany w 2014 r. w ramach ww. zadania. Celem strategicznym powyższego projektu jest zwiększenie jakości i bezpieczeństwa krwi oraz jej składników poprzez pozyskiwanie stałych dawców (regularnych) oraz zwiększenie ich liczby. Projekt ten pozwoli ocenić, czy taka forma pozyskania dawców krwi ma szansę powodzenia. (...) Realizacja powyższego zadania w dłuższej perspektywie doprowadzi do zwiększenia w dawcach świadomości o potrzebie oddania krwi.*

(dowód: akta kontroli str. 1520)

Opis stanu
faktycznego

3.3. Zgodnie z art. 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁵¹, w przypadku programów zdrowotnych realizowanych przez inne niż Fundusz podmioty, o których mowa w ust. 1, wyboru realizatora programu zdrowotnego dokonuje się w drodze konkursu ofert, z zastrzeżeniem odrębnych przepisów.

NCK w dniu 21 lipca 2009 r. zwróciło się do Marka Habera Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia o akceptację projektów ogłoszeń o przeprowadzenie konkursu ofert na wybór realizatorów Programu samowystarczalności w ramach poszczególnych zadań tj.:

¹⁴⁹ NCK nie posiada danych dotyczących liczby jednostek osocza poddanych inaktywacji w 2010 r., ponieważ dane te nie były wymagane w sprawozdaniach z działalności RCKiK w takiej konfiguracji (poziomie szczegółowości).

¹⁵⁰ Liczba jednostek osocza poddanego inaktywacji stanowi łączną wartość uzyskanych jednostek osocza poddanego inaktywacji zarówno przy użyciu aparatury zakupionej w ramach Programu Samowystarczalności, jak i przy użyciu aparatury będącej na stanie CKiK.

¹⁵¹ Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 ze zm.

- Propagowanie honorowego krwiodawstwa na szczeblu regionalnym połączone z akcjami poboru krwi na 2009 r.
 - Rozwój systemu pobierania krwi i jej składników w oparciu o mobilne punkty poboru krwi na lata 2009-2014.
 - Poprawa bezpieczeństwa krwi i jej składników stosowanych w lecznictwie na 2009 r.
 - Optymalizacja wykorzystania krwi i jej składników w lecznictwie na 2009 r.
- (dowód: akta kontroli str. 1895-1915)

W wyniku przeprowadzonych konkursów ofert na wybór realizatorów ww. zadań (1-3) NCK w dniu 27 sierpnia 2009 r. na podstawie § 8 ust. 1 zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 marca 2009 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych¹⁵² zwróciło się do Ministra Zdrowia z wnioskami o akceptację wyboru realizatorów tych zadań, które zostały zaakceptowane przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia w dniu 4 września 2009 r. W przypadku zadania *Optymalizacja wykorzystania krwi i jej składników w lecznictwie* NCK w dniu 9 listopada 2009 r. na podstawie § 10 ust. 4 zarządzenia Ministra Zdrowia zwróciło się do Ministra Zdrowia z wnioskiem o akceptację rozstrzygnięcia odwołania zgłoszonego w konkursie na wybór realizatora ww. zadania, który również został zaakceptowany przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia w dniu 10 listopada 2009 r.

(dowód: akta kontroli str. 1941-1980)

Jako realizatorów ww. zadań (1-3) wskazano RCKiK. I tak w ramach zadania:

- *Rozwój systemu pobierania krwi i jej składników w oparciu o mobilne punkty poboru krwi* wskazano 20 RCKiK¹⁵³, wszystkie 21 RCKiK, które złożyły oferty spełniające warunki formalne¹⁵⁴. W harmonogramie doposażenia RCKiK w autobusy wskazano, iż w 2009 r. po jednym autobusie zostaną doposażone RCKiK w Kaliszu, Radomiu oraz Słupsku, a pozostałe RCKiK w kolejnych latach zgodnie z listą rankingową określoną na podstawie uzyskanej w konkursie liczby punktów. Autobusy do poboru krwi zakupywane były po przeprowadzeniu przez ZPP postępowań o udzielenie zamówień publicznych;

- *Propagowanie honorowego krwiodawstwa na szczeblu regionalnym połączone z akcjami poboru krwi na 2009 r.* wszystkie 21 RCKiK, które złożyły oferty spełniające warunki formalne i merytoryczne¹⁵⁵. Na realizację tego zadania RCKiK, które w konkursie otrzymały łącznie co najmniej 39 punktów przekazano po 26,7 tys. zł, a pozostałym po 20 tys. zł;

- *Poprawa bezpieczeństwa krwi i jej składników stosowanych w lecznictwie na 2009 r.* osiem RCKiK¹⁵⁶ spośród 17, które złożyły oferty. Oferty dziewięciu RCKiK zostały odrzucone z powodu niespełnienia warunków merytorycznych określonych w konkursie, tj. niskiego udziału osocza wydawanego do lecznictwa w stosunku do osocza pobieranego przez dany RCKiK, a dodatkowo w niektórych przypadkach z powodu braku ośrodków klinicznych na terenie działania danego RCKiK.

