

**WICEPREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI**
Wojciech Kutyła

KZD.410.009.01.2015

P/15/004

**WYSTĄPIENIE
POKONTROLNE**

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/15/004 – Realizacja celów Strategii „Sprawne Państwo 2020”
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontrolerzy	Teresa Polańska, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr 97614 z dnia 15 października 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia, zwane w dalszej treści „Ministerstwo” lub „MZ”.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Konstanty Radziwiłł powołany z dniem 16 listopada 2015 r. ¹ (dowód: akta kontroli str. 4)
Zakres kontroli	Realizacja przez Ministra Zdrowia zadań obejmujących: 1) zapewnienie warunków organizacyjnych do realizacji zadań Strategii „Sprawne Państwo 2020” ² , 2) stan realizacji i osiąganie planowanych wskaźników wykonania zadań w wybranych działaniach, 3) dokonywanie zmian w Planie działań i wskaźnikach monitorowania Strategii, 4) planowanie i wykorzystanie środków budżetowych na realizację wybranych działań, 5) wywiązywanie się z obowiązków sprawozdawczych.
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2013 r. do 30 września 2015 r. ³

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Minister Zdrowia realizował obowiązki wykonawcy Strategii Sprawne Państwo 2020 w zakresie objętym kontrolą osiągając efekty rzeczowe działań zakończonych w latach 2014-2015. Nie wszystkie działania objęte kontrolą, określone w Strategii⁴, zostały zakończone w planowanym terminie, pomimo znacznego zaangażowania środków z budżetu UE i Ministerstwa. Wskazuje to na niezapewnienie przez Ministra Zdrowia dostatecznego nadzoru nad trwającym ponad osiem lat, procesem realizacji zadania dotyczącego rozwoju informatyzacji systemu opieki zdrowotnej.

¹ Poprzednio: Marian Zembala w okresie 16 czerwiec 2015 r. – 15 listopad 2015 r., Bartosz Arłukowicz 18 listopad 2011 r. – 15 czerwiec 2015 r.

² W dalszej treści: „Strategia” lub „SSP”.

³ W przypadkach koniecznych badaniami zostały objęte zagadnienia wykraczające poza powyższe ramy czasowe, jeżeli miały związek z przedmiotem kontroli.

⁴ Określone w Wykazie działań stanowiącym załącznik do Planu działań zatwierdzonym przez Ministra Administracji i Cyfryzacji w lipcu 2014 r.

Działania objęte kontrolą przyporządkowane zostały właściwym komórkom organizacyjnym Ministerstwa. Spełniony został obowiązek wyznaczenia pracownika do bieżącej współpracy z Koordynatorem SSP⁵. Przekazane Koordynatorowi Strategii materiały sprawozdawcze za 2014 r. zawierały informacje o wszystkich działaniach SSP objętych kontrolą NIK realizowanych przez Ministerstwo. Przestrzegano również zasad dokonywania zmian w Planie działań.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że ocenę postępu i efektów wdrażania Strategii w latach 2013-2015 (do 30 września) na poziomie Ministerstwa utrudniał brak obowiązku określania w programach polityki zdrowotnej wyznaczników postępu zadań, które równocześnie ujęte były w Planie działań Strategii, tj. określenia wskaźników jakościowych i sposobu mierzenia efektów końcowych oraz okresowych wskaźników osiągania efektów w przypadku działań wieloletnich.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Warunki organizacyjne do realizacji zadań Strategii

Opis stanu
faktycznego

Za realizację poszczególnych działań Strategii odpowiadały departamenty zgodnie z ich właściwością określoną w Regulaminie organizacyjnym Ministerstwa⁶ oraz w wewnętrznych regulaminach organizacyjnych tych departamentów.

Zadania merytoryczne objęte kontrolą realizowały departamenty bezpośrednio odpowiedzialne za ich wykonanie: Departament Polityki Zdrowotnej, Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego, Departament Pielęgniarek i Położnych, Departament Funduszy Europejskich, a po zmianie regulaminu organizacyjnego (od 14 lipca 2015 r.) Departament Infrastruktury i e Zdrowia oraz Departament Analiz i Strategii MZ.

Zgodnie z Regulaminem organizacyjnym z dnia 14 lipca 2015 r., do Departamentu Analiz i Strategii MZ należały m.in. zadania dotyczące przygotowywania, we współpracy z właściwymi merytorycznie komórkami organizacyjnymi, diagnoz i ocen w ramach opracowywanych przez Ministerstwo dokumentów programowych, strategii i programów, (z wyłączeniem dokumentów należących do właściwości Departamentu Funduszy Europejskich) oraz określania potrzeb i przygotowywania propozycji działań w zakresie realizacji polityk istotnych z punktu widzenia długofalowego rozwoju kraju, w zakresie ochrony zdrowia.

Zadania związane z koordynowaniem Strategii realizował Departament Funduszy Europejskich – Wydział Koordynacji Polityki Rozwoju.

