

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

DEPARTAMENT ZDROWIA

KZD.410.001.01/2015

Nr ewid. 118/2015/P/001/KZD

Informacja o wynikach kontroli
wykonania budżetu państwa w 2014 r.
w części 46 – Zdrowie
oraz wykonania planu finansowego
Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych

Warszawa czerwiec 2015 r.

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

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

**Informacja o wynikach kontroli
wykonania budżetu państwa w 2014 r.
w części 46 – Zdrowie
oraz wykonania planu finansowego Funduszu
Rozwiązywania Problemów Hazardowych**

Dyrektor Departamentu

Piotr Wasilewski

Piotr Wasilewski

Zatwierdzam:

Krzysztof Kwiatkowski

Krzysztof Kwiatkowski
Prezes

Najwyższej Izby Kontroli

Warszawa, *1* czerwca 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
tel./fax: 22 444 50 00
www.nik.gov.pl

Spis treści

I. Ocena kontrolowanej działalności	4
1. Ocena ogólna	4
2. Sprawozdawczość	6
3. Uwagi i wnioski	6
II. Wyniki kontroli wykonania budżetu państwa i budżetu środków europejskich w części 46 – Zdrowie	8
1. Dochody budżetowe.....	8
2. Wydatki budżetu państwa i budżetu środków europejskich	9
2.1. Wydatki budżetu państwa.....	9
2.2. Wydatki budżetu środków europejskich	23
2.3. Realizacja wydatków w układzie zadaniowym	27
3. Efekty realizacji programów i strategii w obszarze ochrony zdrowia.....	28
4. Sprawozdania	32
5. Księgi rachunkowe	32
6. Ustalenia innych kontroli	33
III. Wyniki kontroli wykonania planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.....	37
IV. Informacje dodatkowe.....	39

Najwyższa Izba Kontroli – Departament Zdrowia – na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, przeprowadziła kontrolę wykonania budżetu państwa w 2014 r. w części 46 – Zdrowie oraz wykonania planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

Kontrolę przeprowadzono pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności w Ministerstwie Zdrowia oraz Krajowym Biurze do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

Na podstawie art. 2 ust. 3 ustawy o NIK, kontrolę pod względem legalności i gospodarności, przeprowadzono w Stowarzyszeniu „Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego” i Fundacji Innowacyjnych Rozwiązań Społecznych i Terapeutycznych FIRST w Warszawie, wykorzystujących środki Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

Minister Zdrowia nadzorował 82 jednostki organizacyjne. Jedną z nich – Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym – utworzył w styczniu 2014 r. na podstawie art. 4 ust. 1-2 ustawy z dnia 22 lipca 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób². Ośrodek jest jednostką budżetową, a jego zadaniem jest prowadzenie postępowań terapeutycznych wobec osób stwarzających zagrożenie.

W 2014 r. w ramach części 46 funkcjonowało 6 dysponentów II stopnia i 24 dysponentów III stopnia (w tym Biuro Dyrektora Generalnego Ministerstwa Zdrowia).

Środki publiczne przeznaczone w 2014 r. na ochronę zdrowia wyniosły ogółem 74.561,1 mln zł i pochodziły z następujących źródeł:

- NFZ (po wyeliminowaniu dotacji z budżetu państwa) – 63.173,0 mln zł,
- budżetu państwa 7.357,6 mln zł, w tym Ministerstwa Zdrowia – 2.930,2 mln zł,
- budżetów jednostek samorządu terytorialnego – 4.030,5 mln zł.

I. Ocena kontrolowanej działalności

1. Ocena ogólna³

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że w części 46 – Zdrowie zaplanowano oraz zrealizowano wydatki budżetowe z zachowaniem zasad gospodarowania środkami publicznymi określonymi w ustawie z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁴ (ufp). Skontrolowane wydatki były celowe, a dokonane w trakcie roku zmiany planu wynikały z konieczności zapewnienia bieżącego finansowania zadań.

Przekazywanie i rozliczanie dotacji następowało zgodnie z zasadami wynikającymi z ustawy o finansach publicznych i innymi przepisami prawa.

Zrealizowane wydatki w części 46 wyniosły 4.266.668,1 tys. zł, co stanowiło 93,6% planu po zmianach. W porównaniu do 2013 r. były one niższe o 50.875,5 tys. zł, tj. o 1,2%. Wydatki budżetu środków europejskich wyniosły 372.060,9 tys. zł, co stanowiło 84,1% planu po zmianach. W porównaniu do wykonania 2013 r. były niższe o 28,0%.

W toku kontroli stwierdzono jednak następujące nieprawidłowości związane zwłaszcza z nierzetelnym przestrzeganiem terminów:

- nie opracowano i nie wdrożono procedur umożliwiających wypłacenie Narodowemu Funduszowi Zdrowia środków dotacji z budżetu państwa za świadczenia dla osób wymienionych w art. 2 ust. 1 pkt 3 i 4 oraz art. 12 pkt 2–4 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵ za lata 2013–2014,

¹ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

² Dz. U. z 2014 r., poz. 24.

³ W kontroli wykonania budżetu państwa w 2014 r. Najwyższa Izba Kontroli stosuje następujące oceny: pozytywna i negatywna. W przypadku gdy nie zostały spełnione kryteria ani dla oceny pozytywnej, ani dla negatywnej stosuje się ocenę opisową.

⁴ Dz. U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.

⁵ Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.

- wystąpiły opóźnienia w realizacji projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” P1, realizowanego przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, którego termin zakończenia (30 września 2014 r.) został przedłużony o ponad rok, tj. do 15 grudnia 2015 r., a dodatkowe wydatki na ten cel wyniosą 79.232,3 tys. zł, przy pierwotnie planowanej kwocie na ten projekt – 712.640,0 tys. zł,
- nieefektywnie wdrażano programy operacyjne w ramach Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014, w wyniku czego pierwotnie zaplanowane środki na ten cel w kwocie 100,1 mln zł zostały zmniejszone do 65,4 mln zł, z czego wydatkowano jedynie 17,4 mln zł, tj. 26,6% planu po zmianach i 17,4% pierwotnego planu,
- inwestycje wieloletnie w ochronie zdrowia nie były realizowane przez uczelnie zgodnie z przyjętymi harmonogramami, czego konsekwencją było niewykonanie zadań o wartości 157,1 mln zł, tj. 33,2% kwoty przyjętej w ustawie budżetowej na ten cel w 2014 r.; w 2013 r. wartość niewykorzystanych środków na inwestycje wieloletnie wyniosła 41,4 mln zł co stanowiło 12,1% zaplanowanych środków,
- z opóźnieniem realizowano zadania „Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych” z powodu późnego przekazania Radzie Ministrów harmonogramu przewidywanych działań co spowodowało, że z zaplanowanej kwoty 250.000,0 tys. zł nie wykorzystano 59.637,1 tys. zł (23,9%),
- wystąpiły opóźnienia w realizacji projektu „Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia – szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych” co spowodowało, że nie wykonano zaplanowanego budżetu projektu w 2014 r. w kwocie 2.211,1 tys. zł, tj. 77,1%,
- nie został zrealizowany wniosek Najwyższej Izby Kontroli dotyczący zaprzestania zawierania umów cywilnoprawnych spełniających warunki umów o pracę w Ministerstwie Zdrowia,
- w Ministerstwie Zdrowia nie dostosowano regulaminu organizacyjnego do obowiązującej struktury Ministerstwa, pomimo upływu ponad dwóch lat od dnia wejścia w życie zarządzenia Nr 95 Prezesa Rady Ministrów z dnia 26 października 2012 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie nadania statutu Ministerstwu Zdrowia⁶.

Oceniając wykonanie planu wydatków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, NIK wzięła pod uwagę wyniki kontroli przeprowadzonych w Ministerstwie Zdrowia, Krajowym Biurze do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii oraz w Instytucie Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i Fundacji Innowacyjnych Rozwiązań Społecznych i Terapeutycznych FIRST. Stwierdzono oszczędne gospodarowanie środkami Funduszu, które wydatkowano wyłącznie na realizację zadań określonych w art. 88 ust. 4 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych⁷, zgodnie z wymogami przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2010 r. w sprawie szczegółowych warunków uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, trybu składania wniosków oraz przekazywania środków z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych⁸.

Stan Funduszu, pomimo wydatkowania 9.944,5 tys. zł w 2014 r., zwiększył się o 15.153,0 tys. zł i wyniósł 88.810,0 tys. zł na koniec 2014 r. Wskazuje to na brak korelacji pomiędzy wysokością przychodów z dopłat a zakresem realizowanych zadań przewidzianych w ustawie o grach hazardowych.

W podmiotach korzystających ze środków tego Funduszu stwierdzono nieprawidłowości, polegające na wydatkowaniu dotacji bez zastosowania przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych⁹ (Pzp), pomimo iż był to wymóg wynikający z postanowień umów zawartych z Krajowym Biurem do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

⁶ M.P. z 2012 r., poz. 808.

⁷ Dz. U. z 2009 r. Nr 201, poz. 1540 ze zm.

⁸ Dz. U. z 2011 r. Nr 6, poz. 27 ze zm.

⁹ Dz. U. z 2013 r. poz. 907 ze zm.

2. Sprawozdawczość

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie zaopiniowała roczne sprawozdania za 2014 r. sporządzone przez dysponenta części 46 – Zdrowie:

- o stanie środków na rachunkach bankowych państwowych jednostek budżetowych (Rb-23),
- z wykonania planu dochodów budżetowych (Rb-27),
- z wykonania planu wydatków budżetu państwa (Rb-28),
- z wykonania planu wydatków budżetu państwa w zakresie programów realizowanych ze środków pochodzących z budżetu UE oraz niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie EFTA, z wyłączeniem wydatków na realizację Wspólnej Polityki Rolnej (Rb-28 Programy),
- z wykonania planu wydatków budżetu środków europejskich, z wyłączeniem wydatków na realizację Wspólnej Polityki Rolnej (Rb-28 UE),
- roczne sprawozdanie z wykonania wydatków budżetu państwa oraz budżetu środków europejskich w układzie zadaniowym (Rb-BZ1),

a także

- sprawozdania finansowe za IV kwartał 2014 r. o stanie należności oraz wybranych aktywów finansowych (Rb-N) i zobowiązań według tytułów dłużnych oraz poręczeń i gwarancji (Rb-Z).

Sprawozdania jednostkowe Ministerstwa Zdrowia sporządzone zostały na podstawie danych wynikających z ewidencji księgowej i przekazują prawdziwy obraz dochodów, wydatków, a także należności i zobowiązań 2014 roku.

Podstawą sporządzenia sprawozdań była ewidencja księgowa prowadzona w warunkach przyjętego systemu kontroli zarządczej w zakresie finansowym zawierającego wszystkie wymagane elementy określone w aktach prawnych i regulacjach wewnętrznych oraz obowiązujących standardach. W przyjętej koncepcji kontroli ustanowiono mechanizmy kontroli zapobiegające znaczącym ryzykom zidentyfikowanym w obszarze prowadzenia ksiąg rachunkowych i sporządzania sprawozdań, a ich działanie NIK oceniła jako skuteczne.

Nie stwierdzono nieprawidłowości w prowadzeniu ksiąg rachunkowych, obejmujących zapisy dotyczące dochodów i wydatków oraz związanych z nimi należności i zobowiązań.

Sprawozdania jednostkowe i łączne zostały sporządzone terminowo, rzetelnie, stosownie do przepisów rozporządzeń Ministra Finansów w sprawie: sprawozdawczości budżetowej¹⁰, sprawozdań jednostek sektora finansów publicznych w zakresie operacji finansowych¹¹, a także sprawozdawczości budżetowej w układzie zadaniowym¹².

3. Uwagi i wnioski

W celu wyeliminowania stwierdzonych nieprawidłowości Najwyższa Izba Kontroli uważa za celowe:

- 1) szczegółowe monitorowanie wdrażania projektów współfinansowanych ze środków MF EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009–2014 oraz zapewnienie sprawnej weryfikacji wniosków o płatność i rozliczania zaliczek na realizację projektów, w celu minimalizacji ryzyka utraty środków pochodzących z tych funduszy,
- 2) przygotowywanie aktualizacji programów inwestycji wieloletnich w oparciu o realne możliwości wykonawcze inwestorów, w celu optymalnego wykorzystania środków budżetowych przyznanych na ten cel,
- 3) opracowanie i wdrożenie procedur zmierzających do wypłacenia dla NFZ kwoty dotacji na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych ale nieubezpieczonych,
- 4) zawieranie umów z realizatorami programów polityki zdrowotnej w terminach umożliwiających ich realizację,

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie sprawozdawczości budżetowej (Dz. U. z 2014 r., poz. 119 ze zm.).

¹¹ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 4 marca 2010 r. w sprawie sprawozdań jednostek sektora finansów publicznych w zakresie operacji finansowych (Dz. U. Nr 43, poz. 247 ze zm., od 10 grudnia obowiązuje Dz. U. z 2014 r., poz. 1773).

¹² Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2011 r. w sprawie sprawozdawczości budżetowej w układzie zadaniowym (Dz. U. Nr 298, poz. 1766).

- 5) zapewnienie skutecznego nadzoru Ministra Zdrowia nad realizacją projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” P1 oraz projektu „Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia – szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych”, w celu ich ostatecznego zakończenia w przyjętych terminach,
- 6) zrealizowanie wniosku pokontrolnego z lat poprzednich dotyczącego zaprzestania zawierania umów cywilnoprawnych na realizację bieżących zadań Ministerstwa, które spełniają warunki umów o pracę,
- 7) dostosowanie regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia do obowiązującej struktury oraz zapewnienie aktualnej regulacji wewnętrznej w zakresie bezpieczeństwa informacji.

II. Wyniki kontroli wykonania budżetu państwa i budżetu środków europejskich w części 46 – Zdrowie

1. Dochody budżetowe

Zgodnie z założeniami przyjętymi do kontroli wykonania budżetu państwa w 2014 r., kontrola dochodów budżetowych w części 46 – Zdrowie została ograniczona do analizy porównawczej danych ujętych w rocznym sprawozdaniu budżetowym Rb-27 z wykonania planu dochodów budżetowych z wynikami roku ubiegłego.

Dochody budżetu państwa w części 46 wyniosły 226.693,5 tys. zł i były wyższe od prognozowanych o 32.740,5 tys. zł, tj. o 16,9%, oraz o 4.716,5 tys. zł, tj. o 2,0% niższe od dochodów osiągniętych w 2013 r.

Najwyższe dochody, w kwocie 198.985,8 tys. zł (87,8%), uzyskał Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych z tytułu opłat rejestracyjnych za dopuszczenie do obrotu produktów leczniczych, zmian porejestracyjnych, wydawanie pozwoleń na prowadzenie badań klinicznych oraz dopuszczenie do obrotu produktów biobójczych. Były one wyższe od prognozowanych o 25.427,8 tys. zł, tj. o 14,7%, ponieważ z dniem 1 stycznia 2014 r. podwyższono wysokość kwoty bazowej od której ustalano opłaty pobierane przez Urząd a także zwiększyła się liczba zmian porejestracyjnych wynikających z decyzji Komisji Europejskiej i rekomendacji grup roboczych Europejskiej Agencji Leków.

Dochody w kwocie 3.902,8 tys. zł, o 1.032,3 tys. zł (36,0%) wyższe od prognozowanych, uzyskano za pośrednictwem Głównego Inspektoratu Sanitarnego z tytułu opłat za graniczne kontrole sanitarne przewożonych towarów oraz za badania laboratoryjne i ocenę jakości zdrowotnej poszczególnych produktów.

Z tytułu opłat egzaminacyjnych, pobieranych przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, dochody wyniosły 1.216,8 tys. zł i były wyższe o 516,8 tys. zł od prognozowanych, z uwagi na wyższą niż planowano (o 48%) liczbę osób przystępujących do egzaminu. Opłaty za akredytację podmiotów leczniczych zrealizowane przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia wyniosły 1.395,7 tys. zł i były o 26,2% wyższe niż przewidywała prognoza.

Nieplanowane dochody zrealizowało Ministerstwo Zdrowia z tytułu:

- kar umownych przekazanych przez podmioty realizujące programy zdrowotne, w kwocie 1.273,3 tys. zł,
- wpłaty należności od NFZ za procedury wysokospecjalistyczne wykonane w 2013 r. dla obywateli państw UE uprawnionych w ramach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego – 315,5 tys. zł¹³,
- korekty rozliczeń umów na świadczenia wysokospecjalistyczne finansowane z budżetu państwa w 2013 r. – 126,8 tys. zł,
- odsetek bankowych od dotacji celowych przekazanych dla jednostek samorządu terytorialnego na wsparcie działań w zakresie przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe – 381 tys. zł,
- odsetek bankowych i zwrotów środków finansowych wynikających z rozliczeń umów realizowanych w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko oraz Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy – 467,9 tys. zł.

Dochody w kwocie 1.451,1 tys. zł wynikały głównie ze zwrotów niewykorzystanych środków budżetowych na realizację programów zdrowotnych.

Ministerstwo Zdrowia jako dysponent trzeciego stopnia z tytułu różnych opłat zrealizowało dochody w kwocie 6.191,5 tys. zł, w tym głównie za rozpatrzenie wniosków o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu leków. Były one wyższe od prognozowanych o 1.900,5 tys. zł, tj. o 44,3%, oraz niższe o 7.009,2 tys. zł, tj. o 53,1%, od dochodów osiągniętych w 2013 roku, ponieważ zmniejszyła się liczba wniosków.

Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia zrealizowało dochody w wysokości 786,7 tys. zł, o 339,5% wyższe od prognozy, głównie z tytułu odsetek przekazywanych przez beneficjentów Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko.

¹³ Wpłata dotyczyła należności budżetu państwa od NFZ za procedury wysokospecjalistyczne, wykonane w 2013 r. na terenie Polski osobom uprawnionym, tj. obywatelom ubezpieczonym w ramach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, zgodnie z art. 97 ust. 3b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Niższe od prognozowanych dochody zrealizowało Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant”, które za usługi świadczone przez Centralny Rejestr Niespokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej na rzecz wszystkich światowych ośrodków poszukujących i dobierających niespokrewnionych dawców szpiku uzyskało kwotę 1.799,9 tys. zł, tj. o 400,1 tys. niższą niż planowano.

Na koniec 2014 r., w części 46 – Zdrowie, wystąpiły należności¹⁴ w wysokości 18.287,9 tys. zł, w tym zaległości w kwocie 7.958,6 tys. zł. W porównaniu do 2013 r. należności były wyższe o 4.768,0 tys. zł, tj. o 35,3%, zaś zaległości były niższe o 2.664,3 tys. zł, tj. o 25,1%.

Zwiększenie należności było przede wszystkim konsekwencją wyroku Międzynarodowego Centrum Rozstrzygania Sporów Inwestycyjnych (Trybunału Arbitrażowego), w związku z którym wystawiono inwestorom zagranicznym wezwanie do zapłaty w kwocie 1.240,8 tys. USD, tj. 4.335,1 tys. zł, tytułem zwrotu kosztów postępowania w sprawie budowy na terytorium Polski fabryki frakcjonowania osocza w Mielcu.

Wzrost należności o 1.929,9 tys. zł wynikał z rozliczeń umów z podmiotami realizującymi programy polityki zdrowotnej. Należności z tego tytułu wyniosły na koniec 2014 r. 3.079,9 tys. zł, w tym z tytułu dwóch kar umownych 368,0 tys. zł.

Należności dotyczyły także m.in.:

- odsetek od nierozliczonych w terminie zaliczek oraz środków wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem, z naruszeniem procedur, pobranych nienależnie lub w nadmiernej wysokości, naliczonych przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) beneficjentom realizującym projekty w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko – 7.418,8 tys. zł,
- rozliczenia umów na realizację wysokospecjalistycznych procedur medycznych – 1.377,6 tys. zł.

Zaległości, w kwocie 5.087,3 tys. zł, powstały w wyniku niezapłacenia w terminie należności budżetu państwa z tytułu naliczonych beneficjentom przez CSIOZ odsetek, a w kwocie 535,8 tys. zł – z tytułu kar umownych, w związku z realizacją zadań w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko oraz Innowacyjna Gospodarka. Zaległości w kwocie 1.043,5 tys. zł dotyczyły niewzróconych środków po rozliczeniu umów na realizację wysokospecjalistycznych procedur medycznych, w kwocie 307,2 tys. zł rozliczenia dotacji celowej na wsparcie działań w zakresie przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a 368,0 tys. zł – kar umownych naliczonych dwóm realizatorom programów zdrowotnych.

Żadna z należności budżetowych nie uległa przedawnieniu.

2. Wydatki budżetu państwa i budżetu środków europejskich

2.1. Wydatki budżetu państwa

W ustawie budżetowej na rok 2014¹⁵ wydatki budżetu państwa w części 46 – Zdrowie zostały zaplanowane w wysokości 4.039.086,0 tys. zł. W toku realizacji budżetu plan został zwiększony ze środków rezerw celowych o kwotę 519.029,3 tys. zł i wyniósł po zmianach 4.558.115,3 tys. zł.

Decyzje o zwiększeniu planu wydatków dotyczyły w szczególności:

1. wsparcia działań w zakresie przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
2. zwiększenia od dnia 1 stycznia 2014 r. wynagrodzeń pracowników szkół wyższych,
3. uzupełnienia wydatków na ubezpieczenie społeczne w ramach przyznanej dotacji podmiotowej dla uczelni medycznych,
4. sfinansowania skutków wynikających z wejścia w życie ustawy z dnia 27 września 2013 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw¹⁶,
5. dofinansowania zadań w programach i projektach wdrażanych z udziałem środków europejskich,
6. pokrycia wydatków związanych z utworzeniem oraz działalnością bieżącą Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dys socjalnym w Gostyninie,
7. sfinansowania zobowiązań Skarbu Państwa wynikających z prawomocnych wyroków sądów.

¹⁴ Sprawozdanie RB-27 roczne, według stanu na dzień 12 marca 2015 r.

¹⁵ Dz. U. 2014 r., poz. 162.

¹⁶ Dz. U. z 2013 r., poz. 1245.

Finansowego wspierania przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej dokonywano na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (art. 190–203). Rezerwa na ten cel w poz. 47 zaplanowana została w kwocie 338.030,1 tys. zł, zaś na przekształcenia spoz przekazano 61.572,6 tys. zł. Pozostałe środki tej rezerwy, po uzyskaniu opinii Komisji Finansów Publicznych Sejmu RP, przeznaczono m.in. na sfinansowanie zakupu czynników krzepnięcia zabezpieczających pacjentów chorych na hemofilię i inne skazy krwotoczne w ramach „Narodowego programu leczenia chorych na Hemofilię i pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2012 – 2018” w wysokości 172.164,0 tys. zł, na realizację programu leczenia antyretrowirusowego osób żyjących z HIV w Polsce – 39.995,1 tys. zł, finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych – 50.000 tys. zł. Łącznie z tej rezerwy wykorzystano 336.939,8 tys. zł.

Na zadania związane z kształceniem studentów stacjonarnych i kształceniem uczestników stacjonarnych studiów doktoranckich i kadr naukowych zwiększono wynagrodzenia pracowników 13 uczelni i wydziałów medycznych (poz. 40), od dnia 1 stycznia 2014 r., na co przewidziano i wykorzystano kwotę 123.619,0 tys. zł.

