



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
KRZYSZTOF KWIATKOWSKI

KZD.410.001.01.2016

P/16/001

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/001 - Wykonanie budżetu państwa w 2015 r. w części 46 – Zdrowie oraz wykonanie planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych w 2015 r.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontrolerzy	1. Teresa Zielińska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 97622 z dnia 30 grudnia 2015 r. 2. Lila Gniadek, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 97624 z dnia 30 grudnia 2015 r. 3. Krzysztof Fit, doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr 97626 z dnia 30 grudnia 2015 r. 4. Andrzej Szpigielski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 97623 z dnia 30 grudnia 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-8)
Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, ul. Miodowa 15
Kierownik jednostki kontrolowanej	Konstanty Radziwiłł, Minister Zdrowia Poprzednio Ministrem Zdrowia był Bartosz Arłukowicz od dnia 18 listopada 2011 r. do dnia 15 czerwca 2015 r. i Marian Zembala od 16 czerwca 2015 r. do 15 listopada 2015 r. (dowód: akta kontroli str.11)

II. Wprowadzenie

Zgodnie z rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia¹ wydanym na podstawie art. 33 ust. 1 i 1a ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów², działem administracji rządowej – zdrowie kieruje minister właściwy do spraw zdrowia, który ponadto jest dysponentem części 46 budżetu państwa.

Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej³ określa zakres działów administracji rządowej, oraz właściwość ministra kierującego danym działem. Zgodnie z art. 33 ust.1 tej ustawy dział zdrowie obejmuje sprawy:

- 1) ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej;
- 2) nadzoru nad produktami leczniczymi, wyrobami medycznymi, wyrobami medycznymi do diagnostyki in vitro, wyposażeniem wyrobów medycznych, wyposażeniem wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, aktywnymi wyrobami medycznymi do implantacji i produktami biobójczymi oraz nad kosmetykami w zakresie bezpieczeństwa i zdrowia ludzi;
- 3) organizacji i nadzoru nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne;
- 4) zawodów medycznych;
- 5) warunków sanitarnych i nadzoru sanitarnego, z wyłączeniem nadzoru nad żywnością objętego działem rolnictwo, koordynacji bezpieczeństwa żywności, a w szczególności nadzoru nad jakością zdrowotną żywności w procesie produkcji i w obrocie oraz materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością;

¹ Dz. U. poz. 1908.

² Dz. U. z 2012 r. poz. 392 ze zm.

³ Dz. U. z 2015 r. poz. 812 ze zm.

- 6) organizmów genetycznie zmodyfikowanych w zakresie wydawania decyzji zezwalających na wprowadzanie do obrotu nowej żywności oraz w zakresie wydawania zezwoleń na wprowadzanie do obrotu produktów leczniczych;
- 7) lecznictwa uzdrowiskowego;
- 8) koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń leczniczych.

Wśród organów podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia jest Główny Inspektor Sanitarny, Główny Inspektor Farmaceutyczny, Inspektor do spraw Substancji Chemicznych oraz Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych⁴. Z kolei obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 3 grudnia 2015 r. w sprawie wykazu jednostek organizacyjnych podległych Ministrowi Zdrowia lub przez niego nadzorowanych⁵ wymienia 82 podmioty, m.in. uniwersytety medyczne, instytuty badawcze, publiczną służbę krwi, Narodowy Fundusz Zdrowia.

Celem kontroli była ocena wykonania ustawy budżetowej na rok 2015 w części 46 – Zdrowie oraz wykonania planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

Zakres kontroli obejmował: analizę porównawczą danych ujętych w rocznym sprawozdaniu budżetowym Rb-27 z wykonania planu dochodów budżetowych⁶; wykonanie wydatków budżetu państwa i budżetu środków europejskich, w tym efekty uzyskane w wyniku realizacji wydatków; prawidłowość i rzetelność sporządzenia rocznych sprawozdań budżetowych za rok 2015 oraz sprawozdań za IV kwartał 2015 r. w zakresie operacji finansowych; realizację wniosków pokontrolnych sformułowanych po poprzedniej kontroli budżetowej; nadzór i kontrolę sprawowane przez dysponenta części budżetu państwa w trybie art. 175 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁷.