(dowód: akta kontroli str. 5-144)

Pracownicy wykonujący zadania związane z wdrażaniem Strategii mieli określone na piśmie przydziały obowiązków związanych z realizacją programów/projektów powiązanych ze Strategią, bez bezpośredniego przywołania nazwy Strategii. Kwalifikacje oraz doświadczenie zawodowe tych pracowników były zgodne z wymaganiami określonymi w Opisie danego stanowiska pracy w służbie cywilnej.

Przystępując do realizacji Strategii nie przeprowadzono pisemnej analizy dostosowania rozwiązań organizacyjno-prawnych i potrzeb kadrowych na potrzeby realizowania obowiązków wynikających ze SSP, ponieważ zadania i działania objęte

⁵ Koordynator SSP – Minister Administracji i Cyfryzacji.

⁶ Regulamin Organizacyjny Ministerstwa Zdrowia stanowiący załącznik do zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2009 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz. Urz. MZ Nr 13, poz. 68), a następnie zmieniony zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 lipca 2015 r. (Dz. Urz. MZ z 2015 r. poz. 34)..

kontrolą, dla których Ministerstwo zostało wskazane jako organ wiodący, w znacznej mierze były realizowane jeszcze przed wejściem w życie Planu działań w ramach innych programów strategicznych. Do współpracy z Ministerstwem Administracji i Cyfryzacji w zakresie wdrażania i monitorowania SSP, wyznaczono osobę do obowiązków której należały m.in. koordynacja okresowego monitoringu realizacji strategii właściwych dla systemu ochrony zdrowia oraz inicjowanie i koordynacja programowania strategicznego.

Na potrzeby monitorowania i sprawozdawania SSP, Ministerstwo nie opracowywało odrębnych zasad ponieważ, jak wyjaśnił Dyrektor Departamentu Funduszy Europejskich, Plan działań określa sposób mierzenia i oceny postępu osiągania planowanych celów SSP poprzez monitorowanie postępu rzeczowego realizacji poszczególnych zadań. Zgodnie z przyjętym w SSP systemem monitorowania, wskaźniki monitorowania Strategii zostały przypisane dla celów SSP a nie do zadań wdrażających poszczególne cele. Dla celu 5 w zakresie kierunku interwencji 5.1 wyznaczono trzy wskaźniki, a dla celu 7 w zakresie kierunku interwencji 7.6 - jeden wskaźnik. Dla tych wskaźników zostały określone wartości bazowe i końcowe, a w procesie corocznego monitorowania określone są wartości okresowe.⁷

(dowód: akta kontroli str. 145-253)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

W ocenie NIK, rozwiązania organizacyjne i warunki kadrowe w Ministerstwie Zdrowia umożliwiały prawidłową realizację działań ujętych w Planie działań Strategii.

2. Stan realizacji zadań oraz osiąganie planowanych wskaźników wykonania zadań w wybranych działaniach

Opis stanu
faktycznego

Istotną przesłanką decydującą o zgłoszeniu, przez Ministra Zdrowia, poszczególnych zadań realizacyjnych Strategii był wpływ danego zadania na osiągnięcie poprawy w określonych w tym dokumencie celach i kierunkach interwencji dotyczących obszaru ochrony zdrowia. Ponadto, przesłankami wyboru zadań były wytyczne dotyczące opracowania Planu działań przekazane przez Koordynatora Strategii (MAiC)⁸, zgodnie z którymi m.in. powinien on zawierać już realizowane zadania w ramach przyjętych programów rozwoju wpływające na osiągnięcie celów szczegółowych.

Plan działań na rzecz wdrażania SSP w perspektywie do 2020 r., zobowiązywał Ministra Zdrowia do realizacji 74 działań w ramach 35 zadań wpisujących się w realizację tej Strategii. Wszystkie zadania i działania ujęte były w piątym i siódmym celu strategicznym⁹, w kierunkach interwencji dotyczących obszaru ochrony zdrowia, dla których MZ był organem wiodącym¹⁰.

Realizacja siedmiu działań/zadań Strategii, objętych analizą kontrolną, przedstawiała się następująco:

⁷ Dane te są publikowane w ramach STRATEG na stronie internetowej GUS.

⁸ Pismo Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji z dnia 25.06.2013 r. znak DAP-WAR-0748-76-3/13/MS.

⁹ W ramach poszczególnych kierunków interwencji: 5.1.1.– siedem zadań, 5.1.2.–siedemnaście, 5.1.3.-trzy, 5.1.4.–pięć, 7.6.-trzy.

¹⁰ Minister Zdrowia nie został włączony, przez organy wiodące, do współpracy w zadaniach SSP dot. poprawy dostępu do informacji publicznej udostępnianej z urzędu oraz rozwoju systemu Oceny Wpływu wskazanych w Planie działań Strategii, tj. w ramach celu 1 (Otwarty rząd) i 4 (Dobre prawo).