Na zmiany systemowe oraz niektóre zmiany organizacyjne (poz. 73) związane ze zwiększeniem dotacji podmiotowej z budżetu państwa dla uczelni medycznych przeznaczono 18.626,1 tys. zł na zadania, o których mowa w art. 94 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r., poz. 572 ze zm.), w związku z podwyższeniem od 1 lutego 2012 r. składki rentowej o 2% po stronie pracodawcy oraz dla Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych – 9.957,0 tys. zł. Prezes Urzędu 21 lutego 2014 r. zwrócił się do Ministerstwa Zdrowia o przyznanie na nowe zadania 12.415,0 tys. zł. Po korespondencji trwającej do lipca 2014 r. liczbę proponowanych przez Urząd etatów zmniejszono z 38 do 30, a Minister Zdrowia 21 lipca 2014 r. złożył wniosek o uruchomienie środków z rezerwy w wysokości 9.957,0 tys. zł. Minister Finansów wydał stosowną decyzję 30 września 2014 r., co uniemożliwiło Urzędowi wykorzystanie 7.600,0 tys. zł, na opracowanie oprogramowania w celu przebudowy systemu monitorowania działań niepożądanych w terminie do końca 2014 r. Ponadto, z rezerwy tej przeznaczono 1.103,1 tys. zł na uzupełnienie wydatków na ubezpieczenia społeczne pracowników.

W ramach dofinansowania zadań w programach i projektach wdrażanych z udziałem środków europejskich (poz. 8) przeznaczono kwotę 20.590,6 tys. zł, z której nie wykorzystano 8.181,9 tys. zł. Kwota w wysokości 2.287,1 tys. zł nie została wykorzystana na realizację „Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (Projekt P1) z powodu odstąpienia wykonawcy od umowy, trudności w integracji systemów oraz odbioru niektórych produktów P1. Kwoty 5.871,1 tys. zł nie wykorzystano na przebudowę, rozbudowę, remont i doposażenie obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym z powodu jej niewykorzystania przez beneficjentów¹⁷ i konieczności zwrotu dotacji do końca roku w części jaka nie została wykorzystana. Dotyczyło to m.in. rozbudowy Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu (moduł C) w ramach Ogólnopolskiego Centrum Kliniczno-Naukowego Transplantacji Płuc i Serca oraz Leczenia Mukowiscydozy (5.365,3 tys. zł), zakupu sprzętu medycznego i modernizacji budynków Instytutu Kardiologii w Warszawie (450,0 tys. zł).

Z zaplanowanej kwoty 4.033,2 tys. zł na pokrycie wydatków związanych z utworzeniem oraz działalnością bieżącą Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie (poz. 43) wykorzystano 3.716,5 tys. zł.

Na sfinansowanie zobowiązań Skarbu Państwa (poz. 16) wynikających z prawomocnych wyroków sądów przyznano i wykorzystano ogółem 1.082,3 tys. zł.

Zmiany w planie były celowe i zgodne z zasadami wynikającymi z art. 171 ustawy o finansach publicznych. Ze środków rezerw celowych w kwocie ogółem 519.029,3 tys. zł, nie wydatkowano 18.291,5 tys. zł.

Minister Zdrowia dopiero w dniu 23 grudnia 2014 r. dokonał blokady środków budżetowych w kwocie ogółem 184.342,0 tys. zł, z powodu ich niewykorzystania na realizację:

- pięciu inwestycji wieloletnich w kwocie ogółem 143.914,0 tys. zł,
- programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” – 27.532,0 tys. zł,
- programu wieloletniego „Narodowy program rozwoju medycyny transplantacyjnej” – 5.296,0 tys. zł,
- wydatków inwestycyjnych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych – 7.600,0 tys. zł, pochodzących z rezerwy celowej (poz. 73).

¹⁷ Priorytet XII „Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia, działania 12. 2.

Zrealizowane w części 46 wydatki wyniosły 4.266.668,1 tys. zł, co stanowiło 93,6% planu po zmianach. W porównaniu do 2013 r. były one niższe o 50.875,5 tys. zł, tj. o 1,2%. Niższa, niż przewidywano kwota wydatków wynikała przede wszystkim z zaplanowania nadmiernych kwot na wieloletnie programy inwestycyjne.

Największy udział miały wydatki w dziale 851 – Ochrona zdrowia, które wyniosły 2.560.678,6 tys. zł, tj. 90,0% planu. Stanowiły one 34,8% ogółu wydatków budżetu państwa w tym dziale i ok. 3,4% nakładów poniesionych ze środków publicznych w 2014 r. na ochronę zdrowia (bez środków z budżetu UE).

Wydatki w dziale 803 – Szkolnictwo wyższe wyniosły 1.627.290,2 tys. zł, tj. 100%. Stanowiły one 11,3% ogółu wydatków budżetowych w 2014 r. na szkolnictwo wyższe (bez środków UE).

Wydatki na utrzymanie Ministerstwa Zdrowia wyniosły 54.742,0 tys. zł i stanowiły 1,3 % wydatków w tej części.

W strukturze wydatków według grup ekonomicznych dotacje stanowiły 48,1%, wydatki bieżące jednostek budżetowych 36,3%, wydatki majątkowe – 14,0%, współfinansowanie projektów UE – 1,5% a świadczenia na rzecz osób fizycznych – 0,1%.

Dotacje budżetowe

Wydatki na dotacje wyniosły 2.050.876,4 tys. zł i stanowiły 99,7% planu po zmianach (2.056.362,9 tys. zł) a w porównaniu do 2013 r., kiedy takie wydatki wyniosły 2.077.978,3 tys. zł, były niższe o 1,3%.

Dotacje podmiotowe na działalność dydaktyczną publicznych uczelni medycznych, wydziałów medycznych uniwersytetów i Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego wyniosły 1.495.897,4 tys. zł i w stosunku do 2013 r. wzrosły o 9,1%. Wzrost ten wynikał głównie z waloryzacji wynagrodzeń pracowników uczelni medycznych (wraz z pochodnymi) oraz zwiększenia wysokości składki rentowej, na co przeznaczono środki z rezerwy celowej budżetu państwa w kwocie 142.245 tys. zł. Na pomoc materialną dla studentów i doktorantów dotacje wyniosły 99.237,0 tys. zł i były o 2,4% wyższe, niż w 2013 r.

Dotacje podmiotowe otrzymały także:

- SPZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w kwocie 99.746,0 tys. zł,
- Agencja Oceny Technologii Medycznych w kwocie 5.969,2 tys. zł, tj. o 15,2% mniej, niż zaplanowano w ustawie budżetowej (7.042,0 tys. zł), ponieważ Agencja otrzymała mniejszą liczbę zleceń do realizacji niż zakładała, niższa była również liczba posiedzeń Rady Przejrzystości,
- Główna Biblioteka Lekarska w kwocie 11.005,0 tys. zł.

W uczelniach medycznych i wydziałach medycznych uniwersytetów, w roku akademickim 2014/2015 kształci się 65,0 tys. studentów, tj. o 0,3% więcej niż w roku poprzednim. W porównaniu do roku 2010/2011 liczba studentów spadła o 3%. W systemie stacjonarnym rok akademicki rozpoczęło 54,8 tys. studentów, co oznacza wzrost o 2,6% w porównaniu do roku poprzedniego i o 8,0% w porównaniu do roku akademickiego 2010/2011. Zmniejszyła się natomiast o 37,4% liczba studentów na studiach niestacjonarnych, z 16,2 tys. (w roku akademickim 2010/2011) do 10,2 tys. (w roku 2014/2015).

Zmniejszyła się corocznie łączna liczba absolwentów z 17,4 tys. w 2011 r., do 16,2 tys. w 2014 r., przy czym w tym samym okresie liczba absolwentów studiów stacjonarnych wzrosła z 11,6 tys. w 2011 r. do 12,9 tys. w 2014 r.

W okresie 4 lat o 9,0% wzrosła liczba absolwentów kierunku lekarskiego, z 2 726 w 2011 r. do 2 970 w 2014 r., przy czym w ostatnich dwóch latach pozostawała na tym samym poziomie. Wzrosła liczba absolwentów na kierunku położnictwo z 982 do 1 075 (wzrost o 9,5%). W tym samym okresie zmniejszyła się liczba absolwentów kierunku lekarsko-dentystycznego z 879 do 808 (spadek o 8,1%) oraz na kierunku pielęgniarstwo (bez studiów pomostowych) z 2 935 do 2 769 (spadek o 5,7%).

W ostatnich czterech latach dotacja z części 46 budżetu państwa na działalność dydaktyczną dla uczelni medycznych wzrosła z 1,22 mld zł do 1,49 mld zł, tj. o 22,1%.

Dotacje celowe w wysokości 61.572,6 tys. zł zostały w 2014 r. udzielone jednostkom samorządu terytorialnego na przekształcenia 13 spoz w spółki kapitałowe, na zasadach określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁸. W latach 2012-2013 w spółki przekształcono 32 spoz, w tym spoz w Polanicy Zdroju dla którego podmiotem tworzącym był Minister Zdrowia, na co wydatkowano 268.163,4 tys. zł. Łącznie liczba przekształconych spoz stanowiła zaledwie 9% z przewidywanych 500, na co wykorzystano 23,6% środków

¹⁸ Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.

zaplanowanych na ten cel w rezerwach celowych. Jak ustalono w kontroli „Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe”, przyczyną były nietrafne przewidywania odnośnie samorządów zainteresowanych przekształceniami spzoz.

W ramach dotacji celowych sfinansowano:

- realizację zadań regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa i Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, określonych w ustawie z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi¹⁹ – w kwocie 92.288,4 tys. zł,
- zadania realizowane przez fundacje, stowarzyszenia oraz pozostałe jednostki z zakresu zapobiegania i zwalczania HIV/AIDS w kwocie 1.488,3 tys. zł,
- zwalczanie narkomanii – 5.397,4 tys. zł oraz przeciwdziałanie alkoholizmowi – 902,0 tys. zł,
- zadania publiczne samorządu lekarskiego, aptekarskiego, pielęgniarek i położnych w kwocie 6.031,0 tys. zł,
- zadania publiczne z zakresu ochrony zdrowia organizacjom pozarządowym w kwocie 796,6 tys. zł,
- zadania zlecane w zakresie statystyki publicznej instytutom badawczym w kwocie 594,6 tys. zł.

Dotacja celowa dla NFZ na sfinansowanie świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom nieobjętym obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego wyniosła 156.025,6 tys. zł, a na leczenie obywateli polskich za granicą 13.908,3 tys. zł.

W 2014 r. nie zostały wdrożone procedury umożliwiające wypłacenie Narodowemu Funduszowi Zdrowia prawidłowej kwoty dotacji na finansowanie świadczeń dla osób uprawnionych ale nieubezpieczonych, na co NIK zwróciła uwagę w trakcie kontroli wykonania budżetu państwa w 2013 r. W 2014 r. na ten cel zaplanowano środki w wysokości 164.775,0 tys. zł. W ciągu roku plan ten został zmniejszony do kwoty 156.075,0 tys. zł i zrealizowany w kwocie 156.025,6 tys. zł na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej osobom wymienionym w art. 2 ust. 1 pkt 2 oraz art. 12 pkt 9 ustawy o świadczeniach, z czego kwota w wysokości 3.537,8 tys. zł stanowiła rozliczenie dotacji za 2013 r.

Nie zostały rozliczone i wypłacone środki za świadczenia dla osób wymienionych w art. 2 ust. 1 pkt 3 i 4 oraz art. 12 pkt 2-4 i 6 ustawy o świadczeniach, których koszt w 2014 r., zgodnie ze sprawozdaniami NFZ, wyniósł 707.430,2 tys. zł i był niższy w porównaniu z 2013 r. o 237.823,0 tys. zł²⁰, tj. 25,2% oraz wyższy w porównaniu z 2012 r. o 587.299,3 tys. zł, tj. o 588,9%.

Według wyjaśnień Prezesa Funduszu, udzielonych Ministrowi Zdrowia w 2013 r., główną przyczyną wzrostu liczby i wartości świadczeń w porównaniu do 2012 r. było ich ujawnienie w wyniku wprowadzenia systemu e-WUŚ. W związku z tą modyfikacją możliwe stało się przyporządkowanie do grupy nieubezpieczonych „dzieci do 18 roku życia” również dzieci niezgłoszonych do ubezpieczenia przez rodziców lub opiekunów prawnych, którzy byli ubezpieczeni. Zdaniem Funduszu ubezpieczeniem zdrowotnym objęte są jedynie te osoby, co do których nastąpiło poprawne zgłoszenie do ubezpieczenia, a więc dzieci niezgłoszone do ubezpieczenia przez pracujących rodziców powinny mieć świadczenia finansowane z budżetu państwa. Z takim uzasadnieniem nie zgodził się Minister Zdrowia uznając że działanie systemu e-WUŚ nie może przesądzać o statusie ubezpieczonego.

W lutym 2014 r. Minister powołał Zespół do przygotowania sposobu weryfikacji uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pochodzących z dotacji budżetu państwa, o której mowa w art. 97 ust. 8 ustawy o świadczeniach (dotacja na sfinansowanie świadczeń dla osób uprawnionych, ale nieubezpieczonych i dotacja na leczenie Polaków za granicą). Minister zaakceptował propozycję Zespołu w sprawie rozwiązania istniejącego sporu, polegającą na zmianie ustawy o świadczeniach. Zgodnie z propozycją dotacja wynikająca z art. 97 ust. 8 byłaby rokrocznie wypłacana w formie ryczałtu wyliczonego na podstawie danych z 2013 r. w wysokości 320.232 tys. zł. Do takiej wysokości Minister wypłaciłby dotację za 2013 r. i 2014 r. Oznacza to, że za nierozliczone świadczenia udzielone w 2013 r. Fundusz otrzymałby kwotę w wysokości 168.747,0 tys. zł, a za świadczenia udzielone w 2014 r. kwotę w wysokości 153.836,4 tys. zł. Do dnia zakończenia kontroli nie został zakończony proces legislacyjny pozwalający na wprowadzenie tych zmian.

NIK zwraca również uwagę, że ustawa budżetowa na 2015 r. przewiduje wydatki budżetu państwa na sfinansowanie świadczeń udzielanych osobom nieubezpieczonym oraz leczenie Polaków za granicą do wysokości 180.204,0 tys. zł, tj. o ponad 140 mln zł niższe, niż proponowana kwota ryczałtu z tego tytułu.

¹⁹ Dz. U. z 2014 r., poz. 332.

²⁰ Wartość udzielonych i nierozliczonych świadczeń w 2013 r. wyniosła 945.253,2 tys. zł.

Kontrola udzielenia trzem jednostkom dotacji celowych na realizację powierzonych zadań, na które Minister Zdrowia wydatkował 899,7 tys. zł²¹ w 2014 r. wykazała, że przekazywanie i rozliczanie dotacji następowało zgodnie z zasadami wynikającymi z ustawy o finansach publicznych i innymi przepisami prawa. Prawdopodobnie została też przekazana i rozliczona dotacja celowa dla NFZ w wysokości 13.908,3 tys. zł na leczenie Polaków za granicą. Przekazane środki zostały wykorzystane zgodnie z przeznaczeniem.

Ponadto, ze środków Funduszu Pracy w kwocie 830.063,2 tys. zł, Ministerstwo Zdrowia finansowało w 2014 r.:

- obowiązkowy staż podyplomowy wszystkim lekarzom, lekarzom denty stom oraz pielęgniarkom i położnym, którzy w 2014 r. staż ten kontynuowali lub go rozpoczęli (razem 8,1 tys. osób),
- koszty wynikające z umów zawartych w latach ubiegłych z podmiotami zatrudniającymi rezydentów oraz koszty wynikające z nowych umów zawartych na zatrudnienie rezydentów w 2014 r. (15,2 tys. osób),
- koszty wynikające z umów zawartych z organizatorami szkoleń specjalizacyjnych pielęgniarek i położnych oraz koszty z tytułu nowych umów zawartych na specjalizacje rozpoczęte w 2014 r. dla 5,5 tys. osób.

W porównaniu do 2013 r. wydatki z Funduszu Pracy były niższe o 170,9 tys. zł.

Wydatki bieżące jednostek budżetowych

Zrealizowane wydatki bieżące w części 46 wyniosły 1.549.696,9 tys. zł, tj. 97,4% planu po zmianach i były wyższe od wykonania w 2013 r. o 53.700,8 tys. zł, tj. o 3,6%. Na zakup leków, wyrobów medycznych i produktów biobójczych wydatkowano 680.677,8 tys. zł, a na usługi zdrowotne 541.279,7 tys. zł, w tym na świadczenia wysokospecjalistyczne 382.203,7 tys. zł.

Na realizację 11 programów polityki zdrowotnej, finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia, wydatkowano 920.731,7 tys. zł, w tym na wydatki bieżące 762.619,9 tys. zł.

W programie „**Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce**” leczeniem objęto 7 881 osób i wydatkowano 272.780,9 tys. zł, w tym na zakup leków 269.504,8 tys. zł. Liczba pacjentów leczonych ARV wzrosła z 7 110 w 2013 r. do 7 881 w 2014 r. Wydatki te w porównaniu do roku 2013 były niższe o 7.295,8 tys. zł, ponieważ m.in. niższe były koszty testów diagnostycznych.

Na realizację „**Narodowego Programu Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2012–2018**” wydatkowano 296.893,0 tys. zł, w tym na zakup koncentratów czynników krzepnięcia i desmopresyny 296.581,6 tys. zł i w porównaniu do roku 2013 r. wydatki były wyższe o 54.528,9 tys. zł. Liczba pacjentów którym wydano koncentraty krzepnięcia wzrosła z 2 245 w roku 2013 do 2 359 w roku 2014.

W „**Narodowym Programie wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego Polkad na lata 2013–2016**” wydatkowano 5.352,2 tys. zł i zrealizowano m.in. zadania: Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w Polsce w zakresie chorób układu krążenia wykonując badania analityczne u 3 075 osób, Program profilaktyczny wczesnego wykrywania miażdżycy tętnic kończyn dolnych, w ramach którego zaproszono do udziału 55 poradni z 10 województw.

W ramach „**Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej**” wydatkowano 15.556,3 tys. zł i m.in. zatrudniono 233 koordynatorów pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów w szpitalach, przeznaczając na to 1.889,4 tys. zł. Na rozwój rejestrów dawców szpiku wydatkowano 8.805,8 tys. zł i badaniem genetycznym objęto 23 864 potencjalnych niespokrewnionych dawców szpiku. Na zadania Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek wydatkowano 1.821,1 tys. zł.

W „**Programie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013–2016**” w 2014 r. uzyskano 3 677 ciąż klinicznych pojedynczych oraz 250 ciąż wielopłodowych na 12 965 przeprowadzonych transferów zarodka (30,3% skuteczności) i odnotowano 1 079 urodzeń żywych, przy wydatkach 79.916,9 tys. zł.

Na „**Program badań przesiewowych noworodków w Polsce**” wydatkowano 19.876,8 tys. zł i zrealizowano 1 482,9 tys. badań.

W „**Programie kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu i noworodków na lata 2014–2017**” wykonano 207 zabiegów i wydatkowano 1.246,5 tys. zł.

Wydatki bieżące „**Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych**” wyniosły 67.134,7 tys. zł, tj. 74,6% planu, w ramach którego zrealizowano m.in. następujące zadania:

²¹ Naczelna Izba Lekarska w Warszawie – 363,1 tys. zł, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Katowicach – 287,3 tys. zł, Narodowy Fundusz Zdrowia – Program „Akademia NFZ” 249,3 tys. zł.

- Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy oraz Populacyjny Program wczesnego wykrywania raka piersi, w którym m.in. wysłano 3 375,7 tys. zaproszeń na badania cytologiczne i 2 852,8 tys. zaproszeń na badania mammograficzne²² i wydatkowano 24.437,6 tys. zł,
- Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego (17.571,7 tys. zł), w którym wykonano 36 910 badań kolonoskopowych,
- Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe moduł I (8.459,4 tys. zł) obejmując opieką 13 384 pacjentki,
- Program poprawy działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach²³, na który wydatkowano 1.692,5 tys. zł.

W ramach „Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych”²⁴ w 2014 r. nie zrealizowano czterech programów edukacyjnych, na które przewidziano 4.044,1 tys. zł z powodu, jak wyjaśniono, niespełnienia wymagań konkursowych. Nie zrealizowano m.in. szkoleń dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z zakresu diagnostyki onkologicznej, zasad kierowania na leczenie i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym, na które zaplanowano 2.600,0 tys. zł. Konkurs ofert obejmował wybór realizatora szkoleń na terenie całej Polski dla nie mniej, niż 3 tys. lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w 2014 r. i 7 tys. w 2015 r. i ogłoszony został dopiero 12 września 2014 r. z terminem złożenia ofert do 13 października 2014 r. Złożone oferty nie spełniły jednak wymogów formalnych. Nie spełniała również wymogów oferta Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej Curie w Warszawie, co nie stanowiło przeszkody aby Ministerstwo Zdrowia w dniu 31 października zawarło porozumienie na podstawie którego Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej Curie w Warszawie bezpłatnie przeszkoliło 992 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów. Liczba przeszkolonych w 2014 r. lekarzy stanowiła zaledwie 33,1% planowanych do przeszkolenia w ramach programu.

Na badania przesiewowe dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego, wydatkowano 17.432,1 tys. zł, tj. 89,5% planowanych środków z powodu niższej od planowanej liczby wykonanych badań. Podobnie, na opiekę nad rodzinami wysokiego dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe wydatkowano 9.931,1 tys. zł, tj. 72,3% planu.

Na sfinansowanie, z budżetu państwa, świadczeń wysokospecjalistycznych wydatkowano 382.203,7 tys. zł, w tym 375.371,2 tys. zł w ramach umów ze świadczeniodawcami na 2014 r., 454,0 tys. zł w ramach rozliczenia umów na 2013 r. i 6.378,5 tys. zł na świadczenia w trybie ratującym życie ponad limity określone umowami na 2013 r. i 2014 r. Łączne środki przeznaczone na sfinansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych były wyższe o 18,0% niż w 2012 r. i o 2,3% niż 2013 r. Najwyższy wzrost wartości świadczeń, w stosunku do 2013 r., nastąpił w przypadku mechanicznego, pozaustrojowego wspomaganie serca pulsacyjnymi sztucznymi komorami o 26,5%, przezskórnego lub innego dostępu wszczepiania zastawek serca o 24,1% i przeszczepienia komórek przytarczyc o 15,8%. Spadek wydatków wystąpił m.in. w przypadku: świadczeń przeszczepienia komórek wysp trzustkowych o 85,7%, wideotorakoskopowej ablacji w ciężkim, niepoddającym się leczeniu farmakologicznemu migotaniu przedsionków o 15,4% oraz przeszczepienia serca o 12,3%. W latach 2012–2014 nie były wykonywane równoczesne przeszczepienia płuca i serca.

W ramach zawartych umów ze świadczeniodawcami Minister Zdrowia sfinansował w 2014 r. 13 391 świadczeń wysokospecjalistycznych, tj. o 9,7% więcej niż w 2012 r. i o 1,5% więcej niż w 2013 r., w tym 481 świadczeń transplantacyjnych: 364 przeszczepień wątroby, 75 serca, 19 płuca, 22 komórek przytarczyc i jedno świadczenie przeszczepienia komórek wysp trzustkowych. Ponadto wykonano 12 910 świadczeń kardiologicznych i kardiochirurgicznych: 44 wideotorakoskopowe ablacje w ciężkim niepoddającym się leczeniu farmakologicznemu migotaniu przedsionków, 1 272 operacje wad wrodzonych serca i wielkich naczyń u dzieci do ukończenia 1 roku życia, z wyłączeniem operacji izolowanych przewodów tętnicznych, 9 340 operacji wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym, 474 przezskórne lub innego dostępu wszczepiania zastawek serca, 1 534 kardiologiczne zabiegi interwencyjne u dzieci do lat 18, w tym przezskórne zamykania przecieków z użyciem zestawów zamykających i 246 zabiegów mechanicznego, pozaustrojowego wspomaganie serca sztucznymi komorami.

²² Koszty badań mammograficznych i cytologicznych są pokrywane przez NFZ.

²³ Krajowy Rejestr Nowotworów funkcjonuje na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów (Dz. U. z 2012 r., poz. 1497 ze zm.).