III. Ocena kontrolowanej działalności⁸

Ocena i jej
uzasadnienie

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, w części 46 – Zdrowie, realizowano wydatki budżetowe z zachowaniem zasad gospodarowania środkami publicznymi określonymi w ustawie o finansach publicznych, choć NIK zwraca uwagę na nieprawidłowości, w tym przede wszystkim dotyczące problemów z wdrożeniem Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych.

Sprawozdania budżetowe Ministerstwa Zdrowia za 2015 r. przekazują prawdziwy obraz dochodów i wydatków, a także należności i zobowiązań. Zostały one sporządzone terminowo, na podstawie danych wynikających z ksiąg rachunkowych. Sprawozdania łączne były zgodne z danymi wynikającymi ze sprawozdań jednostkowych.

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

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

⁴ Załącznik do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia.

⁵ M.P. poz. 1280.

⁶ Zgodnie z założeniami przyjętymi do kontroli wykonania budżetu państwa w 2015 r., kontrola dochodów budżetowych w tej części została ograniczona do przeprowadzenia analizy porównawczej danych ujętych w rocznym sprawozdaniu budżetowym Rb-27 z wykonania planu dochodów budżetowych z wynikami roku ubiegłego.

⁷ Dz. U. z 2013 r. poz. 885 ze zm., zwana dalej „ustawą o finansach publicznych” lub „ufp”.

⁸ W kontroli wykonania budżetu państwa w 2015 roku 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.

NIK stwierdziła szereg nieprawidłowości. Najpoważniejsze z nich dotyczyły problemów z wdrożeniem „Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (Projekt P1) realizowanej od 2007 r. ze środków UE w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka, która miała przyczynić się do poprawy wymiany informacji pomiędzy świadczeniodawcami oraz lepszej koordynacji procesu leczniczego. Rzeczowa realizacja projektu powinna zakończyć się do 30 listopada 2015 r. (pierwotny termin to 30 września 2014 r.). W terminie tym żadna z aplikacji wchodzących w skład Projektu P1 nie została przekazana do użytkowania. Odebrano jedynie 41 z 62 produktów⁹, tj. 66,1% projektu. Do końca 2015 r. wydatkowano na jego realizację 485.704,4 tys. zł (68,2% planowanych wydatków), w tym 479.241,3 tys. zł stanowiły wydatki kwalifikowane. W związku z niezrealizowaniem Projektu oraz brakiem możliwości dalszego jego finansowania ze środków UE na podstawie obowiązującej umowy, Minister Zdrowia – z uwagi na zasady obowiązujące w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa – podjął decyzję, że będzie on dokończony w ciągu trzech lat od zawarcia umowy o dofinansowanie, przy czym data ta może ulec zmianie w przypadku braku finansowania ze środków UE oraz konieczności opracowania nowej formuły realizacyjnej projektu. Zakres jego ulegnie ograniczeniu z 24 do 17 podsystemów. Jednocześnie ostateczna wartość Projektu będzie wyższa o 25 mln zł, przy zmniejszonym o 40,7 mln zł finansowaniu ze środków europejskich.

Najwyższa Izba Kontroli już od 2011 r. zwracała uwagę na nierzetelne przygotowanie administracji państwowej do realizacji Programu Informatyzacji Ochrony Zdrowia oraz na ryzyko niepowodzenia procesu budowy i wdrożenia systemu informacji w ochronie zdrowia¹⁰.