1) Zadanie pn. „Decentralizacja zarządzania systemem na poziom regionalny i lokalny, mapowanie potrzeb zdrowotnych i infrastrukturalnych w ochronie zdrowia” (zwane dalej zadaniem nr 1);

2) Zadanie pn. „Stworzenie mechanizmu kalkulacji kosztów technologii medycznych oraz wprowadzenie nowych metod rachunku kosztów i zasad raportowania kosztów świadczeń zdrowotnych” (zwane dalej zadaniem nr 2):

Według Wykazu działań, realizację pierwszego z zadań zaplanowano w okresie od 2014 r. do stycznia 2015 r. Organem wiodącym dla tego zadania był Minister Zdrowia, a podmiotem współpracującym Narodowy Fundusz Zdrowia. Formą jego zakończenia miało być wejście w życie przepisów ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (dalej: „ustawa o świadczeniach zdrowotnych”)¹¹, a oczekiwanym efektem – usprawnienie świadczenia opieki zdrowotnej.

Realizację drugiego z zadań, we współpracy z Szkołą Główną Handlową, - również zaplanowano w okresie od 2014 r. do stycznia 2015 r. Formą jego zakończenia miało być wprowadzenie odpowiednich przepisów prawnych, a uzyskanym efektem - wypracowanie, w ramach warsztatów, modelu zbierania danych kosztowych (metodologia raportowania zewnętrznego).

Podejmowane działania, w zakresie realizacji ww. zadań, polegały na przygotowaniu odpowiednich zmian w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej. Prace nad nowymi rozwiązaniami prawnymi prowadzone były zgodnie z zasadami ustalonymi w Regulaminie pracy Rady Ministrów, tj. uchwałą nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r.¹² Wraz z projektem aktu normatywnego z dnia 23 maja 2014 r., sporządzono uzasadnienie oraz ocenę skutków regulacji, w której m.in. przedstawiono analizy wpływu projektowanego aktu normatywnego w szczególności na: a) sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego, b) rynek pracy, c) konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców.

Realizacja powyższych zadań została zakończona terminowo, a w efekcie prowadzonych działań znowelizowano ustawę o świadczeniach zdrowotnych, zgodnie z którą:

- pierwsze mapy potrzeb zdrowotnych dotyczące leczenia szpitalnego, zostaną sporządzone do 1 kwietnia 2016 r.¹³ Zmiany przepisów, w procesie legislacyjnym, uzgadniane były z NFZ. Z ustaleń kontroli wynika, że uregulowania te nie objęły planowanego działania w części dotyczącej decentralizacji zarządzania systemem na poziom regionalny i lokalny, co zostało uwzględnione w sprawozdaniu za 2014 r. z wdrażania Strategii „Sprawne Państwo 2020”. Zgodnie z wyjaśnieniem Dyrektora Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego, rezygnację z tej regulacji podjęto w dniu 26 maja 2014 r. na posiedzeniu Zespołu ds. Programowania Prac Rządu, a tym samym wszystkie prace legislacyjne prowadzone przez MZ prowadzone były po uwzględnieniu tej decyzji,

¹¹ Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.

¹² M.P. z 2013 r., poz. 979.

¹³ Ustawa z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, weszła w życie 1 stycznia 2015 r. (Dz. U. z 2014 r., poz. 1491).

- na mocy ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw¹⁴, został wprowadzony system taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej.

Realizacja zadania nr 2 była poprzedzona wypracowaniem modelu rachunku kosztów oraz szkoleniami w zakresie jego stosowania. W partnerstwie z SGH, w latach 2009-2013, realizowano projekt systemowy pn. „Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej – szkolenia z zakresu rachunków kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ”. W ramach projektu zostało przeszkolonych 6460 osób, w tym 6052 reprezentantów podmiotów leczniczych oraz 408 przedstawicieli podmiotów tworzących.

Z uwagi na fakt, iż pierwsze mapy potrzeb zdrowotnych dotyczące leczenia szpitalnego zostaną sporządzone w 2016 r., na obecnym etapie nie jest możliwe wskazanie czy osiągnięto efekt zadania, tj. czy nastąpiło usprawnienie świadczenia opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 401, 505-656)

3) Działanie „zakup autobusów dla Regionalnych Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa do poboru krwi w ramach poboru ekipowego”¹⁵

Działanie to, stosownie do harmonogramu w Wykazie działań, realizowane było w okresie 2009-2014 w ramach programu zdrowotnego „Zapewnienie samowystarczalności RP w zakresie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych”. Nadzór merytoryczny nad realizatorami programu, tj. Narodowe Centrum Krwi (używany skrót „NCK”), Regionalne Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (skrót „RCKiK”)¹⁶ sprawował Minister m.in. poprzez: analizę corocznych sprawozdań z działalności i kwartalnych informacji opisowych z wykonania budżetu oraz opiniowanie corocznych protokołów wykonania zadań objętych programem zdrowotnym.

Efektem końcowym działania miała być poprawa dostępności do leczenia krwią, jej składnikami i produktami krwiopochodnymi. Wskaźnikami monitorowania oczekiwanych efektów były m.in. liczba donacji, liczba dawców w rozbiciu na pierwszorazowych i wielokrotnych.