²⁴ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczenia chorób nowotworowych” (Dz. U. Nr 143, poz. 1200 ze zm.).

Z badania 19 umów o wartości 41.529,3 tys. zł, dotyczących kardiologicznych zabiegów interwencyjnych u dzieci do lat 18, w tym przeszskórnego zamykania przecieków z użyciem zestawów zamykających i świadczeń mechanicznego, pozaustrojowego wspomaganie serca sztucznymi komorami – procedura 11 i 12²⁵, wynika, że realizatorzy świadczeń spełniali wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2009 r. w sprawie przeprowadzania konkursu ofert na realizację świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa²⁶.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w umowach podpisanych 31 grudnia 2013 r. na wykonywanie świadczeń wysokospecjalistycznych na 2014 r. w przypadku procedury 11 i 12, występowały znaczne różnice w cenach za świadczenie. W przypadku procedury 11 cena za świadczenie w podwariancie 1 wynosiła od 5,9 tys. zł do 7,8 tys. zł, a cena w podwariancie 2 od 22,0 tys. zł do 25,0 tys. zł. W przypadku procedury 12 cena za świadczenie wynosiła w podwariancie 1 od 88,0 tys. zł do 125,0 tys. zł, w podwariancie 2 od 117,5 tys. zł do 145,0 tys. zł, w podwariancie 3 od 40,0 tys. zł do 73,0 tys. zł, w podwariancie 4 od 68,0 tys. zł do 100,0 tys. zł, w podwariancie 5 od 95,2 tys. zł do 130,0 tys. zł, w podwariancie 7 od 260,8 tys. zł do 360,8 tys. zł, w podwariancie 9 od 295,1 tys. zł do 352,3 tys. zł.

Wyjaśniono, że w świetle ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, ceny świadczeń nie były cenami sztywnymi, ale kształtowanymi w drodze negocjacji i uwzględniały przedstawione przez świadczeniodawców koszty udzielenia świadczenia wysokospecjalistycznego oraz ceny takich świadczeń określone w umowach zawartych w dwóch poprzednich latach. Minister Zdrowia mając na uwadze występujące różnice cenowe świadczeń wysokospecjalistycznych oraz związane z ich realizacją wysokie koszty, wskazał na konieczność ujęcia zadań związanych z wyceną kosztową świadczeń wysokospecjalistycznych z zakresu kardiologii dziecięcej do planu taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na 2015 r.

Zrealizowane wydatki bieżące Ministerstwa Zdrowia, jako dysponenta trzeciego stopnia, wyniosły 76.043,7 tys. zł, tj. 94,3% planu po zmianach i były wyższe od wykonania w 2013 r. o 4.130,4 tys. zł, tj. 5,7%. Wyższe, niż w 2013 r. wydatki spowodowane były w szczególności zakupem usług remontowo-konserwatorskich w obiektach zabytkowych użytkowanych przez Ministerstwo, wyższymi składkami do organizacji międzynarodowych, w tym składki na WHO o ponad 400 tys. USD oraz wzrostem kursu dolara.

Wydatki na utrzymanie Ministerstwa Zdrowia wyniosły 54.742,0 tys. zł, tj. 96,1% planu po zmianach i stanowiły 1,3% wydatków w części. Były one wyższe od wykonania w 2013 r. o 3.047,2 tys. zł, tj. 5,9%. W ramach tych środków realizowano remonty w obiektach zabytkowych będących w użytkowaniu Ministerstwa Zdrowia m.in. remont elewacji Pałacu Pacy, wymianę części okien i drzwi zewnętrznych, częściową wymianę pokrycia dachowego, remont sanitariatów oraz wykonanie zabezpieczenia przeciwwilgotnościowego.

Skontrolowane w Ministerstwie Zdrowia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego zostały przeprowadzone zgodnie z obowiązującymi procedurami określonymi ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

W Ministerstwie Zdrowia, w ramach prowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem było wykonanie remontu sanitariatów w budynku Ministerstwa, wykluczono ofertę wykonawcy, który wykazał wykonanie 12 robót z szerokim zakresem prac obejmującym prace budowlane rozbiórkowe, ogólnobudowlane, instalacyjne wodno-kanalizacyjne oraz instalacyjne elektryczne (wykonawca przedłożył referencje potwierdzające staranne, terminowe, zgodne z wymogami sztuki budowlanej i zawartymi umowami zrealizowanie powierzonych zadań, w tym remontów przeprowadzonych w obiektach wpisanych do rejestru zabytków). Zamawiający uznał, że wykonawca ten nie wykazał spełnienia, określonego w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, warunku udziału w postępowaniu, polegającego na wykonaniu co najmniej 2 robót budowlanych odpowiadających przedmiotowi zamówienia (remont sanitariatów), w obiekcie wpisanym do rejestru zabytków lub na obszarze wpisanym do rejestru zabytków, o wartości nie mniejszej niż 300 000 PLN brutto i wykluczył go z postępowania. Wyjaśnił także, że wykonawca nie skorzystał z przysługujących mu narzędzi odwoławczych przewidzianych w przepisach Pzp.

²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji (Dz. U. z 2013 r., poz. 1445).

²⁶ Dz. U. z 2009 r. Nr 183, poz. 1435, uchylony z dniem 28 sierpnia 2014 r. przez art. 1 pkt 10 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r., poz. 1138 ze zm.)

NIK zwraca uwagę, że jakkolwiek w omawianej sprawie wystąpiły formalne podstawy do wykluczenia wykonawcy z udziału w postępowaniu, to podjęte w tej sprawie działania, w szczególności wyeliminowanie wykonawcy, który wykazał się realizacją robót o większym, niż wymagał tego Zamawiający, stopniu złożoności i obiektywnie zdolny był do realizacji zamówienia, może świadczyć o niewłaściwym określeniu przez Zamawiającego warunków udziału wykonawców w postępowaniu. Należy bowiem zauważyć, że w świetle dyspozycji art. 22 ust. 1 ustawy Pzp, zamawiający, mając na względzie wynikający z art. 7 przywołanej regulacji wymóg przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji oraz równe traktowanie wykonawców, powinien dążyć do zapewnienia udziału w postępowaniu każdego wykonawcy zdolnego do wykonania zamówienia.

W wyniku przeprowadzonego postępowania, jako najkorzystniejszą uznano ofertę wykonawcy z ceną wyższą o 38,9 tys. zł. Przedmiot umowy miał zostać zrealizowany do dnia 31 października 2014 r. Z winy wykonawcy wystąpiły opóźnienia i do końca 2014 r. prace nie zostały zakończone. Wydatki w 2014 r. wyniosły 246,0 tys. zł, co stanowiło 68,5% wynagrodzenia wynikającego z umowy. Końcowy odbiór robót został dokonany dopiero w dniu 2 lutego 2015 r.

Na wynagrodzenia wraz z pochodnymi w jednostkach finansowanych w części 46 – Zdrowie wydatkowano 152.286,1 tys. zł²⁷, co stanowiło 98,6% planu po zmianach. W porównaniu do 2013 r., wydatki te wzrosły o 2.753,1 tys. zł, tj. o 1,8%.

Limity wydatków na wynagrodzenia nie zostały przekroczone.

Wyższe wydatki na wynagrodzenia w porównaniu do 2013 r. wynikały m.in. z uruchomienia rezerw celowych w wysokości 2.577,5 tys. zł na sfinansowanie:

- wydatków związanych z zapewnieniem prawidłowego funkcjonowania Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dys socjalnym,
- wynagrodzeń dla czterech nowych pracowników zatrudnionych w Centrum Organizacyjno-Koordinacyjnym ds. Transplantacji „Poltransplant”,
- skutków wynikających z wejścia w życie ustawy z dnia 27 września 2013 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw²⁸ i przeznaczone zostały dla Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych,
- wynagrodzeń wraz z pochodnymi dla pracowników Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, oraz współfinansowanie wynagrodzeń osób zaangażowanych w realizację projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (P1),
- wypłaty wynagrodzenia oraz ekwiwalentu pieniężnego za niewykorzystany urlop wypoczynkowy dla odwołanego Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia,
- dodatków służby cywilnej oraz dodatkowego wynagrodzenia rocznego wraz z pochodnymi dla urzędników służby cywilnej w Ministerstwie Zdrowia,
- wypłaty nagrody jubileuszowej dla Głównego Inspektora Farmaceutycznego.

Z przyznanej na wynagrodzenia kwoty środków z rezerwy celowej nie wykorzystano 653,5 tys. zł, tj. 25,4%, w tym m.in.:

- 1) 513,5 tys. zł ze środków uruchomionych dla Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, ponieważ wysokość wnioskowanych środków na wynagrodzenia dotyczyła okresu pięciu miesięcy, a zwiększenie planu finansowego obowiązywało od 30 września 2014 r., tj. na okres trzech miesięcy;
- 2) 113,1 tys. zł ze środków uruchomionych dla Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dys socjalnym, z powodu trudności w pozyskaniu wykwalifikowanej kadry, mniejszym niż planowano wymiarem etatu niektórych pracowników oraz wypowiedzeniem umowy o pracę przez jednego z pracowników.

Zrealizowane przez Ministerstwo Zdrowia, jako dysponenta trzeciego stopnia, wydatki na wynagrodzenia wraz z pochodnymi, wyniosły 42.832,1 tys. zł, tj. 97,7% planu i w porównaniu do 2013 r. wzrosły o 612,7 tys. zł, tj. 1,5%.

²⁷ Według sprawozdania Rb-70 kwartalne sprawozdanie o zatrudnieniu i wynagrodzeniach, w którym ujmowane są wynagrodzenia finansowane z budżetu państwa i budżetu środków europejskich.

²⁸ Dz. U. z 2013 r., poz. 1245.

Przeciętne zatrudnienie w 2014 r., w przeliczeniu na pełne etaty w jednostkach finansowanych w części 46 – Zdrowie wyniosło 2 657 etatów i było niższe w porównaniu do przeciętnego zatrudnienia w 2013 r. o 10 etatów, tj. o 0,4%.

Najwyższy spadek zatrudnienia, o 28 etatów, wystąpił w dziale 851 – Ochrona zdrowia, wśród osób nieobjętych mnożnikowymi systemami wynagrodzeń. Najwyższy wzrost zatrudnienia, o 18 etatów wystąpił wśród członków korpusu służby cywilnej.

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w części 46 w 2014 r., wyniosło 4.776,25 zł i w porównaniu z rokiem 2013 wzrosło o 103,93 zł, tj. o 2,2%. Najwyższy wzrost wynagrodzenia wystąpił w grupie osób nieobjętych mnożnikowymi systemami wynagrodzeń.

W Ministerstwie Zdrowia przeciętne zatrudnienie, w przeliczeniu na pełne etaty, w 2014 r. wyniosło 603 etaty i było wyższe od zatrudnienia w 2013 r. o 15 etatów.

Wzrost ten wynikał głównie z osiągnięcia docelowego zatrudnienia przez Departament Analiz i Strategii, zatrudnienia dwóch osób na wakujących wyższych stanowiskach w służbie cywilnej, zwiększenia stanu zatrudnienia w Departamencie Funduszy Europejskich, Departamencie Zdrowia Publicznego oraz Departamencie Matki i Dziecka celem zabezpieczenia realizacji zadań.

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w 2014 r. wynosiło 5.919,30 zł i w porównaniu do 2013 r. było niższe o 64,17 zł, tj. o 1,1%, co wynikało z zatrudnienia nowych pracowników o niższych wynagrodzeniach.

Wydatki Ministerstwa Zdrowia na **wynagrodzenia bezosobowe** wyniosły 6.375,2 tys. zł²⁹, tj. 94,4% planu po zmianach i były wyższe od wykonania w 2013 r. o 518,4 tys. zł, tj. o 8,9%. Wydatki w dziale 851 – Ochrona zdrowia wyniosły 6.288,8 tys. zł i były wyższe od wydatków w 2013 r. o 593,4 tys. zł, wydatki w dziale 750 – Administracja publiczna wyniosły 81,5 tys. zł i były niższe od wydatków w 2013 r. o 80,0 tys. zł.

Zmiany w planie wydatków spowodowane były m.in. zwiększeniem środków na wynagrodzenia konsultantów krajowych, sfinansowaniem kampanii informacyjno-edukacyjnej dotyczącej pakietu onkologicznego oraz potrzebą pełnego sfinansowania wynagrodzeń członków Komisji Ekonomicznej.

Wydatki na wynagrodzenia dla członków Komisji Ekonomicznej w 2013 r. wyniosły 1.961,8 tys. zł i w porównaniu do 2013 r. zwiększyły się o 97,8 tys. zł, tj. 5,2%. Komisja w 2014 r. liczyła 17 członków, spośród których, pięciu było pracownikami Ministerstwa, w tym czterech pełniło funkcje kierownicze w komórkach organizacyjnych. Pracownicy Ministerstwa, będący członkami Komisji w ciągu całego 2014 r., osiągnęli dodatkowe wynagrodzenie w kwocie od 120,5 tys. zł do 124,5 tys. zł na osobę.

Wydatki Ministerstwa Zdrowia na wynagrodzenia bezosobowe w 2014 r. były wyższe od wydatków w 2013 r. przede wszystkim z uwagi na:

- prowadzenie infolinii o zamiennikach leków refundowanych, które było jednym z priorytetowych zadań Ministerstwa Zdrowia realizowanym od lutego 2014 r.; infolinia działała codziennie przez 12 godzin, a jej obsługa została powierzona farmaceutom, na podstawie umów zlecenia; w 2014 r. zawarto 78 umów zlecenia z farmaceutami obsługującymi infolinię na łączną kwotę 123,9 tys. zł³⁰;
- prowadzenie szerokiej działalności informacyjnej i promocyjnej procedury in-vitro oraz pakietu kolejkowego i onkologicznego; w tym celu zawierano umowy z osobami wspierającymi realizację merytorycznych zadań komórek organizacyjnych MZ.

W związku z planowanymi zmianami w systemie opieki zdrowotnej, w ramach tzw. pakietu onkologicznego przeprowadzono kampanię edukacyjno-informacyjną, która miała na celu podniesienie świadomości wszystkich pacjentów o planowanych od 1 stycznia 2015 r. zmianach.

²⁹ Bez współfinansowania projektów z udziałem środków UE. Na współfinansowanie projektów z udziałem środków Unii Europejskiej wydatkowano 104,0 tys. zł, które w porównaniu do 2013 r. były niższe o 1,5 tys. zł, tj. 1,4%.

³⁰ Wydatki z tytułu zawartych umów na obsługę infolinii o zamiennikach leków refundowanych wyniosły w 2014 r. 123,7 tys. zł.

W roku 2014 r. w Ministerstwie Zdrowia wydatkowano 4.237,5 tys. zł, tj. o 618,9 tys. zł więcej niż 2013 r., na sfinansowanie 811 umów cywilnoprawnych³¹ z osobami fizycznymi, w tym 133 umowy zawarto z 128 konsultantami krajowymi³² oraz 678 umów zawarto z 231 osobami na realizację bieżących zadań Ministerstwa. W porównaniu do 2013 r. sfinansowano o 173 umowy więcej z osobami fizycznymi.

Pomimo wniosku NIK z roku poprzedniego o zaprzestanie zawierania umów cywilnoprawnych na realizację bieżących zadań Ministerstwa, spełniających warunki umów o pracę nadal wystąpiły przypadki zawierania takich umów.

W 2014 r. z 10 osobami zawarto 61 umów zlecenia o wartości 296,5 tys. zł, na realizację bieżących zadań Ministerstwa, wynikających z wewnętrznych regulaminów komórek organizacyjnych. Umowy realizowane były w siedzibie Ministerstwa, a osoby świadczące usługi nie były zatrudnione u innego pracodawcy. Umowy zawierane były wielokrotnie z daną osobą na okres średnio od jednego do czterech miesięcy. Przedmiotem umów była m.in. realizacja bieżących zadań organizacyjno-technicznych i pomocniczych, prowadzenie sekretariatu, prowadzenie rejestru umów, weryfikacja umów, analiza sprawozdań, uruchamianie środków finansowych, prowadzenie korespondencji, sporządzanie sprawozdań, wprowadzanie i księgowanie umów w centralnym rejestrze, analiza i weryfikacja kont analitycznych a także rozpatrywanie wpływających skarg.

Przyczyną braku możliwości wyeliminowania umów zlecenia dotyczących bieżących zadań Ministerstwa Zdrowia, jak wyjaśniono, były braki kadrowe oraz konieczność zapewnienia ciągłości realizacji nałożonych zadań.

W ocenie NIK realizacja tych umów następowała w warunkach określonych w art. 22 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy³³, a ich treść jednoznacznie wskazywała, że prace powinny być wykonywane w określonym miejscu i czasie, pomiędzy stronami występowała podległość służbowa, a zadania miały charakter ciągły lub powtarzający się. Ponadto osoby świadczące pracę na podstawie umowy zlecenia były pozbawione wielu uprawnień ochronnych, nie miały płatnych urlopów oraz nie były zabezpieczone w razie wypadku i choroby.

NIK zwraca uwagę, że zgodnie z art. 22 § 1 Kodeksu pracy, przez nawiązanie stosunku pracy pracownik zobowiązuje się do wykonywania pracy określonego rodzaju na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem oraz w miejscu i czasie wyznaczonym przez pracodawcę, a pracodawca – do zatrudnienia pracownika za wynagrodzeniem. Z kolei art. 22 § 1¹ określa, że zatrudnienie w warunkach określonych w § 1 jest zatrudnieniem na podstawie stosunku pracy, bez względu na nazwę zawartej przez strony umowy. Przepis art. 22 § 1² będący dopełnieniem przywołanych stanowi, iż nie jest dopuszczalne zastąpienie umowy o pracę umową cywilnoprawną przy zachowaniu warunków wykonywania pracy, określonych w §1.

W Ministerstwie Zdrowia nadal obowiązuje Regulamin organizacyjny, który nie został dostosowany do obowiązującej struktury Ministerstwa Zdrowia, pomimo upływu ponad dwóch lat od dnia wejścia w życie zarządzenia Nr 95 Prezesa Rady Ministrów z dnia 26 października 2012 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie nadania statutu Ministerstwu Zdrowia. Pomimo podjęcia działań legislacyjnych mających na celu pełne wprowadzenie w życie zmian w statucie Ministerstwa Zdrowia, nie został jeszcze przyjęty nowy regulamin organizacyjny Ministerstwa. O zmianach w strukturze organizacyjnej Ministerstwa kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych zostali poinformowani jedynie pismem w dniu 15 listopada 2012 r.

W Ministerstwie nie została zaktualizowana Polityka Bezpieczeństwa Informatycznego, pomimo zaplanowanych działań w tym zakresie. Audytor zalecił opracowanie i wdrożenie Polityki Bezpieczeństwa Informatycznego, adekwatnej do obowiązujących przepisów i uwzględniającej wszystkie systemy teleinformatyczne, ponieważ ta obowiązująca w Ministerstwie Zdrowia jest nieprecyzyjna oraz nie obejmuje swym zakresem wszystkich wymaganych aspektów.

Prace związane z wdrożeniem nowych mechanizmów zabezpieczających system teleinformatyczny Ministerstwa Zdrowia przed nieautoryzowanym dostępem zakończą się dopiero w III kwartale 2015 r., dlatego przyjęcie i opublikowanie nowej polityki bezpieczeństwa teleinformatycznego powinno nastąpić, jak wyjaśniono, do końca roku.

³¹ W tym 788 umów zlecenia i 23 umowy o dzieło.

³² Liczba zawartych umowy zlecenia z konsultantami krajowymi zwiększyła się o 22 umowy w stosunku do 2013 r.

³³ Dz. U. z 2014 r., poz. 1502 ze zm.

Wydatki na świadczenia na rzecz osób fizycznych

Świadczenia na rzecz osób fizycznych w części 46, wyniosły 3.622,3 tys. zł, tj. 98,2% planu po zmianach i w porównaniu do roku 2013 były wyższe o 561,6 tys. zł, tj. o 18,3%. Wydatki zostały przeznaczone w szczególności na zasądzone renty w kwocie 1.201,5 tys. zł, tj. o 42,3% wyższej niż w 2013 r. i pomoc materialną na stypendia dla studentów w kwocie 1.074,6 tys. zł, tj. o 1,7% wyższej niż w roku 2013.

Świadczenia na rzecz osób fizycznych w Ministerstwie Zdrowia jako dysponenta trzeciego stopnia wyniosły 1.612,8 tys. zł, tj. 97,5% planu po zmianach i w porównaniu do 2013 r. były wyższe o 458,4 tys. zł, tj. 39,7%. Wyższa niż w 2013 r. realizacja wydatków na te świadczenia wynikała z prawomocnych wyroków sądowych na zasądzone renty i odszkodowania.

Wydatki majątkowe

Wydatki majątkowe zrealizowane zostały w wysokości 597.434,6 tys. zł, co stanowiło 72,9% planu po zmianach i były niższe od wykonania w 2013 r. o 52.215,1 tys. zł (8,0%).

Kwotę w wysokości 397.220,6 tys. zł, tj. 70,8% planowanej, wydatkowano na budowę, rozbudowę i modernizację w 20 szpitalach klinicznych (356.207,3 tys. zł), zakupy aparatury i sprzętu medycznego dla siedmiu szpitali klinicznych (13.993,7 tys. zł) oraz na budowę, rozbudowę i modernizację pięciu instytutów badawczych (25.561,7 tys. zł) i na zakupy aparatury i sprzętu medycznego dla dwóch instytutów w kwocie 1.457,9 tys. zł.

Na budowę, rozbudowę i zakupy aparatury medycznej w ośmiu uczelniach medycznych wydatki wyniosły 30.523,0 tys. zł, tj. 99,3% planu.

Przekazywane i rozliczane dotacje celowych na realizację inwestycji i zakupów inwestycyjnych następowało zgodnie z umowami sporządzonymi na podstawie art. 150 ufp. W umowach określono³⁴ m.in. zasady przekazywania, rozliczania i zwrotu środków, na podstawie działu V ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej z uwzględnieniem przekazania maksymalnej wysokości środków publicznych, planowanego kosztu realizacji zadania, przychodów podmiotu. Realizacja wydatków objętych badaniem była zgodna z zasadami gospodarowania środkami publicznymi, o których mowa w art. 44 ust. 3 pkt 1 i 2 ufp.

Na potrzeby Ministerstwa Zdrowia w ramach wydatków majątkowych wykorzystano kwotę 2.215,6 tys. zł, tj. 96,3% planu po zmianach. Wydatki w tym zakresie były wyższe od wykonania w 2013 r. o 1.559,1 tys. zł, tj. 237,5%, m.in. w związku z zakupem Zintegrowanego Systemu Informatycznego Wspomagającego Zarządzanie Zasobami Ministerstwa Zdrowia (ERP) oraz instalacją dźwigu osobowego.

Na wydatki inwestycyjne sfinansowane w ramach programów polityki zdrowotnej wydatkowano 158.111,8 tys. zł, co stanowiło 76,4% planu po zmianach.

W ramach „Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych” m.in. zakupiono aparaturę diagnostyczną dla wczesnego wykrywania nowotworów o wartości 108.265,7 tys. zł, w tym m.in. 27 tomografów komputerowych, siedem rezonansów magnetycznych, osiem Gamma kamer Spect-CT. W ramach poprawy standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca doposażono i zmodernizowano 15 klinik i oddziałów torakochirurgii (9.434,2 tys. zł), a w ramach poprawy doskonalenia diagnostyki i leczenia białaczek ostrych u dorosłych w Polsce z dostosowaniem do zaleceń UE i Współpracy z European Leukemia NET objęto 17 jednostek (5.528,2 tys. zł).

W programie „Polkard” na lata 2013–2016 wydatkowano 7.991,9 tys. zł na zakup m.in. sprzętu i aparatury dla: oddziałów kardiologii dziecięcej (trzy aparaty do echokardiografii), oddziałów wewnętrznych (56 zestawów do diagnostyki kardiologicznej i trzy kardiomonitory), oddziałów udarowych (cztery aparaty USG z funkcją Duplex), sal hybrydowych (dwa cyfrowe angiografy do badań serca i naczyń).