Ponadto NIK ujawniła także inne nieprawidłowości:

- Ministerstwo, mimo wniosków NIK z lat poprzednich, nie zaprzestało zawierania umów cywilnoprawnych na realizację bieżących zadań, które w istocie powinny być wykonywane w ramach umów o pracę; na umowy cywilnoprawne realizowane mimo wystąpienia warunków do zawarcia umowy o pracę Ministerstwo wydatkowało w 2015 roku 299,3 tys. zł,
- nie realizowano dwóch programów polityki zdrowotnej, dotyczących ważnych problemów zdrowotnych i społecznych, tj. „Krajowego programu zmniejszania umieralności z powodu przewlekłych chorób płuc poprzez tworzenie pododdziałów nieinwazyjnej wentylacji” oraz „Programu zapobiegania depresji w Polsce na lata 2015-2019”, z powodu opóźnień w przygotowaniu programów.

NIK zwraca także uwagę na:

- wykorzystanie w niewielkim zakresie budżetu środków europejskich na realizację programów z nowej perspektywy finansowej na lata 2014-2020, tj. 9,8% kwoty przyjętej w ustawie budżetowej (35,7% planu po zmianach na 2015 r.),
- wykorzystanie zaledwie w 7,3% rezerw celowych budżetu środków europejskich przyznanych dla Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia na realizację projektu P1, z powodu opóźnień i rozwiązania umów na realizację projektu P1,
- fakt, że mimo wydatkowania 6.550,8,0 tys. zł na zaproszenia na badania cytologiczne i mammograficzne w ramach „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych”, na badania cytologiczne zgłosiło się 21,0% zaproszonych kobiet, zaś na badania mammograficzne 41,2%. Najwyższa Izba Kontroli już od 2009 r. zwracała uwagę na problem wysokich kosztów administracyjno-logistycznych programów profilaktyki, przy niskiej zgłaszalności kobiet na badania cytologiczne i mammograficzne oraz na konieczność zweryfikowania przez Ministra Zdrowia działań podejmowanych w tym zakresie oraz wprowadzenia nowych metod i form organizacyjnych¹¹.

⁹ Grupa funkcjonalności systemu, podsystemu podlegająca testom i odbiorowi.

¹⁰ Kontrola P/11/045 „Efekty wdrażania przedsięwzięć z zakresu e-administracji” oraz P/12/125 „Informatyzacja szpitali”.

¹¹ Kontrola P/08/98 „Realizacja wybranych zadań Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych” P/13/130 „Realizacja zadań Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych”.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli w 2015 r. prawidłowo wydatkowano środki Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Wątpliwości NIK budzi funkcjonowanie Funduszu w obecnej formie z uwagi na brak korelacji pomiędzy wysokością składki odprowadzanej na Fundusz a zakresem realizowanych zadań. Stan Funduszu, pomimo wydatkowania 9.671,1 tys. zł, w 2015 r. zwiększył się o 21.121,2 tys. zł i wyniósł 109.931,0 tys. zł. W 2015 r. Ministerstwo Zdrowia podjęło działania legislacyjne w celu rozszerzenia katalogu zadań do finansowania ze środków Funduszu, jednakże do końca 2015 r. prace te nie zostały zakończone.

IV. Wyniki kontroli

1. Dochody budżetowe

Opis stanu faktycznego

Dochody budżetu państwa w części 46 – Zdrowie wyniosły 233.766,7 tys. zł i były wyższe od prognozowanych w ustawie budżetowej na rok 2015¹² o 18.473,7 tys. zł, natomiast o 1.071,3 tys. zł, tj. o 0,5% niższe od prognozy w znowelizowanej ustawie budżetowej¹³. W porównaniu do dochodów osiągniętych w 2014 r. były wyższe o 7.073,2 tys. zł, tj. o 3,1%.

Najwyższe dochody, w kwocie 189.751,3 tys. zł, (81,2% ogółu), 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 niższe od prognozowanych o 5.468,7 tys. zł, tj. o 2,8%, ponieważ zmniejszyła się liczba złożonych wniosków oraz obniżona została wysokość opłat¹⁴ za dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego.