Szczegółowy harmonogram działań zakładał, zakup 4 autobusów corocznie (zakupiono łącznie 23). W wyniku podjętych działań, wzrosła liczba ekip wyjazdowych z 9313 w 2009 r. do 12600 w 2014 r. Jednocześnie zmniejszeniu uległa liczba oddziałów terenowych ze 170 w 2009 r. do 137 w 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 657-666, 672-675)

4) Działanie „realizacja badań przesiewowych noworodków w kierunku hipotyreozy, fenyloketonurii, mukowiscydozy i rzadkich wad metabolicznych”¹⁷ (w ramach programu polityki zdrowotnej z zakresu badań przesiewowych noworodków):

W Wykazie działań realizację tego działania planowano w okresie 2009 r.-2014 r. Jako oczekiwane efekty wskazano – poprawę dostępności do badań przesiewowych noworodków w kierunku rzadkich wad metabolizmu. Formą zakończenia działania miał być Protokół z realizacji zadania za dany rok. Realizatorem programu był Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, który na podstawie umów zobowiązany był m.in. do zakupu materiałów diagnostycznych do badań przesiewowych¹⁸, realizacji

¹⁴ Dz. U. z 2014 r., poz. 1138 ze zm.

¹⁵ W ramach zadania pn. „Rozwój systemu pobierania krwi i jej składników w oparciu o mobilne punkty poboru”.

¹⁶ Jednostki organizacyjne podległe i nadzorowane przez Ministra Zdrowia.

¹⁷ W ramach zadania pn. „Realizacja zadań z zakresu badań przesiewowych noworodków”.

¹⁸ Umowa nr 8/1/2014/106/217 zawarta 29.04.2014 r.

programu (wykonywanie badań)¹⁹, koordynacji i monitorowania programu²⁰. W załącznikach do umów określono szczegółowy zakres zadań do realizacji wraz z kosztorysem wydatków.

Zgodnie z wyjaśnieniem Dyrektora Departamentu Polityki Zdrowotnej, program nie wskazywał określonych wskaźników okresowych i końcowych osiągania celów, ponieważ głównym jego celem było objęcie całej populacji noworodków w Polsce badaniami. Realizacja programu oraz wynikający z tego cel Strategii były stale monitorowane pod kątem osiągania zakładanych celów w programie oraz umowie na dany rok (sprawozdania merytoryczno-finansowe z wykorzystania środków publicznych oraz sprawozdanie merytoryczne).

Według protokołu z realizacji Programu w 2014 r.:

- badaniami objęto całą populację noworodków w kraju,
- prowadzono rejestr noworodków i bazę danych chorych leczonych objętych badaniami przesiewowymi,
- zapewniono obsługę logistyczną prowadzenia badań na terenie całego kraju obejmującą m.in.: nadzór i koordynację prac laboratoriów przesiewowych, koordynację rozdziału oraz dystrybucję odczynników i testów do poszczególnych ośrodków, prowadzenie nadzoru przez lekarzy konsultantów z ramienia Instytutu nad diagnostyką kliniczną po wezwaniu dziecka na badanie kliniczne, dystrybucję ulotek informacyjnych na oddziały położnicze,
- wydrukowano 380 tys. ulotek informacyjnych dla matek, 690 tys. etykiet z kodami paskowymi oraz 450 instrukcji pobrań krwi do oddziałów położniczych,
- zorganizowano coroczną konferencję roboczą pt. Badania przesiewowe w 2014 r.,
- prowadzono dwie strony internetowe związane z badaniami przesiewowymi: strona ogólnodostępna zawierająca informacje o badaniach przesiewowych dla rodziców i lekarzy oraz strona kodowana dostępna dla uprawnionych osób, która umożliwia m.in. uzyskanie informacji o badanych noworodkach, dostęp do informacji statystycznych.

(dowód: akta kontroli str. 667-671, 674-741)

5) Zadanie „Poprawa opieki nad osobami w wieku starszym”, działanie realizowane w ramach projektu pn. Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej:

Według Wykazu działań realizację tego zadania zaplanowano w okresie od 2012 r. do czerwca 2015 r., formą jego zakończenia miało być zrealizowanie planowanych szkoleń, a planowanym efektem projektu: poprawa opieki nad osobami w wieku starszym w Polsce poprzez podniesienie kompetencji (szkolenie) kadr medycznych w zakresie opieki geriatrycznej, wzrost świadomości kadr medycznych, jak i ogółu społeczeństwa, w tym osób odpowiedzialnych za realizację i finansowanie świadczeń zdrowotnych na temat potrzeby sprawowania kompleksowej, interdyscyplinarnej opieki nad osobami starszymi na poziomie poz.

Organem wiodącym dla tego zadania był Minister Zdrowia. Projekt realizowany był w partnerstwie z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego i współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

Zasady monitoringu i sprawozdawczości (w ujęciu finansowo – rzeczowym) zadań realizowanych w ramach projektu, określone zostały w dokumencie „Zasady

¹⁹ Umowa nr 8/2/2014/106/218 zawarta 29.04.2014 r.

²⁰ Umowa nr 8/3/2014/106/219 zawarta 29.04.2014 r.

systemu sprawozdawczości Programu Kapitał Ludzki 2007 – 2013", które zobowiązywały Beneficjenta systemowego, przy składaniu wniosków o płatność (co 3 miesiące), wykazywać: środki planowane na realizację projektu, wydatkowane w danym okresie sprawozdawczym i narastająco od początku realizacji projektu, oraz informację o postępie rzeczowym (osiągniętych efektach projektu).