W „Narodowym Programie Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej” wydatkowano 9.430,4 tys. zł na prace remontowo-budowlane wykonywane przez 13 realizatorów oraz zakupiono sprzęt i aparaturę medyczną dla 37 jednostek o wartości ogółem 7.555,9 tys. zł.

³⁴ Z wyjątkiem budowy Centrum Naukowej Informacji Medycznej AM we Wrocławiu. Środki finansowe były przekazywane na podstawie pisma o przyznaniu decyzją Ministra Zdrowia na finansowanie lub dofinansowanie kosztów inwestycji, z zobowiązaniem inwestora m.in. do dokonywania rozliczeń i przedstawiania zestawień faktur, ponieważ inwestycja jest realizowana od 2009 r., kiedy nie obowiązywały przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

W programie „Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polski w zakresie krwi i jej składników i produktów krwiopochodnych” zakupiono cztery mobilne punkty poboru krwi (autobusy) o wartości 9.905,4 tys. zł.

Z opóźnieniem realizowano zadania „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych” (NPZCN). W 2014 r. nie wykorzystano środków inwestycyjnych w tym programie w wysokości 36.771,9 tys. zł (23,0%), ponieważ Minister Zdrowia przekazał Radzie Ministrów projekt harmonogramu³⁵ zadań NPZCN na rok 2014 i 2015 dopiero w dniu 5 maja 2014 r. a następnie 23 lipca 2014 r. złożył wniosek o zmianę tego harmonogramu. Rada Ministrów przyjęła harmonogram w dniu 28 maja 2014 r., a jego zmianę 12 sierpnia 2014 r. Opóźniło to rozpoczęcie procedur konkursowych na wybór realizatorów zadań, co spowodowało, że realizatorzy odmówili zawarcia sześciu umów na łączną kwotę 11.047,6 tys. zł, w tym Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Zgierzu nie zakupił tomografu komputerowego o wartości 2.940,0 tys. zł, z powodu braku możliwości wyłonienia wykonawcy w trybie ustawy Pzp, zrealizowania dostawy i rozliczenie dotacji do 19 grudnia 2014 r., Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu odstąpił od zakupu tomografu komputerowego o wartości 1.996,7 tys. zł, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie odstąpił od zadania „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca, doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii” na kwotę 1.851,7 tys. zł, natomiast Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Kopernika w Łodzi odmówił zawarcia umowy na realizację trzech zadań na kwotę łączną 4.252,4 tys. zł, w tym na zakup tomografu komputerowego za 3.372,3 tys. zł oraz Wojewódzki Szpital Zespolony w Kaliszu odstąpił od zawarcia umowy na kwotę 3.272,3 tys. zł z powodu dostarczenia przez dostawcę tomografu komputerowego niezgodnego ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia.

Ponadto, część oferentów nie spełniała kryteriów konkursowych co spowodowało, że w zadaniu „Program doskonalenia diagnostyki i leczenia białaczek (...)” wydatki na sprzęt i aparaturę medyczną³⁶ wyniosły 5.528,2 tys. zł, tj. 40,9% planu, a w zadaniu „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii” wydatki wyniosły 11.452,7 tys. zł, tj. 53,7% planu.

W programie wieloletnim³⁷ „Narodowy program rozwoju medycyny transplantacyjnej” nie wydatkowano 9.913,6 tys. zł, tj. 36,9% zaplanowanych środków. Ministerstwo Zdrowia zawarło umowę z Instytutem „Centrum Zdrowia Dziecka” w dniu 31 października 2014 r. na wykonanie m.in. w 2014 r. prac remontowo-budowlanych w Dziecięcym Centrum Transplantacji Narządów o wartości 2.850,0 tys. zł. Zleceniobiorcą zobowiązano do wyboru wykonawcy w trybie ustawy Prawo zamówień publicznych i przedłożenia rozliczeń stanowiących podstawę przekazania środków do 15 grudnia 2014 r. Instytut CZD nie wyłonił wykonawcy w tym terminie. Nie przekazano Fundacji Wspierania Transplantologii 70,0 tys. zł z powodu nienależytego wykonania umowy. Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu zrezygnował z dofinansowania z powodu uzyskania środków z funduszy norweskich (1.056,2 tys. zł).

W 2014 r. Minister Zdrowia finansował ze środków budżetu państwa pięć inwestycji wieloletnich w infrastrukturę w ochronie zdrowia, ujętych w załączniku do ustawy budżetowej. Na ich realizację zaplanowano dotacje w kwocie 473.151,0 tys. zł, z których wykorzystano 316.004,0 tys. zł, tj. 66,8%. W roku 2013 na realizację inwestycji wieloletnich wykorzystano 301.749 tys. zł, co stanowiło 87,9% środków na ten cel.

Kontrola wykazała, że inwestycje te nie były realizowane przez uczelnie medyczne zgodnie z przyjętymi harmonogramami, czego konsekwencją było niewykonanie zadań o wartości 157,1 mln zł. Uczelnie nie zrealizowały zadań ujętych w harmonogramach rzeczowo- finansowych przede wszystkim w przypadku trzech inwestycji.

Nadal nie rozpoczęto budowy nowej siedziby **Szpitala Uniwersyteckiego Kraków-Prokocim**, której investorem jest Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, pomimo, iż formalnie inwestycja ta została rozpoczęta w 2006 r. i powinna być zakończona w 2019 r. Po 8 latach jej zaawansowanie, na koniec 2014 r., wynosiło zaledwie 2% kosztu inwestycji wynoszącego 1.230.060 tys. zł.

³⁵ Przedłożenie przedmiotowego projektu uchwały ma na celu spełnienie wymagania ustawowego dotyczącego przyjęcia przez Radę Ministrów harmonogramu zadań wykonywanych w ramach programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”, na kolejny rok budżetowy oraz kierunków realizacji Programu na następne dwa lata (zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz. U. Nr 143, poz. 1200 ze zm.).

³⁶ M.in. na zakup kardiomonitorów, wirówek z chłodzeniem do pojemników na szpik, zamrażarek, mikroskopów.

³⁷ Uchwała Nr 164/2010 Rady Ministrów z dnia 12 października 2010 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2011–2020 pod nazwą „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”.

Na problem z realizacją tego programu NIK zwróciła uwagę m.in. w trakcie ubiegłorocznej kontroli wykonania budżetu państwa i sformułowała wnioski o zintensyfikowanie prac zmierzających do rozpoczęcia budowy w 2014 r. oraz uzyskanie gwarancji finansowania całości inwestycji, pozwalającej na osiągnięcie efektów rzeczowych w planowanym terminie.

W 2014 r. zaplanowano na tę inwestycję kwotę 25.000,0 tys. zł, która została wykorzystana w niespełna 1% na pokrycie kosztów pielęgnacji drzew i krzewów (40,3 tys. zł) i koszty doradztwa prawnego, ekonomicznego i finansowego (150,0 tys. zł). Przyczyną niskiego zaawansowania tej inwestycji były opóźnienia w procedurze wyboru generalnego wykonawcy, prowadzonej w trybie dialogu konkurencyjnego, która dopiero po 1,5 rocznym okresie od jej rozpoczęcia doprowadziła do skutecznego wyboru wykonawcy w grudniu 2014 r. Umowę podpisano w styczniu 2015 r.

W ocenie NIK nadal wątpliwości budzi realność wyasygnowania przez Uniwersytet Jagielloński kwoty ok. 427,7 mln zł na budowę i wyposażenie Szpitala w sytuacji, gdy jedynie Zarząd Województwa Małopolskiego zobowiązał się do wsparcia finansowego budowy w kwocie ok. 254 mln zł ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego 2014-2020. Natomiast pozostałe środki mają pochodzić z dzierżawy, sprzedaży nieruchomości lub kredytu. Minister Zdrowia wyjaśnił, że Inwestor przedłożył do Ministerstwa Zdrowia wymagane zgodnie z przepisami prawa dokumenty, tj. m.in. pisemne zobowiązanie inwestora do przeznaczenia środków własnych, które na podstawie § 9 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 grudnia 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu finansowania inwestycji z budżetu państwa³⁸, na danym etapie realizacyjnym, jest wystarczającym dokumentem stanowiącym podstawę informacji o pozostałych źródłach finansowania inwestycji.

Na budowę **Szpitala Pediatrycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**, który ma być oddany do użytku w 2015 r. nie wykorzystano kwoty 63.760,9 tys. zł, tj. 32,1% środków zaplanowanych na 2014 r. (198.909,0 tys. zł). Z uwagi na wprowadzenie projektu zamiennego, głównie w zakresie robót instalacyjnych, nastąpiło spowolnienie procesu inwestycyjnego, a na roboty instalacyjne nie wykorzystano 6.745,8 tys. zł. Przede wszystkim jednak nie zakupiono sprzętu i wyposażenia zgodnie z zatwierdzonym, w marcu 2014 r., harmonogramem rzeczowo-finansowym i z zaplanowanej na ten cel kwoty 92.931,0 tys. zł nie wykorzystano 56.166,2 tys. zł.

Z kontroli wynika, że w 2014 r. Uniwersytet wszczął postępowania przetargowe na zakup sprzętu i wyposażenia na kwotę 79.642,0 tys. zł, tj. 85,7% zaplanowanej na ten cel. Z tej kwoty skutecznie rozstrzygnięto postępowania na kwotę 64.013,0 tys. zł, w tym 47.084,0 tys. zł z terminem realizacji w 2014 r.³⁹ Podkreślić należy, że postępowania przetargowe, które nie zostały rozstrzygnięte (na kwotę 15.629,0 tys. zł) Inwestor rozpoczął dopiero 30 października 2014 r. a kolejne w listopadzie, a nawet 30 grudnia 2014 r., co uniemożliwiło zakończenie postępowania do końca roku, a w przypadku postępowań unieważnionych ich powtórne ogłoszenie i rozstrzygnięcie.

NIK zwraca uwagę, że zgodnie z uchwałą nr 217/2014 Rady Ministrów z dnia 27 października 2014 r. w sprawie zmiany programu wieloletniego „Szpital Pediatryczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego”, w 2015 r. miało się zakończyć finansowanie tej inwestycji z budżetu państwa. Na ten cel, zaplanowano 76.856,0 tys. zł. Kwota ta nie uwzględniała jednak niewykonania harmonogramu w 2014 r. W tej sytuacji, środki przewidziane w ustawie budżetowej na 2015 r. mogą być niewystarczające do oddania szpitala do eksploatacji w pełnym zakresie.

Na przebudowę i rozbudowę **Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku**, która ma być realizowana w latach 2008–2017, nie wykorzystano kwoty 60.227,4 tys. zł, co stanowiło 40,5% środków przyjętych w ustawie budżetowej na 2014 r. Niewykorzystane środki były przeznaczone na zakup wyposażenia, na co zaplanowano 103.335,0 tys. zł, a zrealizowano za kwotę 43.107,9 tys. zł.

Z ustaleń kontroli wynika, że w 2013 r. (z terminem dostawy w 2014 r.) i 2014 r. Uniwersytet skutecznie rozstrzygnął przetargi na kwotę 54.544,4 tys. zł, tj. zaledwie 52,8% planowanych środków na ten cel. W 2014 r. wydatkowano kwotę 43.107,9 tys. zł, gdyż pozostałe zamówienia na kwotę 11.436,5 tys. zł miały termin realizacji w 2015 r. Głównymi przyczynami niewykorzystania środków na zakup wyposażenia były:

- niewdrożenie procedur przetargowych na kwotę ok. 26,6 mln zł ze względu na przeszacowanie w harmonogramie rzeczowo-finansowym wartości wyposażenia niezbędnego do użytkowania klinik i zakładów w nowo wybudowanych obiektach, na które uzyskano pozwolenie na użytkowanie w 2014 r.,

³⁸ Dz. U. Nr 238, poz. 1579.

³⁹ Zamówienia na kwotę 16.929 tys. zł miały termin realizacji w roku 2015. Ponadto na 2015 r. przesunięto termin dostawy rezonansu magnetycznego za kwotę 10.320 tys. zł – z przyczyn niezależnych od UW – jak wyjaśniono.

- zbyt późne rozpoczęcie procedur przetargowych (IV kwartał 2014 r.), co spowodowało, że przetargi na kwotę ponad 8 mln zł nie zostały rozstrzygnięte do końca roku,
- problemy związane z procedurami przetargowymi, m.in. brak ofert, odwołania do KIO, brak wystarczających środków finansowych.

Środki zaplanowane na realizację pozostałych dwóch inwestycji wieloletnich, tj. przebudowę **Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie** (52.798,0 tys. zł) oraz rozbudowę i przebudowę **Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy** (47.801,0 tys. zł) wykorzystane zostały w 92%. NIK zwraca uwagę, że przed przekazaniem transz dotacji w kwocie 48.448,9 tys. zł na budowę szpitala w Krakowie, Ministerstwo Zdrowia nie weryfikowało zasadności zapotrzebowania na środki, co spowodowało, że Inwestor wykorzystał dotacje w łącznej kwocie 14.119,1 tys. zł (29,1%) po upływie 15-29 dni od ich otrzymania z Ministerstwa a dotacje w łącznej kwocie 14.554,3 tys. zł (30,0%) dopiero po upływie 31-42 dni od ich otrzymania.

Wydatki na **współfinansowanie projektów z udziałem UE** zrealizowane zostały w wysokości 65.037,9 tys. zł, tj. 74,7% planu po zmianach i były niższe od wykonania w 2013 r. o 25.820,8 tys. zł, tj. o 28,4%.

Na współfinansowanie wymaganego udziału krajowego w ramach projektów, dla których Minister Zdrowia realizował zadania Instytucji Pośredniczącej, Operatora Programu lub był Beneficjentem, wydatkowano kwotę 48.077,1 tys. zł. Na pomoc techniczną wydatkowano 12.873,4 tys. zł, a na współfinansowanie wkładu krajowego, w ramach regionalnych programów operacyjnych, wydatkowano 3.914,7 tys. zł. Wydatki dotyczące współfinansowania krajowego projektów realizowanych w ramach programów bezpośrednio obsługiwanych przez Komisję Europejską lub inne upoważnione przez nią jednostki wyniosły 172,7 tys. zł.

Zobowiązania

Na koniec 2014 r. zobowiązania w części 46 wyniosły 13.458,9 tys. zł i w stosunku do roku 2013 zmniejszyły się o 435,9 tys. zł, tj. o 3,1%. Zobowiązania wymagalne nie wystąpiły.

W Ministerstwie Zdrowia, jako dysponencie trzeciego stopnia, zobowiązania na koniec 2014 r. wyniosły 3.534,5 tys. zł i były wyższe od zobowiązań na koniec 2013 r. o 212,6 tys. zł. Główną pozycję stanowiły zobowiązania z tytułu dodatkowego wynagrodzenia rocznego wraz z pochodnymi i kosztami pracodawcy.

Stan zobowiązań wymagalnych w jednostkach nadzorowanych przez Ministra Zdrowia zmniejszył się w ciągu ostatniego roku.

Zmniejszyły się zobowiązania wymagalne samodzielnych publicznych zoz nadzorowanych przez Ministra⁴⁰ z 30.204,4 tys. zł do 17.745,2 tys. zł, tj. o 41,2% oraz zobowiązania wymagalne uczelni medycznych i Głównej Biblioteki Lekarskiej – z 2.775,9 tys. zł do 1.341,3 tys. zł, tj. o 51,7%. Zobowiązania wymagalne instytutów badawczych⁴¹ zmniejszyły się o 29,2%, tj. z 291.843,9 tys. zł (w 2013 r.) do 206.555,5 tys. zł (w 2014 r.). Zmiany dotyczyły przede wszystkim Instytutu Reumatologii w Warszawie, w którym na koniec 2014 r. nie było zobowiązań wymagalnych, a które rok wcześniej wynosiły 49.337,3 tys. zł, oraz Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w którym zobowiązania wymagalne zmniejszyły się o 30.525,1 tys. zł i na koniec 2014 r. wyniosły 29.240,1 tys. zł. Poprawa sytuacji finansowej Instytutu Reumatologii wynikała przede wszystkim z uzyskania 39 mln zł pożyczki z Agencji Rozwoju Przemysłu. Ponadto umowy z ZUS stanowią podstawę do nienaliczania odsetek od zobowiązań wymagalnych. Zmniejszyły się także koszty windykacyjne, nie były ponoszone koszty upomnień oraz koszty egzekucyjne związane z windykacją prowadzoną przez ZUS. W przypadku Centrum Zdrowia Dziecka, Instytut systematycznie podpisuje ugody i porozumienia z wierzycielami, negocjuje warunki spłaty zobowiązań oraz stara się o częściowe lub całościowe umorzenie odsetek, co pozwala na obniżenie kosztów finansowych.

⁴⁰ Minister Zdrowia nadzoruje 21 Regionalnych Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, SPZOZ Centralny Ośrodek Medycyny Sportowej w Warszawie, SPZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w Warszawie, Samodzielny Publiczny Zakład Zaopatrzenia Ortopedycznego w Poznaniu, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu.

⁴¹ Dane za 2014 r. są wstępnymi danymi ankietowymi MZ otrzymanymi z instytutów (do dnia 18 marca 2015 r.) i mogą ulec zmianie z uwagi na ustawowy termin sporządzania sprawozdań finansowych za 2014 r. – do końca marca 2015 r. Dane po sporządzeniu sprawozdań finansowych instytutów przekazują do 20 kwietnia 2015 r.

2.2. Wydatki budżetu środków europejskich

Przyjęty ustawą budżetową plan wydatków budżetu środków europejskich na 2014 r., w kwocie 325.103,0 tys. zł, został zwiększony o środki przewidziane w rezerwach celowych budżetu środków europejskich o 117.318,6 tys. zł i wyniósł 442.421,6 tys. zł.

Z rezerwy celowej (poz. 98) przeznaczonej na finansowanie programów, Minister Finansów zwiększył plan wydatków dla Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) na realizację projektu P1 „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka o kwotę 62.033,9 tys. zł. Rezerwy te wykorzystano w 79,2% głównie z powodu wstrzymania planowanych odbiorów zamówionych dostaw i usług, spowodowanego koniecznością uzgodnień dotyczących integracji P1 z systemami NFZ, ZUS i GUS. Nie zrealizowano także wszystkich zaplanowanych szkoleń w ramach P1. Rezerwy w kwocie 41.287,9 tys. zł uruchomiona dla beneficjentów realizujących projekty w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko oraz w kwocie 12.792,0 tys. zł na „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” w Programie Operacyjnym Kapitał Ludzki wykorzystane zostały w 100%.

Środki uruchomione z rezerwy celowej (poz. 99) na finansowanie wynagrodzeń pracowników zaangażowanych w realizację projektu P1 w kwocie 830,6 tys. zł i projektów systemowych w Programie Operacyjnym Kapitał Ludzki, w kwocie 374,1 tys. zł, wykorzystane zostały odpowiednio w 91,5% i 77,4%.

Wydatki budżetu środków europejskich wyniosły 372.060,9 tys. zł, co stanowiło 84,1% planu po zmianach. W porównaniu do wykonania 2013 r. były niższe o 28,0%.

Środki w kwocie 174.956,6 tys. zł, co stanowiło 99,4 % planu po zmianach, przekazano na realizację projektów w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko. Zostały przeznaczone na rozwój systemu ratownictwa medycznego (działanie 12.1) oraz na inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym (działanie 12.2) w ramach Priorytetu XII *Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony*, w tym:

- rozbudowę, remont lub doposażenia dziewięciu centrów urazowych, z których osiem zakończono w 2014 r.;
- modernizację oraz doposażenie 16 szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR), z tego 10 projektów zakończono w 2014 r. Zakupiono nowoczesne aparaty i urządzenia niezbędne do diagnostyki i leczenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (aparaty RTG z ramieniem C, kardiomonitor, aparaty do znieczulenia dzieci i dorosłych, respiratory stacjonarne i transportowe, defibrylatory, ultrasonografy, mobilne stoły operacyjno-zabiegowe), zapewniono dostęp do lądowiska dla pięciu SOR-ów;
- budowę lub remont dziewięciu lądowisk dla helikopterów, z których siedem zakończono w 2014 r.;
- budowę i doposażenie dwóch baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (do dnia 29 stycznia 2015 r. nie zatwierdzono jednak wniosków o płatność końcową);
- rozbudowę, remont i wyposażenie w nowoczesny sprzęt medyczny 24 szpitali o znaczeniu ponadregionalnym, z których 10 zakończono w 2014 r.

Na realizację projektów w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki wydatkowano 76.591,1 tys. zł, co stanowiło 96,0% planu po zmianach. Środki wykorzystane zostały na „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawę jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia” (Priorytet II działanie 2.3). Przeznaczono je na realizację 13 projektów systemowych, w tym m.in.:

- „Kształcenie pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” (5 461 pielęgniarek i położnych ukończyło w 2014 r. studia, zorganizowano konferencję dla 130 osób);
- „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy” (w 2014 r. zapewniono 9 281 miejsc szkoleniowych na kursach specjalizacyjnych dla lekarzy i kursach doskonalących dla kierowników specjalizacji);
- „Rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarskiej w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem starzejącego się społeczeństwa” (8 101 pielęgniarek ukończyło w 2014 r. kurs specjalizacyjny);
- „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej” (kursy doskonalące ukończyło 309 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, 778 fizjoterapeutów, 1 654 pielęgniarki, 294 opiekunów medycznych i 72 terapeutów środowiskowych);
- „Wsparcie systemu ratownictwa medycznego poprzez kształcenie zawodowe lekarzy, ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych” (104 lekarzy ukończyło pełen cykl kursów specjalizacyjnych, 86 lekarzy otrzymało wsparcie finansowe, przeszkolono 1 499 ratowników medycznych i 153 dyspozytorów medycznych);

- „Ogólnopolskie szkolenia z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz umiejętności komunikacji, współpracy i budowania relacji z pacjentem dla lekarzy rozpoczynających pracę (zapewniono 2 474 miejsca szkoleniowe dla lekarzy poniżej 35 roku życia).

W ramach tych środków realizowano również 29 projektów konkursowych, dotyczących kształcenia na studiach podyplomowych kadry zarządzającej podmiotów leczniczych (dyrektorów, głównych księgowych, kierowników komórek organizacyjnych w tym ordynatorów oraz pielęgniarek oddziałowych). W 2014 r. studia podyplomowe ukończyły 3 623 osoby.

Wydatki ze Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy wyniosły 40.475,1 tys. zł, co stanowiło 96,9% planu po zmianach, który wynosił 41.760,0 tys. zł.

Wydatki niższe od planowanych, o 1.134,4 tys. zł, tj. o 36%, zrealizował Główny Inspektorat Sanitarny w wyniku przesunięcia terminu realizacji kampanii społecznej w ramach programu „Profilaktyczny program edukacyjny w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” oraz niższej ceny uzyskanej w postępowaniu przetargowym na jej realizację. Zrealizowane wydatki w kwocie 1.991,6 tys. zł przeznaczono m.in. na szkolenie 1 783 szkolnych koordynatorów, przeprowadzenie I edycji programu edukacyjnego w 30% szkół ponadgimnazjalnych w całej Polsce oraz rozpoczęcie ogólnopolskiej kampanii społecznej.