(dowód: akta kontroli str. 1941-1971)

¹⁵² Dz. Urz. MZ. z 2009 r., nr 2, poz. 9, dalej: zarządzenia w sprawie opracowania i realizacji programów zdrowotnych.

¹⁵³ RCKiK w Raciborzu nie złożyło oferty.

¹⁵⁴ Jako realizator zadania *Rozwój systemu pobierania krwi i jej składników w oparciu o mobilne punkty poboru krwi* wskazano wyłącznie jednostki organizacyjne publicznej służby krwi.

¹⁵⁵ Jako realizatora zadania *Propagowanie honorowego krwiodawstwa na szczeblu regionalnym połączone z akcjami poboru krwi na 2009 r.* wskazano wyłącznie jednostki organizacyjne publicznej służby krwi posiadające uprawnienia do pobierania krwi i jej składników oraz doświadczenie w propagowaniu idei honorowego krwiodawstwa na szczeblu regionalnym poparte rekomendacją wydaną przez organizacje promujące HDK na danym terenie.

¹⁵⁶ W Białymstoku, Bydgoszczy, Gdańsku, Katowicach, Poznaniu, Szczecinie, Warszawie oraz Wrocławiu.

Do konkursu ofert na wybór realizatora zadania *Optymalizacja wykorzystania krwi i jej składników w leczeniu* zgłosiły się trzy podmioty: WIM, IHiT oraz RCKiK we Wrocławiu, z których Komisja Konkursowa jako realizatora wybrała WIM. IHiT złożył odwołanie od decyzji Komisji Konkursowej, które zostało uznane za niezasadne. Ocena prawidłowości przeprowadzenia przez NCK konkursu na wybór realizatora ww. zadania była ponadto przedmiotem kontroli przeprowadzonej przez Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg Ministerstwa Zdrowia w okresie od 8 do 11 lutego 2010 r. W wyniku tej kontroli stwierdzono, że postępowanie konkursowe zostało przeprowadzone zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

(dowód: akta kontroli str. 1972-2012, 2113-2119)

Również w wyniku przeprowadzenia konkursu ofert na realizację zadania *Propagowanie honorowego krwiodawstwa* na 2010 r. NCK w dniu 26 lipca 2010 r., zwróciło się do Ministra Zdrowia z wnioskiem o akceptację wyboru realizatora tego zadania, który został zaakceptowany przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia w dniu 28 lipca 2010 r. Do konkursu na wybór realizatora ww. zadania w zakresie wykonania projektu, na podstawie którego została zorganizowana i przeprowadzona ogólnopolska i regionalna multimedialna kampania społeczna promująca honorowe krwiodawstwo, zgłosiło się czterech oferentów. Najkorzystniejsza oferta, która uzyskała największą ilość punktów według przyjętych kryteriów została zarekomendowana Ministrowi Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 1916-1940)

W ramach realizacji zadania *Propagowanie honorowego krwiodawstwa* na 2011 r. ówczesna Dyrektorka NCK, na podstawie pełnomocnictw do zawierania, zmiany i rozwiązywania w imieniu Ministra Zdrowia umów cywilnoprawnych na przeprowadzenie działań informacyjno-promocyjnych, w tym zakupu czasu antenowego w ramach *Programu samowystarczalności*, przedłożyła w dniu 12 sierpnia 2011 r. Markowi Haberowi Podsekretarzowi Stanu w Ministerstwie Zdrowia do akceptacji zbiorcze zestawienie zawartych umów z TVP oraz Polsat Media w zakresie emisji spotów reklamowych, wyprodukowanych w ramach kampanii *Twoja krew - Moje życie*, których łączna wartość wynosiła 1 407,8 tys. zł brutto. Powyższy wniosek został zaakceptowany w dniu 12 sierpnia 2011 r.