W związku z zidentyfikowanymi oszczędnościami, pierwotny plan w zakresie liczby osób objętych szkoleniami został zwiększony o 58,7 %. Projekt został zrealizowany w terminie zgodnym z okresem realizacji określonym we wniosku o dofinansowanie projektu, tj. do dnia 30 czerwca 2015 r.

W sumie szkoleniem objęto 8.239 osób (w tym: 1.369 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, 4.064 pielęgniarek poz., 2.176 fizjoterapeutów, 467 opiekunów medycznych, 163 terapeutów środowiskowych), co stanowiło 96,1 % planu po zmianach. W okresie tym prowadzono również działania informacyjno-promocyjne mające na celu upowszechnienie problematyki dot. osób starszych w społeczeństwie oraz promocję szkoleń wśród potencjalnych uczestników.

W ramach realizacji celu szczegółowego projektu, opracowany został „Raport z badania ewaluacyjnego „Funkcjonowanie opieki geriatrycznej w Polsce, zrealizowanego w ramach projektu systemowego - Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej” oraz „Założenia kompleksowej opieki nad osobami starszymi na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej”.

(dowód: akta kontroli str. 742-786)

6) Działanie: rozbudowa, remont i wyposażenie centrów urazowych²¹:

Według Wykazu działań realizację tego zadania przewidziano w latach 2010 – 2015. Formą jego zakończenia miało stanowić zakończenie projektów, a oczekiwany efekt – powstanie sieci wyspecjalizowanych jednostek pełniących funkcję centrów urazowych. Jak wskazano w Wykazie działań, w ramach projektu miało powstać 13 centrów urazowych (Lublin, Łódź, Bydgoszcz, Białystok, Gdańsk, Wrocław, Warszawa, Kraków, Poznań, Sosnowiec, Olsztyn, Zielona Góra, Rzeszów).

Zadanie realizowane było we współpracy z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (w dalszej treści używany skrót: „CSIOZ”)²², w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2007 – 2013.

Według stanu na 30 września 2015 r., w 2014 r. zakończono rzeczową realizację działania i rozliczono finansowo 8 spośród 13 inwestycji.

Monitoring i sprawozdawczość realizowanych projektów były prowadzone zgodnie z zasadami wymaganymi dla projektu. Beneficjenci cyklicznie składali wnioski o płatność, w których w części dotyczącej przebiegu realizacji projektu prezentowali informacje na temat poniesionych wydatków wraz z opisem rodzaju działań. Projekty zostały zrealizowane zgodnie z warunkami i harmonogramem zawartym w umowie o dofinansowanie dotyczącej poszczególnej inwestycji. Wszystkie wskaźniki założone w projektach zostały osiągnięte.

(dowód: akta kontroli str. 787-789)

²¹ Działanie realizowane w ramach kierunku interwencji 7.6. Poprawa funkcjonowania systemu państwowego ratownictwa medycznego, zadanie pn. „Przebudowa, rozbudowa i remont oraz doposażenie obiektów związanych z infrastrukturą obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego”.

²² CSIOZ jest jednostką budżetową nadzorowaną przez Ministra Zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia. Działalność Centrum jest finansowana z budżetu państwa, z części 46-Zdrowie, dział 851-Ochrona zdrowia, rozdział 85105-Pozostała działalność.

7) Działanie: Budowa elektronicznej platformy usług publicznych – Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (tzw. projekt P1)²³ :

Planowany okres realizacji tego zadania: od listopada 2007 r. do listopada 2015 r.²⁴. Jako formę zakończenia działania wskazano uruchomienie systemów informatycznych stanowiących elektroniczną platformę danych medycznych, a jego efektem miało być umożliwienie organom administracji publicznej, przedsiębiorcom i obywatelom gromadzenie, analizę i udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych.

W wykazie działań jako organ wiodący został wskazany Minister Zdrowia i CSIOZ, które było bezpośrednim realizatorem działania. Projekt był dofinansowany ze środków UE w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka (dalej „POIG”), Oś priorytetowa 7 „Społeczeństwo informacyjne – budowa elektronicznej administracji”, który na podstawie zawartego Porozumienia o dofinansowanie, zakładał zakończenie projektu do dnia 30 września 2014 r.²⁵.

Harmonogram rzeczowo-finansowy projektu był aktualizowany na bieżąco w oparciu o faktyczny przebieg jego realizacji. Monitoring i sprawozdawczość z realizacji projektu prowadzono zgodnie z zasadami tego projektu. Ponadto, na każdorazowe żądanie Instytucji Wdrażającej tj. Centrum Projektów Polska Cyfrowa, przedkładane było sprawozdanie z rzeczowo-finansowej realizacji projektu.

W celu prawidłowej realizacji zadania, w lutym 2010 r. powołany został (przez Dyrektora CSIOZ) Komitet Sterujący Projektu P1²⁶ jako organ doradczy Ministra Zdrowia oraz w lipcu 2012 r. - Zespół zadaniowy do spraw monitorowania realizacji projektów informatycznych z zakresu ochrony zdrowia (powołany przez Przewodniczącego Komitetu Rady Ministrów do spraw Cyfryzacji), w skład którego wchodził m.in. przedstawiciel Ministra Zdrowia oraz Ministra Administracji i Cyfryzacji.