Środki ze Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy, przeznaczone zostały także na programy:

- „Edukacja, promocja i profilaktyka w kierunku zdrowia jamy ustnej skierowana do małych dzieci, ich rodziców, opiekunów i wychowawców”, w którym udział wzięło udział 401 nauczycieli przedszkolnych, 4 762 dzieci i 2 753 rodziców;
- „Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz chorobom przewlekłym poprzez edukację społeczeństwa w zakresie żywienia i aktywności fizycznej”, którym objęto 381 870 dzieci, 2 785 kobiet w ciąży, 444 osoby otyłe i z nadwagą oraz 3 632 osoby w ramach Dietetycznych Punktów Konsultacyjnych;
- „Zapobieganie zakażeniom HCV”, w ramach którego przebadano 9 671 osób w kierunku HCV, 4 245 kobiet w ciąży i 1 219 uzależnionych od narkotyków, zrealizowano 46 szkoleń;
- oraz na programy mające na celu „Poprawę usług podstawowej opieki zdrowotnej i usług opieki społecznej na peryferyjnych i zmarginalizowanych terenach (...)”, realizowane w domach opieki społecznej i placówkach opiekuńczo-wychowawczych w trzech województwach. Środki przeznaczone były na szkolenia kadry medycznej oraz merytorycznej, zakup urządzeń medycznych i modernizację placówek.

Na realizację Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka przekazano w 2014 r. kwotę 62.657,1 tys. zł, tj. 78,9% planu po zmianach (ze środków krajowych wydatkowano 11.362,6 tys. zł tj. 70,8% planu). Środki przeznaczone zostały w całości na finansowanie projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” P1, realizowanego przez CSIOZ.

Wystąpiły opóźnienia w realizacji Projektu P1, w wyniku których planowany termin zakończenia ustalony na dzień 30 września 2014 r. został wydłużony do 31 grudnia 2014 r., następnie do 30 czerwca 2015 r. i aktualnie za zgodą Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju (Instytucji Wdrażającej) - do 15 grudnia 2015 r.

Już w kwietniu 2013 r. NIK negatywnie oceniła⁴² realizację zadań związanych z budową systemu informacyjnego ochrony zdrowia, przez Ministra Zdrowia i CSIOZ, z powodu m.in. nie wydania w okresie 11 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy o systemie informacji⁴³ żadnego z 16 aktów wykonawczych oraz dopuszczenia do opóźnień w realizacji Projektu P1 w wyniku błędów popełnionych przez Centrum w procesie udzielania zamówień publicznych. W wyniku postępowania przetargowego w czerwcu 2012 r. Centrum zawarło trzy umowy (cz. II–IV) na realizację systemów informatycznych, nie zawarło natomiast umowy na realizację I części, m.in. podsystemu Szyna usług, gdyż po kontroli tego postępowania, Prezes UZP stwierdził nieprawidłowości. Krajowa Izba Odwoławcza w maju 2012 r. nakazała powtórzenie postępowania. Biorąc pod uwagę, że przez okres ponad roku od rozpoczęcia prac nad cz. II–IV, wykonawca cz. I nie został nawet wybrany, spowodowało to brak koordynacji prac w zakresie podsystemów i opóźnienia w realizacji całego Projektu.

⁴² Informacja NIK o wynikach kontroli pt. „Informatyzacja szpitali” z dnia 10 kwietnia 2013 r. KZD-4101-05/2012.

⁴³ Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657 ze zm.).

CSIOZ zawarło umowę na realizację podsystemu Szyna usług w dniu 31 lipca 2013 r. z terminem wykonania do 15 grudnia 2014 r., który aneksem z czerwca 2014 r. wydłużono do 29 maja 2015 r. Wykonawca 7 listopada 2014 r. złożył oświadczenie o odstąpieniu od umowy, jednakże Centrum nie uznało przedmiotowego oświadczenia i w dniu 1 grudnia 2014 r. odstąpiło od umowy. CSIOZ naliczyło Spółce karę umowną w kwocie 9.320,8 tys. zł i zwróciło się do Prokuraturii Generalnej Skarbu Państwa o opinię prawną w tej sprawie.

Niewykonanie do końca 2014 r. oprogramowania łączącego podsystemy tzw. szyny usług ma kluczowe znaczenie dla realizacji Projektu P1, bowiem z Szyną usług integrować się mają pozostałe systemy wytworzone w ramach projektu (część II – Portal – Internetowe Konto Pacjenta oraz aplikacje usługodawców i aptek, płatników i innych podmiotów, część III – system gromadzenia danych medycznych, system obsługi rejestrów, system weryfikacji i system wspomagania rozliczeń, część IV - hurtownia danych dla statystyk, analiz i raportów i monitoringu oraz system wykrywania nadużyć).

W listopadzie 2014 r. CSIOZ wszczęło postępowanie przetargowe w trybie negocjacji bez ogłoszenia w celu wyłonienia nowego integratora i pomimo wysłania zaproszeń do pięciu wykonawców i przeprowadzenia negocjacji z trzema firmami, do 2 grudnia 2014 r. nie wpłynęła żadna oferta⁴⁴. Ponowne postępowanie w tym trybie wszczęło 5 grudnia 2014 r., wysłano zaproszenia do 11 wykonawców i przeprowadzono negocjacje z pięcioma firmami.

W grudniu 2014 r. ofertę złożyło tylko jedno Konsorcjum na kwotę 89.232,3 tys. zł, przy planowanej na realizację zamówienia kwocie 10.000,0 tys. zł. Komisja przetargowa zaproponowała przyjęcie tej oferty. Protokół Komisji przetargowej zatwierdził Dyrektor CSIOZ. W jego ocenie wyższa cena oferty w nowym postępowaniu wynika ze skróconego terminu realizacji umowy, bowiem poprzedni wykonawca miał dwa lata na realizację kontraktu, a nowy integrator ok. 10 miesięcy. Powoduje to potrzebę wykorzystania dużo większych zasobów osobowych, niezbędnych do realizacji zadań, które będą realizowane równolegle, a nie sekwencyjnie, co generuje kolejne koszty związane z zarządzaniem spójnością oraz wieloma zespołami pracującymi równocześnie.

Minister Zdrowia, pismem z 23 stycznia 2015 r., zwrócił się do Ministerstwa Finansów o udzielenie zapewnienia finansowania w 2015 r. w wysokości 74.233,0 tys. zł na kontynuację Projektu P1, co zostało uwzględnione decyzją z 26 stycznia 2015 r. W dniu 11 lutego 2015 r. CSIOZ zawarł umowę z Konsorcjum na kontynuację projektu P1 w zakresie zaprojektowania, realizacji wdrożenia i nadzór gwarancyjny Podsystemów „Szyna usług”, „System Administracji” oraz Integrację, Wydanie i Wdrożenia Systemu.

Termin zakończenia Projektu P1 warunkuje realizację w 2015 r. projektu P4 „Dziedziczne systemy teleinformatyczne systemu informacji w ochronie zdrowia”, w tym m.in. Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi, Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia, Systemu Monitorowania Zagrożeń, Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych i Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia. Planowane jest także wdrożenie Systemu Monitorowania Dostępności do Świadczeń Opieki Zdrowotnej.

Ponadto, do końca 2014 r. nie wykonano systemu monitorowania kosztów leczenia i sytuacji finansowo-ekonomicznej podmiotów leczniczych, o którym mowa w art. 28 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia i rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w tej sprawie⁴⁵. System ten ma być wykonany dopiero w ramach projektu P4 w październiku 2015 r., tj. po ponad dwóch latach od wejścia w życie rozporządzenia. Również realizacja wniosku pokontrolnego NIK z 2012 r. w zakresie analizy nasycenia jednostek ochrony zdrowia w aparaturę wysokospecjalistyczną służąca do diagnostyki obrazowej i odpowiednie do potrzeb rozmieszczenie aparatury, będzie możliwa dopiero po wykonaniu projektu P1.

W ustawie budżetowej na realizację działań w ramach Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego 2009–2014 i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009–2014 zaplanowano łącznie kwotę 100.130,0 tys. zł. W ciągu roku plan finansowy został zmniejszony do 65.398,2 tys. zł, z czego wydatkowano jedynie 17.381,0 tys. zł, tj. 26,6% planu po zmianach.

Przyczyną było niezrealizowanie zaplanowanych działań, związanych z realizacją dwóch programów operacyjnych: PL07 „Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych” i PL13 „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu”.

⁴⁴ Odpowiedź CSIOZ skierowana do Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia z 22 stycznia 2015 r.

⁴⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie Systemu Monitorowania Kosztów Leczenia i Sytuacji Finansowo-Ekonomicznej Podmiotów Leczniczych (Dz. U. z 2013 r., poz. 670).

Na realizację Programu PL07 przewidziano, według ustawy budżetowej, kwotę 77.349,0 tys. zł, z czego 99,6% środków na projekty konkursowe. Plan wydatków na te projekty zmniejszono w ciągu roku do kwoty 48.948,2 tys. zł (o 36,5%), z czego wydatkowano jedynie 15.871,8 tys. zł, tj. 32,4% planu po zmianach. Wpłynęła na to głównie skomplikowana i długotrwała procedura wyboru projektów do dofinansowania, która trwała ponad rok. Już w trakcie ubiegłorocznej kontroli budżetowej NIK oceniła, że Ministerstwo Zdrowia nie było przygotowane do sprawnego rozpatrzenia 585 wniosków. Pomimo, że wnioskodawcom wyznaczono trzy i pół miesięczny okres na złożenie aplikacji (do końca czerwca 2013 r.), procedura wyboru projektów zakończyła się dopiero w III kwartale 2014 r., a nie w I kwartale 2014 r. jak zakładano w momencie planowania wydatków. Ostatecznie do dofinansowania w ramach PL07 zakwalifikowano 37 projektów, z czego cztery podmioty zrezygnowały z podpisania umowy. Umowy z pozostałymi beneficjentami zostały podpisane w październiku i grudniu 2014 r. i w konsekwencji w grudniu wypłacono pierwsze zaliczki w projektach.

Wystąpiły opóźnienia w realizacji Projektu Predefiniowanego „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu” realizowanego w ramach programu PL13 przez Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego (DUZ) w Ministerstwie Zdrowia. Personel zarządczy w projekcie – zdaniem Operatora Programu – prowadził monitoring i koordynację zadań w sposób, który spowolnił proces wypracowania wstępnych wersji „Modelu oceny potrzeb zdrowotnych” oraz „Modelu programu promocji zdrowia i/lub profilaktyki zdrowotnej”, niezbędnych do uruchomienie postępowania konkursowego skierowanego do powiatów. W związku z kwestionowaniem kwalifikacji wydatków przez Operatora znacząco wydłużył się okres zatwierdzenia wniosku o płatność za I okres sprawozdawczy 2014 r., który trwał od maja 2014 r. do lutego 2015 r. Z powodu tych opóźnień nie zostały przekazane kolejne transze partnerom realizującym projekt wspólnie z DUZ i w efekcie z zaplanowanej kwoty 5.089,0 tys. zł wydatkowano 892,9 tys. zł, tj. 17,5%.

W 2014 r. nie zakontraktowano środków na projekty konkursowe w ramach programu PL13, na które zaplanowano 17.467,0 tys. zł, a po zmniejszeniu planu 10.496,3 tys. zł. Opóźnienia w opracowaniu modeli w ramach programu predefiniowanego przelożyły się na przesunięcie terminu naboru wniosków konkursowych o jeden kwartał. Procedura konkursowa dla powiatów została ogłoszona 31 marca 2014 r. zamiast w IV kwartale 2013 r. i nabór trwał dwa miesiące. Ocenę 98 wniosków w wyniku której 24 projekty otrzymały decyzję Ministra Zdrowia o dofinansowaniu zakończono w listopadzie, tj. po kolejnych pięciu miesiącach. Podpisanie umów przewidziano dopiero w lutym 2015 r., w związku z czym beneficjentom nie wypłacono w 2014 r. planowanych pierwszych zaliczek.

Opóźnienia w wydatkowaniu środków mogą w konsekwencji skutkować niewykorzystaniem części z nich przez beneficjentów do zakończenia okresu kwalifikowalności, tj. do 30 kwietnia 2016 r.

Kontroli poddano zakup usług na kwotę 1.483,8 tys. zł, stanowiącą 4,8% ogółu wydatków z budżetu środków europejskich, przekazaną na trzy projekty⁴⁶, w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, m.in. na:

- kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych,
- kursy w ramach kształcenia w zakresie opieki geriatrycznej,
- usługi o charakterze szkoleniowym lub dydaktycznym w dziedzinie ekonometrii i nauk społecznych.

Wykonawcy umów zostali wybrani w sposób zapewniający uczciwą konkurencję, przy zastosowaniu przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych. Środki wydatkowano w okresie kwalifikowalności oraz rzetelnie udokumentowano. W wyniku realizacji zadań osiągnano cele ustalone we wnioskach o dofinansowanie.

Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia, w związku z oczekiwaniami Komisji Europejskiej w zakresie wzmocnienia koordynacji poziomu regionalnego i centralnego oraz mapowania potrzeb w sektorze ochrony zdrowia, podjęło decyzję o realizacji projektu w ramach PO KL pn. „Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia – szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych”, którego realizację powierzono Departamentowi Analiz i Strategii.

⁴⁶ Projekty realizowane były przez: Departament Pielęgniarek i Położnych – „Kształcenie pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” i „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej” oraz Departament Analiz i Strategii – „Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia – szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych”.

Wystąpiło sześciomiesięczne opóźnienie, w stosunku do planowanego harmonogramu, z powodu czasochłonnej procedury jego zatwierdzenia oraz konieczności uruchomienia środków z rezerwy celowej. Wniosek o dofinansowanie projektu przewidywał jego realizację w okresie luty 2014 r. – czerwiec 2015 r., natomiast decyzja o dofinansowaniu została podpisana 30 czerwca 2014 r., a decyzja o ponoszeniu wydatków z rezerwy celowej została podjęta we wrześniu 2014 r.

W ramach realizacji projektu, do końca 2014 r., wydatki z budżetu środków europejskich wyniosły 557,7 tys. zł oraz z budżetu środków krajowych 98,4 tys. zł, co stanowiło 59,0% planu po zmianach oraz 13,3% wartości projektu, pomimo, że zatwierdzony budżet projektu przewidywał w 2014 r. wydatki na kwotę 2.867,2 tys. zł oraz w 2015 r. na kwotę 2.061,9 tys. zł na realizację 8 zadań projektu.

Niższe, niż planowano wydatkowanie środków spowodowane było również brakiem pozytywnego rozstrzygnięcia niektórych postępowań przetargowych, w tym m.in. w przypadku zakupu sprzętu komputerowego i rzutników wykonawca nie wniósł wadium oraz proponowana przez niego kwota była większa, niż zakładany budżet beneficjenta, w przypadku zakupu serwerów i oprogramowania oferent nie przystąpił do podpisania umowy, w przypadku badania terenowego unieważniono postępowanie, a przy wyborze ekspertów z zakresu kardiologii, nie została złożona żadna oferta.

Do końca 2014 r. nie osiągnięto rezultatów w projekcie, beneficjent prowadził jedynie działania projektowe polegające na pracach przygotowawczych.

Na wniosek beneficjenta przedłużony został okres realizacji projektu do listopada 2015 r. i złożona została zaktualizowana wersja wniosku o dofinansowanie projektu, która uwzględnia zamiany w harmonogramie związane z opóźnieniami w jego realizacji.

2.3. Realizacja wydatków w układzie zadaniowym

W Ministerstwie zostały określone procedury wewnętrzne dotyczące planowania i realizacji wydatków w układzie zadaniowym oraz wyodrębniono ewidencję księgową dla budżetu zadaniowego. W ramach sprawowania kontroli zarządczej prowadzono monitoring realizacji planu finansowego w układzie zadaniowym w oparciu m.in. o sprawozdania sporządzane przez departamenty i podległe jednostki. Sprawozdania zawierały wysokość kwot zrealizowanych wydatków oraz efekty rzeczowe i mierniki określające stopień realizacji celu.

W 2014 r. nie osiągnięto planowanego miernika w działaniach:

- 20.1.2.10 Program wieloletni „Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych” w którym planowano objąć badaniem przesiewowym raka piersi 45% objętej programem populacji, raka szyjki macicy 27% objętej programem populacji oraz wykonać 41 tys. badań kolonoskopowych w ramach badań jelita grubego. Badaniem raka piersi objęto 43,7% populacji, raka szyjki macicy 22,1% populacji oraz przeprowadzono 37 tys. badań kolonoskopowych w ramach badań jelita grubego. Wyjaśniono, że pomimo podejmowanych przez Ministerstwo działań, nie doprowadzono do zmiany postaw w zakresie korzystania z badań.
- 20.1.2.2 Świadczenia wysokospecjalistyczne, z wyłączeniem transplantacyjnych, finansowane z budżetu państwa, w którym przewidywano wykonanie 344,2 świadczeń⁴⁷ pozatransplantacyjnych na 1 mln mieszkańców, a wykonano 332,89.

Na zadanie 20.1.2.9 – Leczenie osób chorych na hemofilię zaplanowano środki w wysokości 125.000,0 tys. zł pomimo, że „Narodowy Program Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2012–2018” zakładał przeznaczenie na ten cel w 2014 r. kwoty 247.474,0 tys. zł. W ciągu roku budżetowego zwiększono środki na realizację programu do kwoty 297.164,0 tys. zł.

Wyjaśniono, że zgłaszane potrzeby na realizację tego programu przekraczają corocznie możliwości finansowania ze środków planowanych w ustawie budżetowej na ten cel. W 2014 r. Minister Zdrowia, po zapewnieniu finansowania programów wieloletnich, w tym „Narodowego programu zwalczenia chorób nowotworowych”, „Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”, jak również programu lekowego „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce 2012–2016”, mógł przeznaczyć na „Program leczenia chorych na Hemofilię(...)” jedynie kwotę 125.000,0 tys. zł, mimo potrzeb zgłaszanych do projektu budżetu na poziomie 297.164,0 tys. zł. Na wniosek Ministra Zdrowia z rezerwy celowej (część 83, poz. 47), decyzją Ministra Finansów, zwiększono środki na realizację programu o 172.164,0 tys. zł.

⁴⁷ Planowana wartość miernika według ustawy budżetowej na 2014 r. została ustalony na 476,79 świadczeń pozatransplantacyjnych na 1 milion mieszkańców. Przyczyną zmiany wartości miernika były ustalenia NIK w wystąpieniu pokontrolnym z wykonania ustawy budżetowej za 2013 r.

3. Efekty realizacji programów i strategii w obszarze ochrony zdrowia

Do podstawowych dokumentów strategicznych w oparciu, o które prowadzona jest i ma być w najbliższej przyszłości polityka rozwoju kraju w obszarze zdrowia, należą:

- *Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności*⁴⁸,
- *Strategia Rozwoju Kraju 2020* – kluczowy dokument w szczególności dla określenia działań możliwych do sfinansowania w ramach perspektywy finansowej UE na lata 2014–2020⁴⁹,
- oraz trzy strategie zintegrowane służące realizacji celów rozwojowych:
 1. *Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010–2020 – Regiony – miasta – obszary wiejskie*⁵⁰,
 2. *Strategia Sprawne Państwo*⁵¹,
 3. *Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego*⁵².

Strategie te przewidują cele i kierunki interwencji w obszarze zdrowia oraz wskaźniki bazowe i docelowe (do osiągnięcia w 2020 lub 2030 roku), na podstawie których monitorowane jest osiągnięcie założonych celów.

Ponadto, dokumentem resortowym, w którym zostały określone cele strategiczne, operacyjne i zadania jest „*Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015*”⁵³. Cele, zadania i mierniki zawarte są też w przyjmowanym corocznie *Planie działalności Ministra Zdrowia* oraz budżecie zadaniowym.

W strategiach nie określono harmonogramów działań i planowanych wskaźników w ujęciu corocznym. Dla poszczególnych strategii zostały przyjęte plany działań, które są wdrażane na podstawie dokumentów operacyjnych, np. programów polityki zdrowotnej, wieloletnich programów inwestycyjnych, w ramach których są podejmowane decyzje dotyczące wysokości i sposobu finansowania poszczególnych działań oraz terminów ich realizacji.

Zawarte w strategiach i planach działań wskaźniki mają być monitorowane m.in. przy współpracy z GUS, prowadzącym system STRATEG, stworzony na potrzeby programowania i monitorowania polityki rozwoju.

W *Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju – Polska 2030* (DSRK), głównymi wskaźnikami w zakresie zdrowia obrazującymi poprawę stanu zdrowia Polaków są oczekiwana długość życia (LE), przeciętne trwanie życia w zdrowiu w momencie narodzin (HLY), Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia (EHCI).

Celem głównym średniookresowej *Strategii Rozwoju Kraju 2020* jest wzmocnienie i wykorzystanie gospodarczych, społecznych i instytucjonalnych potencjałów zapewniających szybszy i zrównoważony rozwój kraju oraz poprawę jakości życia ludności. Nie wyodrębniono wskaźnika wyłącznie dla ochrony zdrowia.

W *Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego 2010–2020* problematyka ochrony zdrowia została uwzględniona w celu drugim odnoszącym się w szczególności do obszarów wiejskich, a przyjęte wartości wskaźników w roku bazowym i w roku docelowym odnoszą się do zgonów niemowląt na 1 tys. urodzeń, liczby lekarzy, liczby pielęgniarek i położnych na 10 tys. mieszkańców.

Celem głównym *Strategii Sprawne Państwo 2020* jest zwiększenie skuteczności i efektywności państwa otwartego na współpracę z obywatelami. W odniesieniu do obszaru zdrowie w strategii tej, w ramach wskaźników uzupełniających⁵⁴, wskazano wskaźniki: liczba przeszczepień narządów na 1 mln mieszkańców, liczba jednostek koncentratu krwinek czerwonych wydanych do leczenia na 1 tys. mieszkańców, współczynnik współpłacenia przez pacjentów za leki refundowane, liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego spełniających parametry czasu dotarcia w stosunku do całkowitej liczby wyjazdów do stanów nagłego zagrożenia zdrowia lub życia.

⁴⁸ Uchwała Rady Ministrów nr 16 z dnia 5 lutego 2013 r. (M.P. z 2013 r., poz. 121).

⁴⁹ Uchwała Rady Ministrów nr 157 z dnia 25 września 2012 r. (M.P. z 2012 r., poz. 882).

⁵⁰ Strategia została przyjęta przez Radę Ministrów w dniu 13 lipca 2010 r. (M.P. z 2011 r. Nr 36, poz. 423).

⁵¹ Uchwała Rady Ministrów nr 17 z dnia 12 lutego 2013 r. (M.P. z 2013 r., poz. 136).

⁵² Uchwała Rady Ministrów nr 104 z dnia 18 czerwca 2013 r. (M.P. z 2013 r., poz. 640).

⁵³ Narodowy Program Zdrowia przyjęty uchwałą Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.

⁵⁴ Wskaźniki monitorowania istotne z punktu widzenia diagnozowania, monitorowania i ewaluacji osiągnięcia celów strategii, zostały podzielone na dwie grupy, tzn. na wskaźniki o charakterze podstawowym i wskaźniki o charakterze uzupełniającym (łącznie 29 wskaźników).

Celem głównym *Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020* jest rozwijanie kapitału ludzkiego poprzez wydobywanie potencjału osób tak, aby mogły one w pełni uczestniczyć w życiu społecznym, politycznym i ekonomicznym na wszystkich etapach życia. W zakresie zdrowia, wskaźnikami kluczowymi służącymi monitorowaniu postępów rozwoju kapitału ludzkiego są m.in.:

- zgony noworodków na 1 tys. urodzeń żywych,
- przeciętne trwanie życia,
- zgony z powodu nowotworów i chorób układu krążenia na 100 tys. ludności,
- wskaźnik przeżyć 5-letnich w przypadku osób chorujących na nowotwory w odniesieniu do wybranych jednostek chorobowych,
- liczba lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych w przeliczeniu na 1 tys. populacji Polski.

W *Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015*, przyjętym celem strategicznym przypisane zostały oczekiwane efekty zdrowotne, wskaźniki ich realizacji oraz oczekiwane zmiany wskaźnika w stosunku do bazowego roku 2005. Kontrola 11 wybranych wskaźników (48%) wykazała, że Ministerstwo nie monitorowało wszystkich wskaźników w poszczególnych latach realizacji programu.