(dowód: akta kontroli str. 2013-2015)

W latach 2012-2013 NCK nie przeprowadzało konkursów ofert na wybór realizatorów zadania *Propagowanie honorowego krwiodawstwa*. Dostawców materiałów promocyjnych wylaniowano w trybie przetargów nieograniczonych przeprowadzanych przez ZZP na podstawie opisu przedmiotu zamówienia przygotowanego przez NCK. Po rozstrzygnięciu tych przetargów¹⁵⁷, Dyrektorka NCK w imieniu Ministra Zdrowia zawierała umowy z dostawcami na wykonanie i dostawę poszczególnych materiałów promocyjnych. Na podstawie zawieranych umów z poszczególnymi RCKiK, NCK przekazywało materiały promocyjne w ilości proporcjonalnej do liczby donacji pobranych przez dane RCKiK w poprzednim roku kalendarzowym, wynikającej ze złożonego sprawozdania rocznego.

Wartość poszczególnych usług reklamowych polegających na montażu spotów telewizyjnych i radiowych, przygotowaniu projektu graficznego oraz zaprojektowaniu i uruchomieniu oficjalnej strony internetowej kampanii *Twoja krew - Moje życie* nie przekraczała wyrażonej w złotych równowartości kwoty 14.000 euro, dlatego wyboru realizatorów tego zadania nie przeprowadzono w trybie przepisów ustawy *Prawo zamówień publicznych*.

(dowód: akta kontroli str. 1530-1532, 1656, 1676-1679, 1814-1886)

¹⁵⁷ W 2012 r. w okresie od 8 października do 20 listopada 2012 r., a w 2013 r. w okresie od 2 października do 14 listopada 2013 r.

NCK przekazywało również materiały promocyjne m.in. dla PCK, IHiT oraz Ministerstwa Zdrowia. Według wyjaśnień Dyrektora NCK ilość przekazywanych materiałów została określona na podstawie uzgodnień pomiędzy dyrekcją poszczególnych jednostek oraz w oparciu o dostępne zasoby.

(dowód: akta kontroli str. 1656, 1661-1663)

W sprawie nieprzekazywania materiałów promocyjnych zakupywanych ze środków Programu samowystarczalności do WCKiK oraz CKiK MSW Dyrektor NCK wyjaśniła: zgodnie Programem działania promocyjne powinny być prowadzone na terenie działania RCKiK, ponadto w pierwotnej wersji programu z roku 2009 realizatorem zadania pt.: Propagowanie honorowego krwiodawstwa miały być RCKiK. Wobec powyższego przedstawiciele WCKiK oraz CKiK MSW są tylko zapraszani do współpracy przy opracowywaniu koncepcji, gdyż pobierają krew na terenie RP, jednak materiały promocyjne, otrzymują z puli NCK, na podstawie protokołów przekazania tych materiałów.

(dowód: akta kontroli str. 2040-2041)

W kwestii monitorowania sposobu wykorzystania przez RCKiK materiałów promocyjnych oraz prowadzenia kontroli prawidłowości realizacji umów w sprawie przekazania materiałów promocyjnych Dyrektor NCK wyjaśniła, że NCK dokonywało monitorowania wykorzystania przez centra krwiodawstwa materiałów promocyjnych poprzez analizę raportów przesyłanych w systemie kwartalnym oraz półrocznym w zakresie dystrybucji materiałów promocyjnych. W wyniku analiz, kiedy okazało się, iż niektóre RCKiK nie prowadzą dystrybucji materiałów promocyjnych, wówczas NCK bezpośrednio interweniowało w danym RCKiK.

(dowód: akta kontroli str. 1656-1657)

W sprawie podziału pomiędzy RCKiK materiałów promocyjnych zakupionych przed 2012 r. ze środków Programu samowystarczalności Dyrektor NCK wyjaśniła, że w 2011 r. nie były realizowane zakupy materiałów promocyjnych ze środków Programu (...). Natomiast w odniesieniu do dystrybucji materiałów promujących honorowe krwiodawstwo w 2010 r., ze środków ww. programu, NCK uprzejmie informuje, iż nie zna algorytmu podziału materiałów promocyjnych. Rozdzielnik został przygotowany przez ówczesną Główną Księgową NCK.

(dowód: akta kontroli str. 2103-2108)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli oraz uwzględniając działania podjęte podczas kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 o NIK, wnosi o zapewnienie rzetelnej weryfikacji rozliczeń udzielanych dotacji.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 14 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Opole, dnia 26 maja 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu

Kontrolerzy
Marzanna Wierzbicka
doradca techniczny

.....
podpis

.....
podpis

Marcin Blajda
starszy inspektor kontroli państwowej

.....
podpis