Ustalono, że na dzień 31 grudnia 2015 r. projekt nie został zakończony, pomimo czterokrotnego przedłużania terminu jego realizacji²⁷.

Zdaniem kierownictwa Departamentu Infrastruktury i e-Zdrowia, główną przyczyną niezakończenia projektu, było niewywiązywanie się Wykonawców z realizacji umów zawartych w ramach projektu. W związku z tym w dniu 30 listopada 2015 r. umowy te zostały wypowiedziane i wykonawców obciążono karami umownymi (20 % wartości kontraktów). Ministerstwo prowadzi intensywne prace mające na celu zminimalizowanie zakresu i negatywnych skutków zdiagnozowanych problemów i opóźnień, m.in. zostały opracowane założenia nowej formuły realizacyjnej dla projektu P 1 oraz zmiany personalne na stanowiskach kierowniczych CSIOZ. Trwają również prace nad wzmocnieniem nadzoru nad CSIOZ.

Podjęte zostały również działania mające na celu uzyskanie akceptacji Komisji Europejskiej dla zmian wprowadzonych w projekcie w związku z ryzykiem skorygowania środków uzyskanych z UE.

²³ W ramach zadania pn. „Rozwój informatyzacji systemu opieki zdrowotnej”.

²⁴ Według stanu na dzień 30 września 2015 r.

²⁵ Porozumienie o dofinansowanie numer POIG.07.01-00-00-007/09-00 z dnia 22 czerwca 2009 r.

²⁶ Na podstawie Zarządzenia nr 14/2010 Dyrektora Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia z dnia 25 lutego 2010 r. w sprawie powołania Komitetu Sterującego do spraw budowy Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych.

²⁷ Aneksami do Porozumienia o dofinansowanie projektu przedłużano termin realizacji: do 31.12.2014 r., a następnie do 30.06.2015 r., 15.12.2015 r., 31.12.2015 r.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli, brak wyznaczników postępu zadań w projektach programów polityki zdrowotnej, które równocześnie wpisane są jako działania Strategii, tj. określenia wskaźników jakościowych i sposobu mierzenia efektów końcowych oraz okresowych wskaźników osiągania efektów w przypadku działań wieloletnich, utrudnia ocenę postępu i efektów wdrażania Strategii.

Ustalone
nieprawidłowości

W związku z niezakończeniem zadania pn. „Rozwój informatyzacji systemu opieki zdrowotnej”, nie został osiągnięty jego cel, tj. umożliwienie organom administracji publicznej, przedsiębiorcom i obywatelom gromadzenie, analizę i udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych. NIK zwraca uwagę, że już w 2012 r. negatywnie oceniła realizację przez Ministra Zdrowia zadań wynikających z ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia²⁸

Ocena częściowa

W ocenie NIK osiągnięte zostały rzeczowe efekty działań zakończonych, natomiast niezrealizowanie, pomimo znacznego zaangażowania środków, w planowanym terminie działania dot. informatyzacji systemu opieki zdrowotnej świadczy o nieskutecznym nadzorze nad realizacją projektu.

3. Dokonywanie zmian w Planie działań i wskaźnikach monitorowania SSP

Opis stanu
faktycznego

Przyjęty 31.07.2014 r. Plan działań na rzecz wdrażania Strategii Sprawne Państwo w perspektywie do 2020 r., był aktualizowany w 2015 r. zgodnie z wytycznymi określonymi przez Koordynatora Strategii²⁹. Ministerstwo Zdrowia zgłosiło następujące zmiany do zadań objętych kontrolą:

- wprowadzenie w miejsce zakończonego w 2014 r. zadania pn. „Rozwój systemu pobierania krwi i jej składników w oparciu o mobilne punkty poboru”, zadania, stanowiącego kontynuację programu polityki zdrowotnej w brzmieniu: „Zakup odpowiedniego wyposażenia i nowoczesnych pojazdów transportujących krew i jej składniki w urządzenia gwarantujące utrzymanie wymaganej temperatury w czasie transportu” z okresem realizacji od 2015 r. do 2020 r.,
- w związku z kontynuacją zadań z zakresu badań przesiewowych noworodków zmieniony został w harmonogramie termin zakończenia realizacji zadania z 2014 r. na 2018 r.,
- usunięcie z Planu działań, w związku z zakończeniem realizacji zadania pn. „Decentralizacja zarządzania systemem na poziom regionalny i lokalny, mapowanie potrzeb zdrowotnych i infrastrukturalnych w ochronie zdrowia,
- wydłużenie terminu realizacji (z 2020 r. do 2023 r.) zadania pn. „Przebudowa, rozbudowa i remont oraz doposażenie obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego. Przedmiotowa zmiana uwarunkowana była koniecznością doprecyzowania zapisu zgodnie z wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków ze środków funduszy europejskich.