Do 2014 r. nie prowadzono monitoringu odsetka kobiet i mężczyzn umierających przed 64 rokiem życia z powodu chorób naczyniowo-sercowych, który miał się zmniejszyć docelowo o 7% w przypadku kobiet i o 20% dla mężczyzn, w stosunku do bazowego roku 2005. Nie monitorowano odsetka chorych, którzy przeżyli ostry okres udaru (i według skali Rankin otrzymali poniżej 3 punktów), który miał wzrosnąć docelowo z 45% do 70%. Wskaźniki te odnoszą się do realizacji celu strategicznego „zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu”. Nie monitorowano też liczby zgonów z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, która w związku z realizacją celu „zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego”, w okresie 2005–2015, miała się obniżyć z 2750 do 2000 rocznie (o 27%).

Ministerstwo monitorowało liczbę powiatów, w których istnieją centra zdrowia psychicznego i zespoły opieki środowiskowej, tj. wskaźnik dotyczący „zapobiegania zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne”. Wartość wskaźnika systematycznie wzrastała z 9,76% w 2010 r. do 20,26% w 2013 r., co wskazuje, że może nie zostać osiągnięta wartość wskaźnika wynosząca 50% w 2015 r.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia wyjaśnił, że „mierzenie skuteczności i efektywności interwencji na poziomie populacyjnym jest niezwykle trudne. Podstawowe problemy wynikają przede wszystkim z wielości czynników zakłócających relację przyczynowo-skutkową pomiędzy działaniem w obszarze zdrowia publicznego, a efektem w postaci zmiany sytuacji zdrowotnej mierzonej na poziomie krajowym. (...) Współczynniki dobierane do obserwacji stanu zdrowia populacji często (...) są pewnym przybliżeniem, co wynika między innymi z dużych trudności metodologicznych przy prowadzeniu badań dotyczących jakości życia (...). Wiele ze wskaźników zdrowotnych to miary syntetyczne, nie stanowiące prostej informacji epidemiologicznej o zachorowalności, czy umieralności z danej przyczyny, stąd najczęściej wymagają przeprowadzenia rzetelnego badania przez jednostkę naukową, co wiąże się z poniesieniem nakładów. Kolejną sprawą jest perspektywa obserwacji w zdrowiu publicznym, sięgająca często 15–20 lat. Coroczne powtarzanie pomiaru wskaźników jakościowych wiązałoby się z utworzeniem nieefektywnego kosztowo systemu badawczego.

NIK zwraca uwagę, iż poza końcową ewaluacją potrzebny jest efektywny monitoring programu zapewniający dane, które umożliwią okresową ocenę jego realizacji. Dla przeprowadzenia ewaluacji końcowej potrzebne jest z kolei odniesienie do docelowych wartości wskaźników.

Odnosząc się do oczekiwanej zmiany wskaźnika liczby centrów zdrowia psychicznego i zespołów leczenia środowiskowego, Dyrektor wyjaśnił, że NPZ realizowany jest m.in. przez Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego⁵⁵ (NPOZP), w którym dookreślono te wskaźniki – minimalny wskaźnik liczby zespołów leczenia środowiskowego wynosi 1 zespół na 50 tys. mieszkańców mający zapewnić pacjentom od jednej do trzech wizyt tygodniowo, a wskaźnik dotyczący centrów zdrowia psychicznego ustalono, że każde obejmie 50–200 tys. mieszkańców.

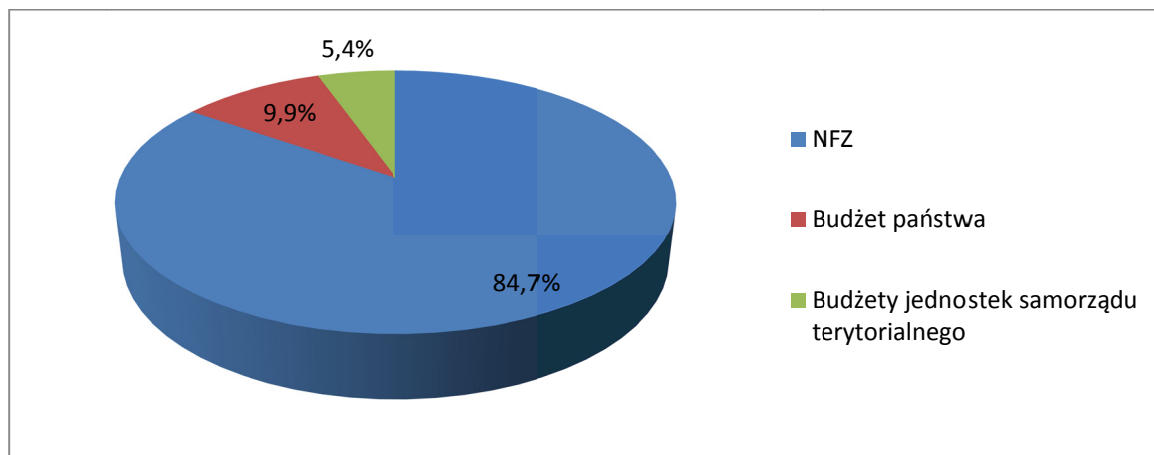
Według stanu na dzień 19 lutego 2014 r., w Polsce funkcjonowało 36 podmiotów o nazwie Centrum Zdrowia Psychicznego. Nie spełniały one jednak wszystkich wymagań określonych w tym Programie, ale jak wyjaśniono, w dalszym ciągu spełniają niezbędne funkcje określone dla tego rodzaju podmiotów m.in. poprzez udzielanie świadczeń w oddziałach dziennych, szpitalnych czy w poradniach zdrowia psychicznego.

⁵⁵ Program ten ustanowiony został rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r., w sprawie „Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego” (Dz. U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128).

Środki publiczne przeznaczone w 2014 r. na ochronę zdrowia (bez środków UE) pochodziły z następujących źródeł:

– NFZ (po wyeliminowaniu dotacji z budżetu państwa)	– 63.172.986,0 tys. zł,
– budżet państwa, w tym Ministerstwo Zdrowia	– 7.357.556,5 tys. zł,
– budżety jednostek samorządu terytorialnego	– 4.030.468,0 tys. zł.

Strukturę obrazuje poniższy wykres



W 2014 r. w rankingu Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia⁵⁶, Polska zajęła 31 miejsce na 36 krajów ocenianych, uzyskując 511 punktów na 1000 możliwych i pomimo utraty 10 pkt utrzymała pozycję z roku poprzedniego. W porównaniu do 2012 r. spadła w tym rankingu o 4 miejsca, tracąc przy tym 66 pkt. Był to wynik gorszy niż w 2009 r., kiedy z liczbą 565 punktów zajmowała 26 miejsce w rankingu państw. Tendencja z ostatnich kilku lat wskazuje, iż w 2030 r. Polska może nie uzyskać zakładanych 750 punktów, w *Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju. Polska 2030. Trzecia Fala Nowoczesności*.

Od 2009 r. do 2013 r. przeciętna długość życia wzrosła o 1,6 roku w przypadku mężczyzn i o 1 rok w przypadku kobiet i wynosiła 73,1 lat dla mężczyzn i 81,1 lat dla kobiet. Była jednak krótsza niż w krajach UE, gdzie w 2012 r. średnia dla mężczyzn wynosiła 77,5 lat i 83,1 lat dla kobiet. W przyjętych strategiach zakłada się, że w 2020 . mężczyźni w Polsce będą żyć średnio 74,0 lata, a w 2030 r. – o kolejne 4 lata dłużej, natomiast kobiety odpowiednio 81,3 lat i 84,0 lata.

W 2012 r. kobiety żyły w zdrowiu (HLY)⁵⁷ przeciętnie 62,9 lat, tj. o 0,4 roku krócej w porównaniu do roku poprzedniego i o 0,4 roku dłużej niż w 2009 r. Natomiast przeciętne trwanie życia w zdrowiu mężczyzn wynosiło 59,2 lata i było o 0,1 roku dłuższe w porównaniu do roku poprzedniego i o 0,9 roku dłuższe niż w 2009 r. W 2012 r. kobiety żyły w zdrowiu przeciętnie o 0,8 roku dłużej niż w krajach UE, a mężczyźni o 2,3 roku krócej niż w UE. Zakłada się że w 2030 r. wskaźnik ten wyniesie 75 lat dla kobiet i 69 lat dla mężczyzn.

Obniżył się wskaźnik zgonu noworodków na 1 tys. urodzeń żywych⁵⁸, z 4,0‰ w 2009 r. do 3,1‰ w 2013 r. Najniższa śmiertelność była w woj. małopolskim – 2,2‰, a najwyższa w woj. warmińsko-mazurskim – 4,6‰.

W 2012 r. wzrosła, w porównaniu do roku poprzedniego, liczba zgonów na 100 tys. ludności zarówno na choroby układu krążenia (z 440,9 do 460,8), jak i na choroby nowotworowe (z 239,3 do 245,9). Według Krajowego Rejestru Nowotworów w 2012 r. odnotowano wzrost liczby zachorowań na choroby nowotworowe o 5,9% w porównaniu do roku poprzedniego i o 8,7% do liczby zachorowań sprzed dwóch lat. Wskaźnik liczby zachorowań na choroby układu krążenia nie jest wskaźnikiem monitorującym realizację strategii.

⁵⁶ Źródło: Health Consumer Powerhouse. Europejski Konsumentcki Indeks Zdrowia to ranking opracowywany na podstawie ogólnodostępnych danych statystycznych, ankiet wypełnianych przez pacjentów oraz niezależnych badań, prowadzonych przez prywatną firmę Health Consumer Powerhouse (HCP). Ranking EHCI stanowi wzorzec do naśladowania dla Komisji Europejskiej, która ma zamiar wprowadzić systematyczne oceny służby zdrowia w krajach członkowskich. W rankingu oceniane były m.in.: przestrzeganie praw pacjenta, czas oczekiwania na świadczenia medyczne, śmiertelność niemowląt, przeżywalność w przypadku chorób nowotworowych, zakres świadczeń gwarantowanych, działania profilaktyczne i dostępność do nowych leków.

⁵⁷ Źródło: GUS – STRATEG. Dane dotyczące przeciętnego trwania życia w zdrowiu pochodzą z badania ankietowego EU-SILC – Europejskiego Badania Warunków Życia Ludności.

⁵⁸ Źródło: GUS – STRATEG.

Wskaźnik przeżyć pięcioletnich osób chorujących na nowotwory w roku bazowym 2007⁵⁹, wynosił w przypadku nowotworu piersi 75,0%⁶⁰, trzonu macicy 77,1%, gruczołu krokowego u mężczyzn – 65,2%. W 2010 r. wskaźniki te wzrosły odpowiednio do 77,2%, 78,7%, oraz 76,4%. Nie określono wartości docelowej dla poszczególnych nowotworów i przyjęto, że wartość docelowa dla wszystkich nowotworów w roku 2020 to ok. 40% wyleczeń i przeżyć pięcioletnich u mężczyzn i ok. 50% u kobiet.

Udział wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego spełniających parametry czasu dotarcia w całkowitej liczbie wyjazdów do stanów nagłego zagrożenia zdrowia lub życia, zmniejszał się od 2009 r. do 2011 r. (z 91% do 87%). W kolejnych dwóch latach tendencja została odwrócona i w 2013 r. wskaźnik ten wyniósł 90%. Przyjęto, że w 2020 r. zwiększy się do 96%.

Nieznacznie, tj. o 0,16% zmniejszyła się w 2013 r., w porównaniu do roku poprzedniego, liczba jednostek koncentratu krwinek czerwonych wydanych do leczenia na 1 tys. mieszkańców pomimo, iż w ostatnich latach systematycznie wzrastała z 26,37 w 2009 r. do 28,27 w 2012 r. Przyjęto, że w 2020 r. wyniesie 34,91.

Procentowy współczynnik współpłacenia przez pacjentów za leki refundowane wzrósł od 2009 r. o 0,62 punktu procentowego i wyniósł 33,5% w 2013 r.

W ostatnich czterech latach o 78,8% wzrosła liczba przeszczepień narządów i w 2013 r. wyniosła 41,82 na 1 mln mieszkańców. *Strategia Sprawne Państwo* zakłada, że w 2020 r. zwiększy się do 57,5.

Wzrastała liczba lekarzy na 10 tys. ludności⁶¹, z 34,9 w 2010 r. do 36,3 w 2013 r., tj. o 4% (najniższy wskaźnik był w woj. lubuskim – 24,3 a najwyższy w woj. mazowieckim – 47,2). Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego zakłada, że w 2020 r. ma wynieść 50,4 lekarzy na 10 tys. ludności.

Zahamowana natomiast została tendencja wzrostowa wskaźnika liczby pielęgniarek i położnych na 10 tys. ludności⁶². W latach 2008–2012 wzrósł on z 59,9 do 69,1, podczas gdy w 2013 r. obniżył się do 66,2 (najniższy był w woj. wielkopolskim – 52,8 a najwyższy w woj. lubelskim – 74,2). Zauważyć jednak należy, że wskaźnik osiągnięty na koniec 2013 r. jest wyższy niż zakładany do osiągnięcia w 2020 r. – 65,7 jak przyjęto w KSRR.

NIK zwraca uwagę, że do monitorowania realizacji *Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego* podawana przez GUS w systemie STRATEG liczba pielęgniarek i położnych na 10 tys. ludności przedstawia personel pracujący w placówkach ochrony zdrowia, według podstawowego miejsca pracy, natomiast liczba lekarzy na 10 tys. ludności ustalona jest według lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu⁶³ i dane te ustalone zostały w oparciu o różne rodzajowo sprawozdania, tj. MZ-88 i MZ-10A.

Dyrektor Departamentu Funduszy Europejskich wyjaśnił, że Ministerstwo Zdrowia zwróci się do Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju, który pełni funkcję Koordynatora Strategii o dokonanie zmian w tym zakresie, tak aby w systemie STRATEG metodologia obliczania tych wskaźników była ujednoczona.

Ponadto, NIK zwraca uwagę że do monitorowania *Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego* oraz *Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego*, w przypadku lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych, zostały przyjęte wskaźniki ustalane według różnych metodologii (SRKL bazuje na wskaźnikach OECD⁶⁴).

Dyrektor DFE wyjaśnił, że Ministerstwo planuje podjąć działania w celu wystandaryzowania statystyki publicznej w ochronie zdrowia. M.in. dokona przeglądu badań statystycznych, w szczególności pod kątem zakresu podmiotowego i przedmiotowego oraz źródeł zbieranych a także rodzajów wyników informacji statystycznych, formy i terminów ich udostępniania w celu aktualizacji i lepszego wykorzystania do analiz systemu ochrony zdrowia. W ramach procesu monitorowania strategii Departament Funduszy Europejskich planuje przegląd metryczek⁶⁵ wszystkich wskaźników strategicznych. Zostały podjęte już prace nad przeglądem metryczek wskaźników Strategii Sprawne Państwo, natomiast w II kwartale 2015 r. podjęte zostaną prace nad przeglądem

⁵⁹ Dane naliczane są w oparciu o analizę zbioru nowych zachorowań na nowotwory zgłoszonych do rejestrów w latach 2000–2002 i 2003–2005. Analizę przeprowadza się po zakończeniu 5-letniego okresu obserwacji (odpowiednio 2007 r. i 2010 r.). Wyniki następnego badania EURO-CARE-5 (2000–2007) będą dostępne w 2015 r.

⁶⁰ Odsetek kobiet, które żyją co najmniej 5 lat od momentu zdiagnozowania u nich nowotworu sutka.

⁶¹ Dane opublikowane przez GUS – STRATEG.

⁶² Dane opublikowane przez GUS – STRATEG.

⁶³ Dla porównania, według danych przedstawionych przez CSIOZ, liczba lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu wynosiła 35,6 – w 2012 r. i 36,6 – w 2013 r. i ustalona została na podstawie sprawozdania MZ-10A, natomiast liczba lekarzy pracujących w placówkach ochrony zdrowia (według podstawowego miejsca pracy) na 10 tys. ludności wynosiła w 2012 r. – 21,5 a w 2013 r. – 21,7 (według sprawozdania MZ-88).

⁶⁴ Organization for Economic Co-operation and Development – międzynarodowa Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju o profilu ekonomicznym.

⁶⁵ Metryczki opisujące między innymi metodologię danego wskaźnika przygotowywane są przez GUS we współpracy z właściwymi resortami i zamieszczane w STRATEG.

metryczek pozostałych wskaźników. Wnioski z tych analiz zostaną przekazane do GUS za pośrednictwem Koordynatorów poszczególnych strategii. Ponadto, w ramach prac Zespołu ds. Sprawności Instytucjonalnej Państwa i Zarządzania Rozwojem⁶⁶, realizowane będą prace nad standaryzacją usług publicznych. Ministerstwo Zdrowia w ramach prac ww. Zespołu zgłosi potrzebę podjęcia prac nad analizą statystyki publicznej w ochronie zdrowia w kontekście poprawy przejrzystości i porównywalności ze statystyką międzynarodową monitorowanych danych.

4. Sprawozdania

Przeprowadzono kontrolę prawidłowości sporządzania sprawozdań za 2014 r., własnych jednostkowych Ministerstwa Zdrowia i łącznych:

- o stanie środków na rachunkach bankowych państwowych jednostek budżetowych (Rb-23),
- z wykonania planu dochodów budżetowych (Rb-27),
- z wykonania planu wydatków budżetu państwa (Rb-28),
- z wykonania planu wydatków budżetu państwa w zakresie programów realizowanych ze środków pochodzących z budżetu UE oraz niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie EFTA (Rb-28 Programy),
- z wykonania planu wydatków budżetu środków europejskich, z wyłączeniem wydatków na realizację Wspólnej Polityki Rolnej (Rb-28 UE),
- rocznych sprawozdań z wykonania wydatków budżetu państwa oraz budżetu środków europejskich w układzie zadaniowym (Rb-BZ1),

a także

- sprawozdań finansowych za IV kwartał 2014 r. o stanie należności oraz wybranych aktywów finansowych (Rb -N) i zobowiązań według tytułów dłużnych oraz poręczeń i gwarancji (Rb-Z).

Sprawozdania zostały sporządzone terminowo, rzetelnie, stosownie do przepisów rozporządzeń Ministra Finansów w sprawie: sprawozdawczości budżetowej⁶⁷, sprawozdań jednostek sektora finansów publicznych w zakresie operacji finansowych⁶⁸, a także sprawozdawczości budżetowej w układzie zadaniowym⁶⁹.

Roczne sprawozdania budżetowe łączne oraz kwartalne sprawozdania w zakresie operacji finansowych zostały sporządzone przez dysponenta głównego części 46 na podstawie sprawozdań jednostkowych jednostek podległych, a dane w nich zawarte zostały prawidłowo przeniesione ze sprawozdań jednostkowych.

Sprawozdania jednostkowe⁷⁰ Ministerstwa Zdrowia sporządzone zostały na podstawie danych wynikających z ewidencji księgowej i przekazują prawdziwy obraz dochodów, wydatków, a także należności i zobowiązań 2014 roku. Podstawą sporządzenia sprawozdań była ewidencja księgowa prowadzona w warunkach przyjętego systemu kontroli zarządczej w zakresie finansowym zawierającego wszystkie wymagane elementy określone w aktach prawnych i regulacjach wewnętrznych oraz obowiązujących standardach.

5. Księgi rachunkowe

Ministerstwo Zdrowia, jako dysponent główny środków budżetowych części 46 – Zdrowie, posiadało opracowaną i zatwierdzoną do stosowania procedurę kontroli finansowo-księgowej dokumentów⁷¹ oraz przyjęte zasady (politykę) rachunkowości⁷², odrębną i niezależną od dysponenta trzeciego stopnia. Zasady stosowania klasyfikacji budżetowej wynikały z obowiązujących przepisów dotyczących szczegółowej klasyfikacji dochodów,

⁶⁶ Zespół ds. Sprawności Instytucjonalnej Państwa i Zarządzania Rozwojem został powołany zgodnie z zapisami zawartymi w Planie działań służących realizacji Strategii Rozwoju Kraju 2020.

⁶⁷ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie sprawozdawczości budżetowej (Dz. U. z 2014 r., poz. 119 ze zm.).

⁶⁸ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 4 marca 2010 r. w sprawie sprawozdań jednostek sektora finansów publicznych w zakresie operacji finansowych (Dz. U. Nr 43, poz. 247 ze zm., od 10 grudnia 2014 r. obowiązuje Dz. U. z 2014 r., poz. 1773).

⁶⁹ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2011 r. w sprawie sprawozdawczości budżetowej w układzie zadaniowym (Dz. U. Nr 298, poz. 1766).

⁷⁰ Sprawozdania dysponenta głównego środków budżetowych części 46 i sprawozdania Biura Dyrektora Generalnego jako dysponenta trzeciego stopnia.

⁷¹ Instrukcja sporządzania, obiegu i kontroli dokumentów finansowo-księgowych dysponenta głównego środków budżetowych części 46 – Zdrowie, stanowiąca załącznik do Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 stycznia 2014 r. (Dz. Urz. MZ z 2014 r., poz. 26).

⁷² Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2010 r. (Dz. Urz. MZ z 2010 r. Nr 13, poz. 73), zmienione zarządzeniem z dnia 5 stycznia 2012 r. (Dz. Urz. MZ z 2012 r., poz. 1).

wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych. System księgowości komputerowej spełniał podstawowe wymagania określone w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości⁷³.

W przyjętej polityce rachunkowości dysponenta głównego w Zakładowym Planie Kont nie zostały ujęte dwa konta pozabilansowe, tj. konto 975 – „Wydatki strukturalne” oraz konto 990 – „Plan finansowy wydatków budżetowych w układzie zadaniowym”, pomimo, że wniosek⁷⁴ o zatwierdzenie zmiany został zaakceptowany w dniu 4 kwietnia 2012 r. Polityka rachunkowości nie została zaktualizowana ponieważ, jak wyjaśniono, zmiany nastąpią po planowanym w 2015 r. wprowadzeniu nowego systemu finansowo-księgowego.

W trakcie przeprowadzanych czynności kontrolnych, przygotowany został projekt zarządzenia Ministra Zdrowia zmieniający zarządzenie w sprawie zasad (polityki) rachunkowości dysponenta głównego środków budżetowych części 46 – Zdrowie.

Zbadano próbę 138 dowodów i odpowiadających im zapisów księgowych o łącznej wartości 954.779,7 tys. zł. Wydatki objęte badaniem wyniosły łącznie 464.092,5 tys. zł i stanowiły 10,0% wydatków ogółem⁷⁵, zrealizowanych przez dysponenta głównego środków budżetowych części 46 – Zdrowie.

Dowody i odpowiadające im zapisy księgowe zostały sprawdzone pod kątem poprawności formalnej oraz prawidłowości kontroli bieżącej i dekretacji, ewidencji transakcji w urządzeniach księgowych oraz wiarygodności ksiąg wpływających na sprawozdawczość bieżącą i sprawozdania roczne.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie wiarygodność ksiąg rachunkowych w odniesieniu do rocznych sprawozdań budżetowych i kwartalnych sprawozdań w zakresie operacji finansowych, a także skuteczność funkcjonowania systemu rachunkowości oraz mechanizmów kontroli zarządczej dotyczących operacji finansowych i gospodarczych.