Ministerstwo Zdrowia z tytułu wpływu różnych opłat zrealizowało dochody w kwocie 12.200,6 tys. zł, w tym głównie za rozpatrzenie wniosków o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu leków. Były wyższe od prognozowanych o 928,6 tys. zł, tj. o 8,2%, oraz wyższe o 6.009,1 tys. zł, tj. o 97,1%, od dochodów osiągniętych w 2014 roku, z powodu znacznie większej liczby wniosków przedłożonych przez wnioskodawców, w tym niekompletnych i wymagających uzupełnienia, co powodowało konieczność wniesienia dodatkowej opłaty.

Na koniec 2015 r., w części 46 – Zdrowie, wystąpiły należności¹⁵ w wysokości 84.678,7 tys. zł, w tym zaległości w kwocie 74.323,2 tys. zł. W porównaniu do 2014 r. należności były wyższe o 62.956,2 tys. zł, tj. o 289,8%, zaś zaległości były wyższe o 66.322,1 tys. zł, tj. o 828,9%.

Zwiększenie należności było głównie konsekwencją naliczenia przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) kar umownych w kwocie 69.907,0 tys. zł (82,6% ogółu należności) realizatorom projektów w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka (PO IG) oraz Infrastruktura i Środowisko (PO IiŚ). Kary, w kwocie 69.253,7 tys. zł, naliczono spółkom, które realizowały projekt „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” P1. Zaległości powstały przede wszystkim w wyniku niezapłacenia w terminie kar umownych w kwocie 69.789,5 tys. zł (93,9% ogółu zaległości w części 46), naliczonych przez CSIOZ, głównie spółkom realizującym Projekt P1. Do marca 2016 r. trwały negocjacje przedsądowe w tej sprawie.

¹² Ustawa budżetowa na rok 2015 z dnia 15 stycznia 2015 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 153 ze zm.).

¹³ Ustawa z dnia 16 grudnia 2015 r. o zmianie ustawy budżetowej na rok 2015 (Dz. U. z 2015 r. poz. 2195).

¹⁴ Plan dochodów na 2015 r. oparty był na rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2011 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania i uiszczania opłat związanych z dopuszczeniem do obrotu produktu leczniczego (Dz. U. z 2011 r. Nr 61, poz. 314). Z dniem 23 lipca 2015 r. weszło w życie rozporządzenie z dnia 16 czerwca 2015 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 958), na podstawie którego obniżono wysokość opłat za poszczególne czynności związane z dopuszczeniem do obrotu produktu leczniczego.

¹⁵ Sprawozdanie RB-27 roczne, z dnia 22 lutego 2016 r.

W stosunku do zaległości prowadzono działania administracyjne i postępowania sądowe, mające na celu ich odzyskanie. Żadna z należności budżetowych ujętych w ewidencji księgowej dysponenta części 46 – Zdrowie nie uległa przedawnieniu.

(dowód: akta kontroli str. 205-267, 4139, 4332-4339, 4414-4419)

2. Wydatki budżetu państwa i budżetu środków europejskich

2.1. Wydatki budżetu państwa

Opis stanu
faktycznego

W ustawie budżetowej na rok 2015 wydatki budżetu państwa w części 46 – Zdrowie zostały zaplanowane w wysokości 4.082.269,0 tys. zł. W toku realizacji budżetu plan został zmniejszony o 698,2 tys. zł – na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 12 listopada 2015 r. w sprawie dokonania przeniesień niektórych planowanych wydatków budżetu państwa, w tym kwot wynagrodzeń, określonych w ustawie budżetowej na rok 2015¹⁶ oraz zwiększony o 716.158,2 tys. zł, w tym ze środków rezerw celowych o kwotę 699.429,2 tys. zł i rezerwy ogólnej o 16.729,0 tys. zł. Łączna kwota wydatków w planie po zmianach wyniosła 4.797.729,0 tys. zł.