²⁸ W wyniku kontroli nr P/12/15 pn. „Informatyzacja szpitali”, NIK wydając negatywną ocenę, wzięła pod uwagę w szczególności: niedysponowanie, przez MZ, pełnymi informacjami dot. Stanu zasobów informatycznych usługodawców oraz w niewystarczający sposób koordynowanie procesem informatyzacji systemu ochrony zdrowia.

²⁹ Pismo MAiC z dnia 23.02.2015 r. znak:DAP-WAR.031..2.1.2015.

Zaproponowane przez Ministerstwo zmiany zostały zaakceptowane przez Koordynatora Strategii i znalazły odzwierciedlenie w dokumencie zatwierdzonym Przez Ministra AiC w dniu 11.09.2015 r.

Według wyjaśnienia Dyrektora Departamentu Funduszy Europejskich, Minister Zdrowia po przyjęciu przez Radę Ministrów SSP nie zgłaszał do Koordynatora Strategii propozycji zmian w zakresie wartości wskaźników bazowych i docelowych.

(dowód: akta kontroli str. 29-36, 448-596)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

W ocenie NIK terminowo i z zachowaniem procedur dopełniano obowiązek informowania Koordynatora Strategii o zmianach w Planie działań.

4. Planowanie i wykorzystanie środków budżetowych na realizację wybranych działań

Opis stanu
faktycznego

Strategia zakłada, że źródłem finansowania działań rozwojowych podejmowanych w ramach SSP będą środki pochodzące m.in. z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz środków europejskich.

Planowanie i wykorzystanie środków w badanych działaniach, realizowanych przez Ministerstwo przedstawiało się następująco:

1) Zadanie nr 1 i 2³⁰ należało do zadań własnych właściwych departamentów, związku z tym ich realizacja nie powodowała dodatkowych kosztów.

Realizowany projekt w latach 2009-2013 w partnerstwie z SGH był współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Z planowanych środków 7.672,6 tys. zł wydatkowano 7.364,3 tys. zł, w tym 15% w ramach środków krajowych.

(dowód: akta kontroli str. 617-656)

2) Działanie „zakup autobusów dla Regionalnych Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa do poboru krwi w ramach poboru ekipowego” - było finansowane w ramach budżetu państwa w części 46 – Zdrowie, dział 851-Ochrona zdrowia, rozdział 85149-programy polityki zdrowotnej. Poniesione wydatki były mniejsze od kwot planowanych na realizację programu, tj. wydatkowano 55.226,8 tys. zł wobec planowanych 62.400 tys. zł. Niewydatkowanie planowanej kwoty (ok. 12 %) wynikało z uzyskania, w drodze przetargów publicznych, niższych cen.

(dowód: akta kontroli str. 657-666, 672-675)

3) Działanie: realizacja badań przesiewowych noworodków w kierunku hipotyreozy, fenyloketonurii, mukowiscydozy i rzadkich wad metabolicznych jako program polityki zdrowotnej finansowane było ze środków będących w dyspozycji Ministra Zdrowia. Wydatki odpowiadały wielkościom określonym w planie finansowym i wyniosły za cały okres realizacji programu 105.376,4 tys. zł (99,9 % środków planowanych).

(dowód: akta kontroli str. 667-671, 674-741)

4) Na działanie realizowane w ramach projektu pn. Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej w ramach zadania Poprawa opieki nad osobami w wieku starszym wydatkowano 17.394,2 tys. zł, w tym 85% ze środków europejskich. Wydatkowane kwoty były niższe od planowanych w budżecie projektu o 16,8%. Różnica ta wynikała, wg. Z-cy Dyrektora

³⁰ Patrz pkt 2 niniejszego Wystąpienia.

Departamentu Pielęgniarek i Położnych, głównie z oszczędności powstałych w związku z zastosowaniem procedury zamówień publicznych w poszczególnych zadaniach projektowych (zakup towarów i usług).

(dowód: akta kontroli str. 742-786)

5) Wysokość i sposób finansowania działania rozbudowa, remont i wyposażenie centrów urazowych określone zostały w Szczegółowym opisie Priorytetów Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2007 – 2013. W przedmiotowym dokumencie oszacowano maksymalną kwotę wsparcia ze środków europejskich – 34,8 mln euro. W ramach zadania podpisano 13 umów o dofinansowanie na kwotę ponad 160 mln zł, z czego dofinansowanie z UE wynosiło ponad 121 mln zł, a dotacja z MZ 11 mln zł.

Ryzyko związane ze wzrostem kosztów w ramach poszczególnych projektów, spowodowane m.in. zdarzeniami losowymi, przedłużaniem się procedur przetargowych przeniesione zostało na Beneficjentów. W stosunku do żadnego projektu nie podpisano aneksu do umowy zwiększającego wartość przyznanego dofinansowania.