6. Ustalenia innych kontroli

Przy ocenie wykonania budżetu państwa w części 46 – Zdrowie wykorzystano również wyniki innych kontroli przeprowadzonych w 2014 r. w zakresie realizacji zadań przez Ministra Zdrowia a w szczególności dotyczące:

- działalności szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe,
- funkcjonowania szpitali klinicznych,
- opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym,
- funkcjonowania podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych,
- funkcjonowania systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

W wyniku kontroli działalności szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe, stwierdzono, że:

- zmiana formy organizacyjno-prawnej szpitali i utworzenie spółek w miejsce samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie spowodowała, w kontrolowanych podmiotach, ograniczenia liczby i zakresu wykonywanych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych;
- nie odnotowano również istotnych zmian w sposobie zarządzania tymi jednostkami, ponieważ przekształcone szpitale nie podjęły wystarczających działań w celu zwiększenia efektywności funkcjonowania; nie prowadziły analiz kosztów ponoszonych na realizację poszczególnych procedur medycznych, co powodowało że nie mogły określić ich rentowności, a zarządzający tymi podmiotami nie mogli wykorzystać tego narzędzia w celu przeprowadzenia restrukturyzacji prowadzonej działalności;
- tylko nieliczne spółki badały i analizowały rynek usług medycznych, co utrudniało podejmowanie decyzji zarządczych, w szczególności zmianę zakresu udzielanych świadczeń; ponad 90% przychodów ogółem pochodziło z kontraktów z NFZ, a jedynie ok. 5% stanowiły przychody z tytułu odpłatnej sprzedaży usług medycznych;
- spośród 142 przekształconych szpitali⁷⁶, monitorowanych przez Ministerstwo Zdrowia, żaden nie uzyskał dodatniej rentowności sprzedaży, a blisko 34 % odnotowało stratę w 2013 r.; w tej sytuacji oddłużenie podmiotów leczniczych przez przejęcie części ich zobowiązań przez podmioty właścicielskie, uzyskujące środki budżetu państwa na wsparcie procesu przekształceń może mieć jedynie charakter doraźny;

⁷³ Dz. U. z 2013 r., poz. 330 ze zm.

⁷⁴ Pismo o sygn. MZ-BFK-00-2401-14/ZS/12.

⁷⁵ Zrealizowane wydatki wyniosły 4.638.729,0 tys. zł w tym z budżetu państwa 4.266.668,1 tys. zł i budżetu środków europejskich 372.060,9 tys. zł.

⁷⁶ Ministerstwo Zdrowia monitorowało sytuację finansową 142 szpitali przekształconych w spółki kapitałowe na podstawie ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm. uchylony z dniem 1 lipca 2011 r.) i na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

- nie uzyskano istotnego zwiększenia liczby podmiotów działających w formie spółek kapitałowych; szacunki Ministerstwa Zdrowia dotyczące liczby jednostek samorządu terytorialnego zainteresowanych przekształceniem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki w latach 2011–2014 okazały się wysoce nietrafne, ponieważ liczba przekształconych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej stanowiła zaledwie 9% z przewidywanych 500, na co wykorzystano 23,6% środków określonych w art. 203 ustawy o działalności leczniczej; szacunków tych dokonano głównie na podstawie informacji uzyskanych telefonicznie od świadczeniodawców oraz na podstawie doświadczeń z realizacji programu pn. „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia, tzw. „Plan B”;
- kontrola 21 szpitali przekształconych w spółki i 11 jednostek samorządu terytorialnego wykazała nieprawidłowości w łącznej kwocie 5.884,3 tys. zł, w tym m.in. 4.527,1 tys. zł z tytułu niewykazania w ewidencji księgowej j.s.t. zobowiązań przejętych po likwidowanym spzoz wynikających z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych i 968,9 tys. zł z naruszeniem prawa polegającym na niedochodzeniu przez j.s.t. należności po zlikwidowanym spzoz przekazanych umową cesji na rzecz nowo powołanej spółki, zamiast na rzecz j.s.t.

Kontrola funkcjonowania szpitali klinicznych wykazała, że nie stworzono rozwiązań poprawiających efektywność funkcjonowania szpitali klinicznych, które uwzględniałyby ich szczególną rolę w obszarze leczniczym, dydaktycznym oraz naukowo-badawczym. Jednostki te wykonują około 25% świadczeń zdrowotnych w Polsce, w tym aż 75% wysokospecjalistycznych i mają istotne znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Jednocześnie ścisły związek szpitali klinicznych z uczelniami medycznymi w praktyce doprowadził do znacznego ograniczenia samodzielności dyrektorów szpitali w zarządzaniu tymi jednostkami.

W ocenie NIK, obecne rozwiązania utrudniają efektywną działalność szpitali klinicznych. Część z nich znajduje się w bardzo złej sytuacji ekonomicznej, zagrażającej dalszemu funkcjonowaniu. Istnieją jednak również szpitale niezadłużone i na bieżąco regulujące swoje zobowiązania. Zróżnicowanie sytuacji ekonomicznej szpitali klinicznych wskazuje na znaczenie prawidłowego zarządzania tymi placówkami. Jednak nawet szpitale bilansujące swoją działalność, napotykają na istotne systemowe przeszkody w skutecznym i efektywnym funkcjonowaniu.

NIK zwraca również uwagę na brak rzetelnie ustalonych kosztów dydaktyki klinicznej ponoszonych przez szpitale kliniczne oraz nieprawidłowe wyposażenie w majątek trwały niezbędny do wykonywania zadań statutowych, co zniekształcało obraz sytuacji ekonomicznej tych jednostek prezentowany w sprawozdaniach finansowych.

Ustalenia NIK po kontroli opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym wskazują, że:

- w Polsce nie ma systemu geriatrycznej opieki medycznej; dostępność do tej formy opieki jest niewystarczająca, brakuje powszechnych, kompleksowych i wystandaryzowanych procedur postępowania w opiece medycznej nad osobami w podeszłym wieku; nie są realizowane Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej⁷⁷;
- zmniejszyła się liczba poradni i oddziałów geriatrycznych, do których pacjenci przyjmowani są bez konieczności oczekiwania; mimo wzrostu nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej dla osób w podeszłym wieku, wzrosła liczba oczekujących i rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczenia;
- dostęp do świadczeń geriatrycznych wykazuje duże zróżnicowanie terytorialne; w województwie warmińsko-mazurskim w 2013 r. nie było ani szpitalnego oddziału geriatrycznego, ani poradni geriatrycznej, żaden lekarz geriatra nie udzielał świadczeń na podstawie umowy z NFZ, a najwyższą wartość świadczeń zrealizowanych w lecznictwie szpitalnym zanotowano w województwie śląskim;
- opracowane „*Standardy postępowania w opiece geriatrycznej*” nie zostały wprowadzone przez Ministra Zdrowia w formie powszechnie obowiązującego prawa⁷⁸, przez co ich wpływ na organizację opieki geriatrycznej, a co za tym idzie na jakość i efektywność leczenia pacjentów, był ograniczony;
- brakuje lekarzy geriatrów; liczba specjalistów geriatryki znacznie odbiegała od standardów europejskich⁷⁹; w Polsce, na dzień 31 sierpnia 2014 r., było 321 specjalistów w tej dziedzinie (0,8 na 100 tys. mieszkańców) bardzo różnie rozmieszczonych na terytorium kraju (od 0,3 na 100 tys. mieszkańców w woj. opolskim do 1,46 na 100 tys. mieszkańców w woj. małopolskim);

⁷⁷ Rada Ministrów, zauważając istotność i złożoność problemów wynikających ze zmian demograficznych, podjęła Uchwałę Nr 238 z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 (M.P. z 2014 r., poz. 118).

⁷⁸ Poprzez realizację delegacji ustawowej zawartej w art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej. Zostały jedynie opublikowane na łamach kwartalnika Gerontologia Polska (2013, tom 21, nr 2, 33–47).

⁷⁹ Przykładowo dla Szwecji wskaźnik ten wynosi 7,8, dla Austrii – 7,4, dla Czech – 1,5.

- wielowymiarowa, interdyscyplinarna procedura Całościowej Oceny Geriatrycznej (COG) służąca precyzyjnemu diagnozowaniu problemów zdrowotnych i opiekuńczych, optymalizacji leczenia i planowania opieki, poprawy stanu funkcjonalnego oraz jakości życia pacjenta geriatrycznego, prowadzona przez zespół geriatryczny, znajduje niewielkie zastosowanie, i to wyłącznie w opiece szpitalnej. Skala VES – 13, służąca do kwalifikowania pacjentów powyżej 60 roku życia do opieki geriatrycznej, nie jest wykorzystywana w podstawowej opiece zdrowotnej⁸⁰;
- obecny system rozliczania przez NFZ świadczeń medycznych (JGP) stanowi kolejną barierę w rozwoju oddziałów geriatrycznych; w obowiązującym systemie JGP nie ma możliwości rozliczenia pacjenta z wielochorobowością, a leczenie zgodnie z zasadami sztuki medycznej prowadzi do strat dla szpitala; planowanie finansowania świadczeń w zakresie geriatryki nie było poprzedzone wystarczającymi analizami potrzeb i dostępności poszczególnych usług;
- w sytuacji braku systemu oraz niedostatecznego finansowania opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku, świadczeniodawcy, w ramach własnych możliwości, tworzyli bazę łóżek geriatrycznych oraz ambulatoryjną opiekę geriatryczną wykorzystując nieopublikowane urzędowo standardy opieki geriatrycznej wypracowane przez powołany przy Ministrze Zdrowia zespół ekspertów.

Po kontroli funkcjonowania podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych NIK oceniła, że działania Ministra Zdrowia na rzecz tworzenia warunków dla prawidłowego funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) były niewystarczające, a zakres prowadzonych analiz i ocen potrzeb zdrowotnych w tym zakresie był ograniczony.

W działaniach na rzecz rozwiązania zidentyfikowanych problemów systemowych ochrony zdrowia nie korzystano z potencjału naukowego i badawczego podległych i nadzorowanych przez Ministra Zdrowia szkół wyższych i instytutów badawczych.

W ocenie NIK może to mieć negatywny wpływ na jakość strategicznego planowania dotyczącego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Za niewystarczające NIK uznała również działania na rzecz edukacji prozdrowotnej i profilaktyki, kształtującej świadomość osobistej odpowiedzialności obywateli za swoje zdrowie⁸¹.

Pozytywnie oceniając działania Narodowego Funduszu Zdrowia na rzecz jednolitych zasad dotyczących określania zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej⁸², planowania kosztów świadczeń POZ oraz AOS, a także monitorowania procesu kontraktowania świadczeń, Najwyższa Izba Kontroli zwróciła uwagę na utrzymujące się dysproporcje w dostępie do tych świadczeń w skali kraju, województw, powiatów i gmin.

Uwagi NIK dotyczyły również niskiej skuteczności działań zapobiegających spadkowi liczby porad profilaktycznych, w latach 2012–2013, w zakresie chorób układu krążenia nastąpił spadek o 26,46% w skali kraju, profilaktyki gruźlicy o 14,48% oraz chorób odtytoniowych o 23,04%.

W dokumentacji medycznej świadczeniobiorców w wieku 45–65 lat, należących do grupy podwyższonego ryzyka występowania chorób cywilizacyjnych, w kontrolowanych 43 podmiotach leczniczych stwierdzono zaniechanie wykonywania badań profilaktycznych. Oznacza to, że pierwotne założenia reformy opieki ambulatoryjnej nie są realizowane.

W wyniku kontroli funkcjonowania systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa NIK stwierdziła, że Minister Zdrowia podejmował skuteczne działania na rzecz zapewnienia odpowiedniego poziomu zaopatrzenia pacjentów w krew i jej składniki, finansując zadania związane z krwiodawstwem i krwiolecznictwem oraz nadzorując jednostki publicznej służby krwi. Co prawda w 2/3 skontrolowanych Regionalnych Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa występowały okresowe niedobory poszczególnych składników krwi, jednakże w takich sytuacjach szpitale dokonywały niezbędnych zakupów w innych niż zazwyczaj Centrach albo odwoływały lub przesuwały zaplanowane zabiegi. Podczas kontroli nie stwierdzono jednak przypadków bezpośredniego zagrożenia dla życia lub zdrowia pacjentów spowodowanego takim stanem. Jednocześnie zarówno w Centrach, jak i podmiotach leczniczych występowały przypadki niepełnego zagospodarowania składników krwi w terminie ich ważności, co wymuszało ich utylizację.

⁸⁰ http://www.umed.pl/geriatria/pdf/calosciowa_ocena_ger.pdf.

⁸¹ Na problem ten NIK zwracała już uwagę po kontroli dotyczącej dostępności i finansowania opieki stomatologicznej ze środków publicznych (P/12/124).

⁸² Od 2010 r w postaci dokumentu: „Procedura definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń”.

Nie została osiągnięta samowystarczalność Polski w zakresie produktów krwiopochodnych, co stwarzało ryzyko niezapewnienia stabilności i pewności dostaw takich leków wytwarzanych za granicą, a jednocześnie brak było systemowego rozwiązania zagospodarowania nadwyżek osocza, stanowiącego materiał do produkcji leków krwiopochodnych. Podjęte przez Ministra Zdrowia działania na rzecz wyłonienia podmiotu, który przetwarzałby osocze w Polsce były nieskuteczne. Ze względu na ograniczone możliwości sprzedaży przez Centra tego składnika wytwórciom farmaceutycznym, ponosiły one koszty długotrwałego magazynowania niezagospodarowanego osocza, jak również koszty jego utylizacji.

Ponadto stwierdzono nieprawidłowości w działalności Ministra Zdrowia polegające m.in. na:

- wydawaniu z opóźnieniem rozporządzeń wykonawczych do ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi⁸³, w skutek czego podmioty lecznicze funkcjonowały bez regulacji prawnych w zakresie leczenia krwią i jej składnikami przez ponad 200 dni,
- określeniu w obowiązujących regulacjach prawnych opłat za krew i jej składniki, które nie obejmowały wszystkich ich rodzajów, bądź czynności realizowanych przez centra krwiodawstwa,
- niezachowaniu ciągłości funkcjonowania Krajowej Rady do Spraw Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa,
- niepełnej transpozycji do prawodawstwa polskiego dyrektyw unijnych dotyczących krwiodawstwa i krwiolecznictwa: 2002/98/WE, 2004/33/WE, 2005/62/WE.

⁸³ Dz. U. 2014 r., poz. 332.

III. Wyniki kontroli wykonania planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych

Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych jest państwowym funduszem celowym utworzonym z dniem 1 stycznia 2010 r. na podstawie art. 88 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych⁸⁴.

Przychód Funduszu stanowi odpis w wysokości 3% od wpływów z dopłat z gier objętych monopolem państwa. Koszty obsługi pokrywane są ze środków Funduszu, przy czym dotyczy to wyłącznie kosztów obsługi bankowej rachunku, na którym gromadzone są środki Funduszu. Wydatki na obsługę administracyjno-techniczną Funduszu, ponoszone przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, pokrywane są z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia⁸⁵.

Oceniając wykonanie planu wydatków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, NIK wzięła pod uwagę wyniki kontroli przeprowadzonych w Ministerstwie Zdrowia, Krajowym Biurze do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii oraz w Instytucie Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i Fundacji Innowacyjnych Rozwiązań Społecznych i Terapeutycznych FIRST, wykorzystujących środki Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

Stwierdzono oszczędne gospodarowanie środkami Funduszu i ograniczenie wydatków tylko do realnie rozpoznanych potrzeb. Środki wydatkowano wyłącznie na realizację zadań określonych w art. 88 ust. 4 ustawy o grach hazardowych, zgodnie z wymogami przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2010 r. w sprawie szczegółowych warunków uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, trybu składania wniosków oraz przekazywania środków z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

NIK ponownie zwraca jednak uwagę na nadmiar środków Funduszu w stosunku do zgłoszonych potrzeb, co wskazuje na brak korelacji pomiędzy wysokością składki a zakresem zadań, zważywszy że sfinansowano wszystkie zadania które spełniały kryteria określone w ogłaszanych konkursach.

Przychody Funduszu na 2014 r. oszacowano na kwotę 24.097,0 tys. zł, a zrealizowane zostały w wysokości 25.097,3 tys. zł, tj. 104,2%.

Stan środków pieniężnych zgromadzonych na rachunku bankowym FRPH na dzień 31 grudnia 2014 r. wyniósł 88.810,0 tys. zł i wzrósł od początku roku o 15.153,0 tys. zł, tj. o 20,6%.

Za podstawę oszacowania wysokości **kosztów** dotacji (13.000 tys. zł) przyjęto zadania Funduszu określone przepisami ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych oraz programy opracowane przez Departament Zdrowia Publicznego wraz z Krajowym Biurem do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

Łącznie **wydatkowano** 9.944,5 tys. zł, co stanowiło 76,5% planu. Koszty były przeznaczone wyłącznie na realizację zadań określonych w art. 88 ust. 4 ustawy o grach hazardowych. Niskie wykonanie planu wynikało m.in. z niższego od oczekiwanego zainteresowania potencjalnych wnioskodawców, braku zgłoszeń osób uzależnionych lub zagrożonych uzależnieniami behawioralnymi, niską jakością składanych wniosków, jak również brakiem realizacji części zadań od początku roku kalendarzowego.

Koszty obsługi Funduszu w 2014 r. wyniosły 480,9 tys. zł, co stanowiło 4,8% wszystkich kosztów poniesionych ze środków Funduszu na realizację jego ustawowych zadań, w tym na wynagrodzenia dla 4,5 etatów wyniosły 259,0 tys. zł, tj. o 9,7% mniej w stosunku do roku ubiegłego.

Środki Funduszu wydatkowano na realizację następujących Programów:

- 1) prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej i opracowywanie specjalistycznych ekspertyz, raportów, sprawozdań dotyczących problematyki uzależnień od hazardu i innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych, w kwocie 1.129,2 tys. zł;

⁸⁴ Dz. U. Nr 201, poz. 1540 ze zm.

⁸⁵ Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii nie wyodrębnia wydatków ponoszonych na obsługę administracyjno-techniczną Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, realizacja obsługi administracyjno-technicznej Funduszu odbywa się w ramach zatwierdzonego budżetu wydatków w rozdziale 85153 – Zwalczanie narkomanii.

- 2) opracowanie i wdrażanie nowych metod profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych, w kwocie 415,3 tys. zł;
- 3) udzielanie finansowej pomocy instytucjom i stowarzyszeniom realizującym zadania związane z rozwiązywaniem problemów wynikających z uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych, w tym sporządzanie oceny rozpowszechnienia i zagrożenia patologicznym hazardem – 5.906,1 tys. zł;
- 4) prowadzenie działań ukierunkowanych na podnoszenie jakości programów profilaktycznych i terapeutycznych, a także zwiększenia kompetencji zawodowych osób zajmujących się leczeniem w celu zwiększenia skuteczności oraz dostępności leczenia uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych lub dla osób uzależnionych i ich bliskich – 2.493,9 tys. zł.

Programy te były zgodne z zadaniami wynikającymi z ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych tworzącej Fundusz.

W 2014 r. zawarto 144 umowy o udzielenie dotacji, o osiem więcej w stosunku do roku 2013. Wydatki były o 97,1 tys. zł niższe niż w roku ubiegłym z powodu odrzucenia ofert niespełniających wymogów merytorycznych lub formalno-prawnych określonych w warunkach naboru wniosków.

NIK zwraca uwagę iż, pomimo realizacji zadań, stan środków Funduszu na rachunku bankowym ponownie wzrósł ponad planowane wielkości i utrzymuje się na wysokim poziomie. W 2014 r. nie dokonano zmian w zakresie systemu finansowania Funduszu dla uzyskania właściwej korelacji przychodów z zakresem finansowanych zadań, co wskazuje, że wniosek NIK z roku poprzedniego jest nadal aktualny.

W ramach kontroli wykorzystania dotacji z Funduszu, NIK przeprowadziła kontrole w dwóch podmiotach. Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w latach 2013–2014 efektywnie zrealizował zadania publiczne, na podstawie sześciu umów o łącznej wartości 849 tys. zł. Nieprawidłowości polegały na tym, że realizując dwie umowy Dyrektor Instytutu, udzielił zamówień o wartości 307,8 tys. zł na usługi w Fundacji, której jest członkiem organu nadzoru⁸⁶, bez zastosowania ustawy Prawo zamówień publicznych, mimo iż był to wymóg umowy zawartej z Krajowym Biurem do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

Fundacja Innowacyjnych Rozwiązań Społecznych i Terapeutycznych FIRST, w latach 2013–2014, realizowała zadania wynikające z dwóch umów o łącznej wartości 543,7 tys. zł. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły niewywiązania się z postanowień umowy poprzez pominięcie przepisów ustawy Pzp przy wyłonieniu realizatora filmu edukacyjnego w 2013 r. na kwotę 86,0 tys. zł.

⁸⁶ Zgodnie z danymi zawartymi w Krajowym Rejestrze Sądowym (nr 0000037618), jest członkiem Rady Fundacji – „Etoh” Fundacja Rozwoju Profilaktyki, Edukacji i Terapii Problemów Alkoholowych z siedzibą w Warszawie przy ul. Mszczonowskiej 6.

IV. Informacje dodatkowe

Wystąpienia pokontrolne skierowano do Ministra Zdrowia i Dyrektora Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii odnośnie wykonania planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, w zakresie zadań powierzonych przez Ministra Zdrowia, oraz do Dyrektora Stowarzyszenia „Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego” i Prezesa Zarządu Fundacji Innowacyjnych Rozwiązań Społecznych i Terapeutycznych FIRST, wykorzystujących środki Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

Minister Zdrowia zgłosił zastrzeżenia dotyczące m.in. ocen i uwag, w zakresie:

- niewdrożenia procedur umożliwiających wypłacenie Narodowemu Funduszowi Zdrowia środków dotacji z budżetu państwa za świadczenia dla osób uprawnionych ale nieubezpieczonych,
- nieefektywnego wdrażania programów operacyjnych w ramach Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009–2014,
- niezrealizowania wniosku pokontrolnego NIK dotyczącego zaprzestanie zawierania umów cywilnoprawnych na realizację bieżących zadań Ministerstwa, spełniających warunki umów o pracę.

Zastrzeżenia w tych sprawach zostały oddalone przez Kolegium Najwyższej Izby Kontroli.

Uwzględniono natomiast inne zastrzeżenia dotyczące oczywistych omyłek pisarskich lub rachunkowych oraz doprecyzowano uwagę dotyczącą postępowania o udzieleniu zamówienia publicznego.

Do pozostałych wystąpień pokontrolnych nie zgłoszono zastrzeżeń.