Decyzje o zwiększeniu planu wydatków z rezerw celowych dotyczyły w szczególności:

- 1) dofinansowania zadań w projektach wdrażanych z udziałem środków europejskich (poz. 8) w kwocie 36.790,4 tys. zł, z której CSIOZ nie wykorzystało 16.367,6 tys. zł, z powodu opóźnień i rozwiązania umów na realizację Projektu P1,
- 2) zobowiązań Skarbu Państwa (poz.16) na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej osobom nieobjętym obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego i Polakom leczonym poza granicami kraju, udzielonych w 2015 r. w kwocie 140.028,0 tys. zł, zgodnie z art. 1 ust 1 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015-2018¹⁷ oraz z tytułu prawomocnych wyroków sądów w kwocie 1.125,3 tys. zł; rezerwy wykorzystano w 100%,
- 3) zwiększenia wynagrodzeń pracowników uczelni medycznych (poz. 40), nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, od 1 stycznia 2015 r., na co przewidziano i wykorzystano kwotę 134.918,0 tys. zł,
- 4) dofinansowania realizacji niektórych zadań kontynuowanych, w tym programów polityki zdrowotnej (poz. 44) w kwocie ogółem 271.392,5 tys. zł, z przeznaczeniem m.in. na: zakup szczepionek do obowiązkowych szczepień ochronnych¹⁸, zakup czynników krzepnięcia krwi w ramach realizacji „Narodowego Programu Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2012-2018”, zakup leków w ramach programu „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”, kontynuację przez CSIOZ przedsięwzięcia polegającego na zaprojektowaniu, realizacji, wdrożeniu i nadzorze gwarancyjnym Podsystemów „Szyna Usług” i „System Administracji” oraz wykonanie integracji, wydania i wdrożenia w ramach Projektu P1, kontynuację doposażenia szpitali klinicznych i instytutów badawczych w sprzęt i aparaturę medyczną oraz kontynuację dofinansowania zadań budowlanych,
- 5) zmian systemowych oraz niektórych zmian organizacyjnych, w tym na nowe zadania (poz. 73) w kwocie ogółem 57.516,1 tys. zł z przeznaczeniem m.in. na: świadczenia wyspecjalistyczne (Komisja Finansów Publicznych pozytywnie zaopiniowała zmiany przeznaczenia rezerwy¹⁹), sfinansowanie dodatkowych rezydentur dla lekarzy i lekarzy dentyków, sfinansowanie skutków wejścia w życie ustawy z dnia 19 grudnia 2014 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw²⁰,
- 6) dofinansowanie kosztów świadczeń wyspecjalistycznych (poz. 75), na co przewidziano i wykorzystano 50.000,0 tys. zł.

Zwiększenie planu wydatków części 46 – Zdrowie z rezerwy ogólnej dotyczyło sześciu jednostek ochrony zdrowia²¹.

¹⁶ Dz. U. poz. 1882.

¹⁷ Dz. U. poz. 1770.

¹⁸ M.in. p/pneumokokom, p/haemophilus influenzae typu b, p/odrze, śwince, i różyczce.

¹⁹ Zaplanowanej w ustawie budżetowej na 2015 r. na sfinansowanie dodatkowych etatów rezydenckich.

²⁰ Dz. U. z 2015 r. poz. 28.

²¹ Rezerwy uruchomiono na zakupy sprzętu i aparatury medycznej lub na zadania budowlane.

Łącznie z rezerw celowych i rezerwy ogólnej nie wykorzystano 66.007,1 tys. zł (9,2 %).

Zmiany w planie finansowym wynikały z faktycznych potrzeb, zostały wprowadzone po otrzymaniu decyzji Ministra Finansów o zwiększeniu wydatków i były celowe.