(dowód: akta kontroli str. 787-789)

6) Działanie: Budowa elektronicznej platformy usług publicznych – Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (tzw. projekt P1) realizowane było na podstawie umowy o dofinansowanie projektu, którego całkowity koszt realizacji wynosił 712.640 tys. zł, w tym: wydatki kwalifikowalne projektu łącznie 671.732 tys. zł., finansowanie ze środków budżetu UE 570.972 tys. zł (85 % wartości całkowitych wydatków kwalifikowalnych), środki z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia 100.760 tys. zł, wydatki niekwalifikowalne łącznie 40.908 tys. zł z budżetu MZ. Na dzień 31 grudnia 2015 r. poniesiono wydatki w wysokości ogółem 486.092 tys. zł, w tym z budżetu środków UE 411.671 tys. zł, z budżetu MZ 74.421 tys. zł. Wskaźniki realizacji projektu, ulegały modyfikacjom m.in. z powodu wydłużenia realizacji projektu, a wydatki pierwotnie planowane nie miały odzwierciedlenia w wydatkach faktycznie poniesionych. W związku z odstąpieniem od realizacji umowy i wyłonieniem nowego wykonawcy na kontynuację prac integracyjnych, wzrosła wartość umowy w stosunku do wydatków planowanych (w ramach strumienia I).

Zgodnie z wyjaśnieniem Z-cy Dyrektora Departamentu Infrastruktury i e-Zdrowia, na etapie sporządzania studium wykonalności nie zaplanowano wydatków na rezerwę na nieprzewidziane wydatki, wynikające z przekroczenia kosztów inwestycji. W grudniu 2010 r. CSIOZ zwróciło się do Instytucji Pośredniczącej z wnioskiem o zaktualizowanie harmonogramu realizacji projektu poprzez m.in. uwzględnienie w nim kategorii ww. rezerwy, który został rozpatrzony negatywnie.

(dowód: akta kontroli str. 790-814)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

W ocenie NIK, Minister Zdrowia zapewnił środki finansowe na realizację badanych działań określonych w Strategii.

5. Wywiązywanie się z obowiązków sprawozdawczych

Opis stanu
faktycznego

Na wniosek Koordynatora Strategii³¹, Ministerstwo przy piśmie z dnia 28 sierpnia 2014 r. przekazało syntetyczne informacje dotyczące realizowanych w 2013 r. działań wpisujących się w realizację kierunków interwencji właściwych dla Ministra Zdrowia, tj. w zakresie celu 5 kierunek interwencji 5.1. - Efektywny system ochrony zdrowia oraz celu 7 kierunek interwencji 7.6. - Poprawa funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, jak również osiągnięte efekty dotychczasowych działań w tym zakresie.

Pierwsze sprawozdanie z realizacji Planu działań na rzecz wdrażania SSP w perspektywie do 2020 r. za 2014 r. zostało przekazane w terminie wskazanym przez Koordynatora SSP³², tj. przy piśmie z dnia 16.04.2015 r.³³

Przekazane przez Ministerstwo materiały do informacji za 2013 r. nie obejmowały realizacji dwóch działań objętych kontrolą NIK³⁴, tj. nowych zadań wprowadzonych do Planu działań na rok 2014, natomiast w sprawozdaniu za rok 2014 zostały ujęte wszystkie działania objęte kontrolą realizowane w tym okresie.

Ministerstwo przekazało, w dniu 18 czerwca 2015 r., informacje o wartości trzech wskaźników SSP właściwych dla MZ:

- liczba jednostek koncentratu krwinek czerwonych wydanych do leczenia na 1000 osób,
- liczba przeszczepień narządów na 1 mln mieszkańców,
- udział wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego spełniających parametry czasu dotarcia w całkowitej liczbie wyjazdów do stanów nagłego zagrożenia zdrowia lub życia,

a w dniu 26 października 2015 r.

- współczynnik współpłacenia przez pacjentów za leki refundowane.

(dowód: akta kontroli str. 278-301)

Ocena częściowa

Minister Zdrowia wywiązał się z obowiązku przekazania Koordynatorowi SSP informacji na temat osiągniętych w 2013 r. działań wpisujących się w realizację celów i kierunków interwencji SSP właściwych dla MZ, jak również terminowo przekazał, sprawozdanie z realizacji Planu działań za 2014 r. Przedłożone informacje o działaniach realizowanych w 2014 r. obejmowały wszystkie zadania objęte kontrolą. Minister dopełnił również obowiązku przekazywania informacji o wartości wskaźników SSP właściwych dla MZ.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli³⁵, wnosi o zwiększenie nadzoru nad realizacją projektu dot. informatyzacji systemu opieki zdrowotnej.

³¹ Pismo MAiC z dnia 29 lipca 2014 r., znak: DAP-WAR.031.7.1.2014 r.

³² Pismo MAiC z dnia 10 marca 2015 r., znak DAP-WAR.031.3.1.2015.MS.

³³ Pismo MZ znak: FEKP.073.7.2015 r.

³⁴ Zadania: decentralizacja zarządzania systemem na poziom regionalny i lokalny, mapowanie potrzeb zdrowotnych i infrastrukturalnych w ochronie zdrowia oraz stworzenie mechanizmu kalkulacji kosztów technologii medycznych oraz wprowadzenie nowych metod rachunku kosztów i zasad raportowania kosztów świadczeń zdrowotnych.

³⁵ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK³⁶ kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Prezesa Najwyższej Izby Kontroli.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Warszawa, dnia 4 lutego 2016 r.

Dyrektor
Departamentu Zdrowia

Piotr Wasilewski

Podpis

³⁶ Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli, Dz. U. z 2015 r., poz. 1096.