Załącznik 1. Dochody budżetowe w części 46 – Zdrowie

Lp.	Wyszczególnienie	2013 r.	2014 r.		5:3	5:4
		Wykonanie	Ustawa ¹⁾	Wykonanie		
		tys. zł			%	
1	2	3	4	5	6	7
	Ogółem część 46 – Zdrowie, w tym:	231 410,1	193 953,0	226 693,5	98,0%	116,9%
1.	750 – Administracja publiczna, w tym:	140,8	107,0	139,2	98,9%	130,1%
1.1.	75001 – Urzędy naczelnych i centralnych organów administracji rządowej	140,8	107,0	139,2	98,9%	130,1%
2.	803 – Szkolnictwo wyższe, w tym:	405,6	0,0	0,2	0,0%	–
2.1.	80306 – Działalność dydaktyczna	405,6	0,0	0,2	0,0%	–
3.	851 – Ochrona Zdrowia, w tym:	230 863,7	193 846,0	226 554,1	98,1%	116,9%
3.1.	85111 – Szpitale ogólne	0,2	0,0	0,0	0,0%	–
3.2.	85112 – Szpitale kliniczne	300,9	237,0	294,0	97,7%	124,1%
3.3.	85116 – Profilaktyczne domy zdrowia	10,5	15,0	0,0	0,0%	0,0%
3.4.	85117 – Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	65,2	50,0	45,4	69,6%	90,8%
3.5.	85120 – Lecznictwo psychiatryczne	329,8	330,0	169,1	51,3%	51,2%
3.6.	85132 – Inspekcja Sanitarna	3 887,8	2 906,0	3 968,0	102,1%	136,5%
3.7.	85133 – Inspekcja Farmaceutyczna	1 610,8	1 425,0	1 332,5	82,7%	93,5%
3.8.	85134 – Inspekcja do Spraw Substancji Chemicznych	307,3	132,0	168,4	54,8%	127,6%
3.9.	85137 – Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych	197 006,0	174 358,0	199 477,2	101,3%	114,4%
3.9.1.	§ 0690 – Wpływy z różnych opłat	196 225,9	173 558,0	198 985,8	101,4%	114,7%
3.10.	83143 – Publiczna służba krwi	7,0	0,0	1,1	15,7%	–
3.11.	85148 – Medycyna Pracy	0,7	0,0	0,0	0,0%	–
3.12.	85149 – Programy polityki zdrowotnej	1 515,2	919,0	2 869,0	189,3%	312,2%
3.13.	85151 – Świadczenia wysokospecjalistyczne	576,8	0,0	450,1	78,0%	–
3.14.	85152 – Zapobieganie i zwalczanie AIDS	3,5	10,0	29,0	828,6%	290,0%
3.15.	85153 – Zwalczanie narkomanii	2,2	0,0	14,0	636,4%	–
3.16.	85154 – Przeciwdziałanie alkoholizmowi	0,0	0,0	8,9	–	–
3.17.	85157 – Staże i specjalizacje medyczne	23,0	15,0	17,9	77,8%	119,3%
3.18.	85193 – Dochody państwowej jednostki budżetowej uzyskane z tytułu przejętych zadań, które w 2010 r. były finansowane z rachunku dochodów własnych	2 917,4	2 446,0	2 016,3	69,1%	82,4%
3.19.	85194 – Dochody państwowej jednostki budżetowej uzyskane z tytułu przejętych zadań, które w 2010 r. były realizowane przez gospodarstwa pomocnicze	3 312,2	3 378,0	3 144,3	94,9%	93,1%
3.20.	85195 – Pozostała działalność	18 987,0	7 625,0	12 548,9	66,1%	164,6%

¹⁾ Ustawa budżetowa na rok 2014 z dnia 24 stycznia 2014 r.

Dane na podstawie rocznego sprawozdania Rb-27 z wykonania planu dochodów budżetowych.

Załącznik 2. Wydatki budżetu państwa w części 46 – Zdrowie

Lp.	Wyszczególnienie	2013 r.		2014 r.		6:3	6:4	6:5
		Wykonanie	Ustawa ¹⁾	Budżet po zmianach	Wykonanie			
		tys. zł						
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ogółem część 46 – Zdrowie, w tym:		4 317 543,6	4 039 086,0	4 558 115,3	4 266 668,1	98,8%	105,6%	93,6%
1.	750 – Administracja publiczna, w tym:	60 305,2	70 061,0	70 262,7	64 501,2	107,0%	92,1%	91,8%
1.1.	75001 – Urzędy naczelnych i centralnych organów administracji rządowej	60 305,2	70 061,0	70 262,7	64 501,2	107,0%	92,1%	91,8%
2.	752 – Obrona narodowa, w tym:	3 114,1	3 245,0	3 245,0	3 143,2	100,9%	96,9%	96,9%
2.1.	75212 – Pozostałe wydatki obronne	3 114,1	3 245,0	3 245,0	3 143,2	100,9%	96,9%	96,9%
3.	803 – Szkolnictwo wyższe, w tym:	1 504 140,8	1 484 907,0	1 627 502,1	1 627 290,2	108,2%	109,6%	100,0%
3.1.	80306 – Działalność dydaktyczna, w tym m.in.	1 406 161,2	1 384 172,0	1 527 179,8	1 526 967,8	108,6%	110,3%	100,0%
3.1.1.	§ 2520 – Dotacja podmiotowa z budżetu dla uczelni publicznej na zadania, o których mowa w art. 94 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym	1 311 863,6	1 292 808,0	1 435 466,4	1 435 466,4	109,4%	111,0%	100,0%
3.2.	80309 – Pomoc materialna dla studentów i doktorantów	97 967,9	100 705,0	100 311,6	100 311,6	102,4%	99,6%	100,0%
3.3.	80395 – Pozostała działalność	11,7	30,0	10,8	10,8	92,3%	36,0%	100,0%
4.	851 – Ochrona Zdrowia, w tym:	2 736 478,5	2 469 818,0	2 846 050,5	2 560 678,6	93,6%	103,7%	90,0%
4.1.	85111 – Szpitale ogólne	0,0	300,0	1 019,7	791,2	–	263,7%	77,6%
4.2.	85112 – Szpitale kliniczne, w tym m.in.	384 883,1	559 955,0	565 157,5	401 135,3	104,2%	71,6%	71,0%
4.2.1.	§ 6220 - Dotacje celowe z budżetu na finansowanie lub dofinansowanie kosztów realizacji inwestycji i zakupów inwestycyjnych innych jednostek sektora finansów publicznych	352 067,6	539 421,0	530 522,1	370 201,0	105,2%	68,6%	69,8%
4.3.	85117 - Zakłady opiekuńczo- lecznicze i pielęgnacyjno- opiekuńcze	10 343,3	9 533,0	10 518,4	10 418,1	100,7%	109,3%	99,0%
4.4.	85120 - Lecznictwo psychiatryczne	40 628,3	39 756,0	45 204,8	44 874,3	110,5%	112,9%	99,3%
4.5.	85121 - Lecznictwo ambulatoryjne	0,0	0,0	260,0	259,9	–	–	100,0%
4.6.	85132 – Inspekcja Sanitarna	33 570,3	33 374,0	34 523,7	34 282,2	102,1%	102,7%	99,3%
4.7.	85133 – Inspekcja Farmaceutyczna	14 427,3	14 787,0	15 268,5	15 222,2	105,5%	102,9%	99,7%
4.8.	85134 – Inspekcja do Spraw Substancji Chemicznych	3 927,3	4 066,0	4 066,0	3 956,5	100,7%	97,3%	97,3%
4.9.	85137 – Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych	48 674,7	52 204,0	62 087,0	51 167,2	105,1%	98,0%	82,4%
4.10.	85141 – Ratownictwo medyczne	104 970,0	99 971,0	99 971,0	99 971,0	95,2%	100,0%	100,0%
4.11.	85143 – Publiczna służba krwi	96 377,0	93 585,0	94 803,0	94 711,8	98,3%	101,2%	99,9%
4.12.	85148 – Medycyna Pracy	1 253,1	1 168,0	1 268,0	1 168,5	93,2%	100,0%	92,2%
4.13.	85149 – Programy polityki zdrowotnej, w tym m.in.	882 851,4	798 799,0	997 643,0	920 731,7	104,3%	115,3%	92,3%
4.13.1.	§ 4230 – Zakup leków, wyrobów medycznych i produktów biobójczych	533 290,4	372 727,0	584 971,7	583 783,1	109,5%	156,6%	99,8%
4.13.2.	§ 4280 – Zakup usług zdrowotnych	86 329,7	156 214,0	156 262,5	137 580,9	159,4%	88,1%	88,0%
4.13.3.	§ 6140 – Wydatki na zakupy inwestycyjne pozostałych jednostek	212 542,2	194 187,0	188 891,0	148 506,5	69,9%	76,5%	78,6%
4.14.	85151 – Świadczenia wysokospecjalistyczne	373 771,6	318 212,0	385 212,0	382 203,7	102,3%	120,1%	99,2%
4.15.	85152 – Zapobieganie i zwalczanie AIDS	5 818,9	5 803,0	5 829,0	5 795,0	99,6%	99,9%	99,4%
4.16.	85153 – Zwalczanie narkomanii	9 649,9	8 900,0	9 211,1	9 210,4	95,4%	103,5%	100,0%
4.17.	85154 – Przeciwdziałanie alkoholizmowi	6 608,5	6 549,0	6 634,9	6 597,0	99,8%	100,7%	99,4%

4.18.	85156 – Składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego	134 802,8	164 775,0	156 075,0	156 025,6	115,7%	94,7%	100,0%
4.19.	85179 – Pomoc zagraniczna	715,0	0,0	476,7	367,7	51,4%	–	77,1%
4.20.	85195 – Pozostała działalność, w tym m.in.	583 206,1	258 081,0	350 821,0	321 789,4	55,2%	124,7%	91,7%
4.20.1.	§ 4230 – Zakup leków, wyrobów medycznych i produktów biobójczych	112 406,9	88 168,0	96 251,1	95 773,3	85,2%	108,6%	99,5%
4.20.2.	§ 2030 – Dotacje celowe przekazane z budżetu państwa na realizację własnych zadań bieżących gmin (związków gmin)	51 367,2	Rezerwa celowa	1 232,2	1 232,2	2,4%	–	100,0%
4.20.3.	§ 2130 – Dotacje celowe przekazane z budżetu państwa na realizację własnych zadań bieżących powiatu	35 986,1	Rezerwa celowa	29 465,0	29 378,5	81,6%	–	99,7%
4.20.4.	§ 2230 – Dotacje celowe przekazane z budżetu państwa na realizację własnych zadań bieżących samorządu województwa	136 161,3	Rezerwa celowa	31 056,8	30 961,9	22,7%	–	99,7%
5.	921 – Kultura i ochrona dziedzictwa narodowego, w tym:	13 505,0	11 055,0	11 055,0	11 055,0	81,9%	100,0%	100,0%
5.1.	92116 – Biblioteki	13 505,0	11 055,0	11 055,0	11 055,0	81,9%	100,0%	100,0%

1) Ustawa budżetowa na rok 2014 z dnia 24 stycznia 2014 r.

Dane na podstawie rocznego sprawozdania Rb-28 z wykonania planu wydatków.

Załącznik 3. Zatrudnienie i wynagrodzenia w części 46 – Zdrowie

Lp.	Wyszczególnienie*	Wykonanie 2013			Wykonanie 2014			8:5
		Przeciętne zatrudnienie wg Rb-70	Wynagrodzenia wg Rb-70	Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto na 1 pełno-zatrudnionego	Przeciętne zatrudnienie wg Rb-70	Wynagrodzenia wg Rb-70	Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto na 1 pełno-zatrudnionego	
		osób**	tys. zł	zł	osób**	tys. zł	zł	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Część 46 – Zdrowie	2 667	149 533	4 672	2 657	152 286	4 776	102,2%
	01	1 566	73 383	3 905	1 538	75 744	4 104	105,1%
	02	14	2 075	12 349	14	2 040	12 142	98,3%
	03	1 087	74 075	5 679	1 105	74 502	5 619	98,9%
	w tym:							
1.	Dział 750 – Administracja publiczna	588	42 219	5 983	603	42 832	5 919	98,9%
	01	49	2 090	3 554	49	2 065	3 511	98,8%
	02	6	896	12 446	6	902	12 530	100,7%
	03	533	39 234	6 134	548	39 865	6 062	98,8%
1.1.	Rozdział 75001 – Urzędy naczelnych i centralnych organów administracji rządowej	588	42 219	5 983	603	42 832	5 919	98,9%
	01	49	2 090	3 554	49	2 065	3 511	98,8%
	02	6	896	12 446	6	902	12 530	100,7%
	03	533	39 234	6 134	548	39 865	6 062	98,8%
2.	Dział 851 – Ochrona zdrowia	2 079	107 314	4 301	2 054	109 454	4 441	103,2%
	01	1 517	71 294	3 916	1 489	73 680	4 124	105,3%
	02	8	1 179	12 277	8	1 138	11 851	96,5%
	03	554	34 842	5 241	557	34 637	5 182	98,9%
2.1.	Rozdział 85117 – Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	150	5 552	3 084	142	5 683	3 335	108,1%
	01	150	5 552	3 084	142	5 683	3 335	108,1%
2.2.	Rozdział 85120 – Lecznictwo psychiatryczne	653	28 370	3 620	642	28 960	3 759	103,8%
	01	653	28 370	3 620	642	28 960	3 759	103,8%
2.3.	Rozdział 85132 – Inspekcja Sanitarna	427	22 805	4 451	419	22 889	4 552	102,3%
	01	295	12 710	3 590	289	13 203	3 807	106,0%
	02	1	194	16 162	1	275	22 897	141,7%
	03	131	9 901	6 298	129	9 411	6 079	96,5%
2.4.	Rozdział 85133 – Inspekcja Farmaceutyczna	73	4 970	5 674	67	5 119	6 368	112,2%
	01	4	127	2 648	3	138	3 835	144,8%
	02	2	265	11 023	2	287	11 977	108,7%
	03	67	4 579	5 695	62	4 694	6 309	110,8%

2.5.	Rozdział 85134 – Inspekcja do Spraw Substancji Chemicznych	33	1 952	4 929	31	1 884	5 064	102,7%
	01	4	137	2 856	4	152	3 171	111,0%
	02	1	171	14 229	1	129	10 757	75,6%
	03	28	1 644	4 893	26	1 603	5 136	105,0%
2.6.	Rozdział 85137 – Urząd Rejestracji Produktów Lecznicznych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych	335	19 416	4 830	347	19 534	4 691	97,1%
	01	3	149	4 127	3	158	4 398	106,6%
	02	4	549	11 444	4	446	9 300	81,3%
	03	328	18 718	4 756	340	18 929	4 640	97,6%
2.7.	Rozdział 85143 – Publiczna służba krwi	16	1 046	5 448	14	1 046	6 226	114,3%
	01	16	1 046	5 448	14	1 046	6 226	114,3%
2.8.	Rozdział 85152 – Zapobieganie i zwalczanie AIDS	28	1 554	4 625	27	1 582	4 882	105,6%
	01	28	1 554	4 625	27	1 582	4 882	105,6%
2.9.	Rozdział 85153 – Zwalczanie narkomanii	28	1 378	4 101	28	1 380	4 106	100,1%
	01	28	1 378	4 101	28	1 380	4 106	100,1%
2.10.	Rozdział 85154 – Przeciwdziałanie alkoholizmowi	31	1 802	4 845	32	1 789	4 658	96,1%
	01	31	1 802	4 845	32	1 789	4 658	96,1%
2.11.	Rozdział 85195 – Pozostała działalność	305	18 469	5 046	305	19 589	5 352	106,1%
	01	305	18 469	5 046	305	19 589	5 352	106,1%

* Status zatrudnienia: 01 – osoby nieobjęte mnożnikowymi systemami wynagrodzeń, 02 – osoby zajmujące kierownicze stanowiska państwowe, 03 – korpus służby cywilnej.

** W przeliczeniu na pełnozatrudnionych.

Załącznik 4. Wydatki budżetu środków europejskich w części 46 – Zdrowie

Lp.	Wyszczególnienie	2013 r.		2014 r.		6:3	6:4	6:5	
		Wykonanie	Ustawa ¹⁾	Budżet po zmianach	Wykonanie				
		tys. zł							%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Ogółem część 46 – Zdrowie, w tym:		516 876,7	325 103,0	442 421,6	372 060,9	72,0%	114,4%	84,1%	
1.	Dział 750 – Administracja publiczna	6 162,8	2 583,0	3 200,2	2 560,1	41,5%	99,1%	80,0%	
1.1.	Program Operacyjny Kapitał Ludzki (rozdz. 75001)	6 160,5	1 672,0	2 076,7	1 664,5	27,0%	99,6%	80,2%	
1.2.	Norweski Mechanizm Finansowy i Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego 2009–2014 (rozdz. 75001)	Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego	0,4	53,0	100,6	69,0	17250,0%	130,2%	68,6%
		Norweski Mechanizm Finansowy	1,9	858,0	1 022,9	826,6	43505,3%	96,3%	80,8%
2.	Dział 851 – Ochrona Zdrowia	510 713,9	322 520,0	439 221,4	369 500,8	72,3%	114,6%	84,1%	
2.1.	Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko (rozdz. 85195)	222 122,8	115 280,0	176 068,6	174 956,6	78,8%	151,8%	99,4%	
2.2.	Program Operacyjny Innowacyjna Gospodarka (rozdz. 85195)	195 576,0	16 582,0	79 446,5	62 657,1	32,0%	377,9%	78,9%	
2.3.	Program Operacyjny Kapitał Ludzki (rozdz. 85195)	69 253,7	61 579,0	77 671,6	74 926,6	108,2%	121,7%	96,5%	
2.4.	Szwajcarsko-Polski Program Współpracy (rozdz. 85132, 85195)	23 761,4	29 860,0	41 760,0	40 475,1	170,3%	135,5%	96,9%	
2.5.	Norweski Mechanizm Finansowy i Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego 2009–2014 (rozdz. 85195)	Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego	0,0	13 283,0	7 783,3	2 745,2	–	20,7%	35,3%
		Norweski Mechanizm Finansowy	0,0	85 936,0	56 491,4	13 740,2	–	16,0%	24,3%

¹⁾ Ustawa budżetowa na rok 2014 z dnia 24 stycznia 2014 r.

Załącznik 5. Kalkulacja oceny ogólnej w części 46 – Zdrowie

Oceny wykonania budżetu w części 46 – Zdrowie dokonano stosując kryteria⁹¹ oparte na wskaźnikach wartościowych opracowanych przez NIK i opublikowanych w Analizie wykonania budżetu państwa i założeń polityki pieniężnej w 2014 roku⁹².

Nie przeprowadzono szczegółowego badania dochodów⁹³ i przy ustalaniu oceny końcowej nie uwzględniono wagi dochodów.

Wydatki (łącznie z wydatkami budżetu środków europejskich): 4.638.729,0 tys. zł

Nieprawidłowości w wydatkach wyniosły 296,5 tys. zł, co stanowiło 0,01% w wydatkach ogółem danej części 46 i dotyczyły wydatkowania środków na podstawie umów zlecenia na realizację bieżących zadań Ministerstwa, które zgodnie z przepisami Kodeksu pracy miały charakter umów o pracę. Wydatki te zostały ocenione jako dokonane w następstwie działań stanowiących naruszenie prawa.

Biorąc pod uwagę efektywność wykorzystania środków finansowych i niezrealizowanie zadań rzeczowych:

- nie opracowano i nie wdrożono procedur umożliwiających wypłacenie Narodowemu Funduszowi Zdrowia środków dotacji z budżetu państwa za świadczenia dla osób wymienionych w art. 2 ust. 1 pkt 3 i 4 oraz art. 12 pkt 2–4 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁹⁴ za lata 2013–2014;
- wystąpiły opóźnienia w realizacji projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” P1, realizowanego przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, którego termin zakończenia (30 września 2014 r.) został przedłużony o ponad rok, tj. do 15 grudnia 2015 r., a dodatkowe wydatki na ten cel wyniosą 79.232,3 tys. zł, przy pierwotnie planowanej kwocie na ten projekt 712.640,0 tys. zł;
- nieefektywnie wdrażano programy operacyjne w ramach Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009–2014, w wyniku czego pierwotnie zaplanowane środki na ten cel w kwocie 100,1 mln zł zostały zmniejszone do 65,4 mln zł, z czego wydatkowano jedynie 17,4 mln zł, tj. 26,6% planu po zmianach;
- inwestycje wieloletnie w ochronie zdrowia nie były realizowane przez uczelnie zgodnie z przyjętymi harmonogramami, czego konsekwencją było niewykonanie zadań o wartości 157,1 mln zł, tj. 33,2% kwoty przyjętej w ustawie budżetowej na ten cel w 2014 r.; w 2013 r. wartość niewykorzystanych środków na inwestycje wieloletnie wyniosła 41,4 mln zł co stanowiło 12,1% zaplanowanych środków;
- z opóźnieniem realizowano zadania „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych” z powodu późnego przekazania Radzie Ministrów harmonogramu przewidywanych działań co spowodowało, że z zaplanowanej kwoty 250.000,0 tys. zł nie wykorzystano 59.637,1 tys. zł (23,9%);
- wystąpiły opóźnienia w realizacji projektu „Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia – szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych” co spowodowało, że nie wykonano zaplanowanego budżetu projektu w 2014 r. w kwocie 2.211,1 tys. zł, tj. 77,1%,

oraz ustalenia innych kontroli przeprowadzonych w 2014 r. w zakresie ochrony zdrowia, do oceny wykonania budżetu w części 46 zastosowano ocenę opisową.

Ocena końcowa: Stwierdzono, że w części 46 – Zdrowie zaplanowano oraz zrealizowano wydatki budżetowe z zachowaniem zasad gospodarowania środkami publicznymi określonymi w ustawie z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych. Skontrolowane wydatki były celowe, a dokonane w trakcie roku zmiany planu wynikały z konieczności zapewnienia bieżącego finansowania zadań.

⁹¹ <http://www.nik.gov.pl/kontrolle/standardy-kontroli-nik/>

⁹² Porównaj: <http://www.nik.gov.pl/kontrolle/analiza-budzetu-panstwa/>

⁹³ W częściach budżetu państwa, w których zgodnie z założeniami do kontroli wykonania budżetu państwa nie są badane dochody nie dokonuje się oceny cząstkowej dla dochodów i przy ustalaniu wartości G nie uwzględnia się kwoty dochodów.

⁹⁴ Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.

Przekazywanie i rozliczanie dotacji następowało zgodnie z zasadami wynikającymi z ustawy o finansach publicznych i innymi przepisami prawa. Poza wydatkowaniem środków, w kwocie 296,5 tys. zł, na podstawie umów zlecenia na realizację bieżących zadań Ministerstwa, które zgodnie z przepisami Kodeksu pracy miały charakter umów o pracę, nie stwierdzono innych nieprawidłowości o charakterze finansowym. Nieprawidłowości dotyczyły niezrealizowania lub opóźnień w realizacji zaplanowanych zadań, dotyczących przede wszystkim programów polityki zdrowotnej, inwestycji wieloletnich, projektów współfinansowanych z budżetu środków europejskich. Nie opracowano i nie wdrożono także procedur umożliwiających wypłacenie Narodowemu Funduszowi Zdrowia wyższej kwoty dotacji na finansowanie świadczeń dla osób uprawnionych ale nieubezpieczonych.

Kalkulacja oceny końcowej Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych

Oceny wykonania planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów hazardowych dokonano stosując kryteria dotyczące wykonania budżetu państwa w części 46 – Zdrowie.

Nie przeprowadzono szczegółowego badania przychodów i przy ustalaniu oceny końcowej nie uwzględniono wagi przychodów.

Koszty: 9.944,5 tys. zł

Nieprawidłowości w wydatkach dotyczyły wydatkowania środków bez zastosowania ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych. Wydatki te zostały ocenione jako dokonane w następstwie działań stanowiących naruszenie prawa.

Ocena końcowa: Stwierdzono oszczędne gospodarowanie środkami Funduszu, wydatkowanych wyłącznie na realizację zadań określonych w art. 88 ust. 4 ustawy o grach hazardowych i zgodnie z wymogami przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2010 r. w sprawie szczegółowych warunków uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, trybu składania wniosków oraz przekazywania środków z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

Stwierdzono nieprawidłowości w wydatkowaniu środków przez beneficjentów, polegających na wydatkowaniu środków uzyskanych z dotacji bez zastosowania przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych, pomimo iż był to wymóg wynikający z postanowień umów zawartych z Krajowym Biurem do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

Załącznik 6. Wykaz jednostek objętych kontrolą

Lp.	Nazwa jednostki	Osoba odpowiedzialna za kontrolowaną działalność		Ocena kontrolowanej działalności*
1.	Ministerstwo Zdrowia	Bartosz Artukowicz	Minister Zdrowia	O
2.	Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii	Piotr Jabłoński	Dyrektor Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii	P
3.	Fundacja Innowacyjnych Rozwiązań Społecznych i Terapeutycznych „FIRST”	Tatiana Mindewicz	Prezes Zarządu	O
4.	Stowarzyszenie pn. „Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego”	Jerzy Mellibruda	Dyrektor Instytutu Psychologii Zdrowia PTP	O

* Użyty skrót oznacza: P – ocena pozytywna, O – ocena opisowa, N – ocena negatywna

Załącznik 7. Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
8. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
9. Sejmowa Komisja Odpowiedzialności Konstytucyjnej
10. Sejmowa Komisja Zdrowia
11. Minister Finansów
12. Minister Zdrowia