(dowód: akta kontroli str. 5177-5232, 5379-5426, 5615-5699, 6810-6818)

Minister Zdrowia dokonał dwóch blokad planowanych wydatków budżetowych, z powodu niewykorzystania:

- kwoty 12.061,1 tys. zł, w tym m.in. na realizację „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” – 9.579,0 tys. zł, ponieważ nie rozstrzygnięto postępowania o zamówienie publiczne oraz na pomoc techniczną w ramach PO liŚ 2.124,0 tys. zł; blokady dokonano w dniu 2 grudnia 2015 r.,
- kwoty 32.542,7 tys. zł na zaprojektowanie, realizację, wdrożenie i nadzór gwarancyjny Podsystemów „Szyna Usług” i „System Administracji” oraz wykonanie innych prac niezbędnych do zakończenia Projektu P1 – pochodzącej z rezerw celowych (poz. 8 i 44); blokady dokonano 22 grudnia 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 5153-5176)

Zrealizowane w części 46 wydatki wyniosły 4.664.934,3 tys. zł, co stanowiło 97,2% planu po zmianach. W porównaniu do 2014 r. były wyższe o 398.266,2 tys. zł, tj. o 9,3%.

Wydatki w dziale 851 – Ochrona zdrowia wyniosły 2.818.789,9 tys. zł, co stanowiło 95,9% planu, a w dziale 803 – Szkolnictwo wyższe wyniosły 1.766.642,4 tys. zł, tj. 100,0% planowanych. Stanowiły one odpowiednio 60,4% i 37,9% wydatków w części 46.

W strukturze wydatków, według grup ekonomicznych, dotacje stanowiły 57,7%, wydatki bieżące jednostek budżetowych 25,4%, wydatki majątkowe – 15,1%, współfinansowanie projektów UE – 1,7%, a świadczenia na rzecz osób fizycznych – 0,1%.

(dowód: akta kontroli str. 268-270, 4340-4358, 4420-4443)

Wydatki na dotacje (bez współfinansowania projektów ze środków UE) wyniosły 2.690.695,1 tys. zł, co stanowiło 99,6% planu po zmianach (2.701.530,7 tys. zł), a w porównaniu do 2014 r., kiedy takie wydatki wyniosły 2.050.876,4 tys. zł, były wyższe o 31,2%.

Dotacje podmiotowe na działalność dydaktyczną publicznych uczelni medycznych, wydziałów medycznych uniwersytetów i Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego wyniosły 1.633.112,8 tys. zł i w stosunku do 2014 r. wzrosły o 9,2%. Wzrost ten wynikał głównie z wdrożenia od 1 stycznia 2015 r. trzeciego etapu podwyżek wynagrodzeń pracowników uczelni medycznych (wraz z pochodnymi). Na pomoc materialną dla studentów i doktorantów dotacje wyniosły 100.427,0 tys. zł i były o 1,2% wyższe, niż w 2014 r.

W uczelniach medycznych i wydziałach medycznych uniwersytetów, w roku akademickim 2015/2016, kształci się 65,3 tys. studentów²², tj. o 0,5% więcej w stosunku do roku poprzedniego. W porównaniu do roku 2010/2011 liczba studentów jest niższa o 2,5%. Zmniejszała się corocznie łączna liczba absolwentów uczelni medycznych z 17,4 tys. w 2011 r., do 15,7 tys. w 2015 r. (spadek o 9,4%). Od 2011 r. do 2015 r. o 17% wzrosła liczba absolwentów kierunku lekarskiego, z 2 726 do 3 190 w tym w ostatnim roku odnotowano wzrost o 7,4%. Wzrosła także liczba absolwentów na kierunku położnictwo (bez studiów pomyślowych) z 982 do 1 051 (wzrost o 7,0%), przy czym w 2015 r. odnotowano spadek o 2,2% w porównaniu do roku poprzedniego (1 075 absolwentów). W tym samym okresie zmniejszyła się liczba absolwentów kierunku lekarsko-dentystycznego z 879 do 829 (spadek o 5,7%), przy czym w 2015 r. liczba absolwentów wzrosła w stosunku do roku poprzedniego o 21 osób. Nie została zahamowana tendencja spadkowa na kierunku pielęgniarstwo, gdzie od 2011 r. do 2015 r. liczba absolwentów (bez studiów pomyślowych) zmniejszyła się z 2 935 do 2 554, co oznacza spadek o 13,0% w tym, w ostatnim roku, odnotowano spadek o 7,8%.

(dowód: akta kontroli, str. 320-325)

²² Dane dotyczą studentów będących obywatelami polskimi i nie obejmują studentów obcokrajowców.

Dotacje podmiotowe otrzymały także:

- SPZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w kwocie 101.771,6 tys. zł,
- Agencja Oceny Technologii Medycznych w kwocie 5.503,7 tys. zł, tj. o 15,9% mniej, niż zaplanowano w ustawie budżetowej (6.542,0 tys. zł), m.in. dlatego, że od 1 stycznia 2015 r. Agencja otrzymuje również środki z NFZ na realizację nowych zadań, tj. taryfikację świadczeń zdrowotnych, z których finansowana jest część kosztów funkcjonowania (administracyjnych, gospodarczych, osobowych), wspólnych dla wszystkich zadań Agencji,
- Główna Biblioteka Lekarska w kwocie 11.005,0 tys. zł.

(dowód: akta kontroli, str. 268-271, 300-303)

W 2015 r. najwyższe dotacje celowe przekazano dla NFZ na sfinansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych (395.669,8 tys. zł) i świadczeń zdrowotnych udzielonych osobom nieobjętym obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego oraz Polakom leczonym poza granicami kraju (331.072,4 tys. zł, tj. o 94,8% wyższej niż w roku 2014).

Dotacje celowe zostały przekazane także m.in. na: dofinansowanie ustawowych zadań regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa i Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie (94.761,1 tys. zł); na zadania realizowane przez fundacje, stowarzyszenia oraz pozostałe jednostki z zakresu: zapobiegania i zwalczania HIV/AIDS (1.393,9 tys. zł), przeciwdziałania narkomanii (5.368,7 tys. zł), przeciwdziałania alkoholizmowi (925,0 tys. zł); samorządom lekarskim, aptekarskim, pielęgniarom i położnym (8.609,3 tys. zł).

(dowód: akta kontroli, str. 268-275, 300-303, 6833-6835)

Dotacje celowe na współfinansowanie projektów realizowanych z udziałem środków europejskich wyniosły 9.384,8 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 268, 276-292)

Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw²³ wprowadziła nowy tryb zawierania i rozliczania umów zawartych na realizację świadczeń wysokospecjalistycznych. W dalszym ciągu są one finansowane ze środków pozostających w dyspozycji Ministra Zdrowia, natomiast ich kontraktowanie i rozliczanie zostało od 1 stycznia 2015 r. przekazane Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

Minister przekazał dotację na podstawie złożonych przez Prezesa NFZ sprawozdań oraz prognozy wydatków (na listopad i grudzień 2015 r.), zgodnie z postanowieniami § 3 ust. 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej²⁴. Niewykorzystane środki dotacji, z powodu zrealizowania przez podmioty lecznicze świadczeń o niższej wartości, w kwocie 9.084,9 tys. zł, zostały terminowo zwrócone.

W 2015 r. NFZ sfinansował 15 116 świadczeń wysokospecjalistycznych, tj. o 9,5% więcej niż w 2014 r. Liczba tych świadczeń na 1 mln mieszkańców wyniosła 392,02 i była wyższa od zaplanowanej o 10,1%²⁵.

(dowód: akta kontroli str. 5664-5665, 6796, 6826-6835)

W 2015 r. rozstrzygnięto trwający od 2013 r. spór między Ministrem Zdrowia a NFZ, dotyczący dotacji na finansowanie świadczeń dla osób uprawnionych, ale nieubezpieczonych, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁶. Problemy NFZ z identyfikacją osób uprawnionych, ale nieubezpieczonych spowodowały, że Minister Zdrowia nie rozliczył dotacji za rok 2013 i 2014 i nie zatwierdził planu finansowego NFZ w 2014 r. Sprawy te uregulowano ustawą z dnia 25 września 2015 r. o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015-2018, która wprowadziła od października 2015 r. zmianę

²³ Dz. U. poz. 1138 ze zm.

²⁴ Dz. U. poz. 1979.

²⁵ Wartość miernika ustalonego przez Ministra Zdrowia w planie działalności na rok 2015 dla działu administracji rządowej Zdrowie wyniosła 356,50.

²⁶ Dz. U. z 2015 r. poz. 581 ze zm. zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

sposobu rozliczania dotacji przeznaczonej na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla osób nieubezpieczonych oraz Polaków leczonych za granicą.

W 2015 r. Ministerstwo przekazało na ten cel łącznie 331.072,4 tys. zł, w tym 320.232,0 tys. zł na świadczenia udzielone w 2015 r. oraz 10.840,4 tys. zł za świadczenia udzielone w latach 2013-2014.

Zobowiązania z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2014 r. dla osób nieubezpieczonych, ale uprawnionych, oraz dla Polaków leczonych za granicą²⁷ wyniosły 640.464,0 tys. zł. Ministerstwo z tego tytułu przekazało do NFZ, w latach 2013-2014, kwotę 317.881,5 tys. zł, a w 2015 r. kwotę 10.840,4 tys. zł. Do spłaty pozostała kwota 311.742,1 tys. zł, którą należy uregulować w terminie 18 miesięcy²⁸ od wejścia w życie ustawy z dnia 25 września 2015 r.

W myśl tej ustawy Prezes NFZ, w terminie do dnia 31 stycznia 2018 r., przedstawi Ministrowi Zdrowia informację w sprawie możliwości poprawnej weryfikacji uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej członków rodzin osób ubezpieczonych oraz możliwości rozliczania tej dotacji. Informacja ta służyć będzie opracowaniu alternatywnego i trwałego rozwiązania dotyczącego sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom nieubezpieczonym, po 31 grudnia 2018 r.

(dowód: akta kontroli str. 6800-6801, 6832-6833, 6845-6853)

Kontrolą objęto dotacje celowe dla NFZ w kwocie 726.742,2 tys. zł. NIK nie stwierdziła nieprawidłowości w przekazywaniu dotacji do NFZ w 2015 r. Środki przekazano i rozliczono zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej. Należy jednak zauważyć, że Ministerstwo Zdrowia przekazało pierwszą transzę dotacji na świadczenia wyspecjalistyczne dopiero 15 maja 2015 r. z powodu konieczności dokonania korekty sprawozdania przez NFZ²⁹. Ministerstwo przeprowadziło w Centrali NFZ kontrolę weryfikacji danych wykazywanych do rozliczenia w formie dotacji na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej za 2013 r., która nie wykazała nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 6845, 6900-6934)

Zrealizowane wydatki bieżące jednostek budżetowych w części 46 – Zdrowie wyniosły 1.185.600,5 tys. zł, tj. 97,7% planu po zmianach i były niższe od wykonania w 2014 r. o 364.096,0 tys. zł, tj. o 23,5%. Najwyższe wydatki poniesiono na zakup leków, wyrobów medycznych i produktów biobójczych (665.028,2 tys. zł) i na usługi zdrowotne (179.571,3 tys. zł) głównie w ramach realizacji programów polityki zdrowotnej.

Ponadto, wydatki bieżące części 46 na współfinansowanie projektów środków UE wyniosły 20.481,8 tys. zł.

(dowód: akta kontroli, str. 285-287, 7009, 7149-7172, 6702)

Na realizację 11 programów polityki zdrowotnej w 2015 r. wydatkowano 917.132,4 tys. zł, co stanowiło 96,8% planu po zmianach, w tym na wydatki bieżące – 726.119,7 tys. zł. Wśród realizowanych programów najwyższe wydatki poniesiono na:

- „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2012-2016” (289.785,1 tys. zł), w którym zakupiono leki ARV dla 8.606 pacjentów;
- „Narodowy Program Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2012-2018” (226.321,3 tys. zł), w którym zakupiono koncentraty czynników krzepnięcia i desmopresynę;
- „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych” (224.250,3 tys. zł), w ramach którego zakupiono m.in.: aparaturę diagnostyczną dla wczesnego wykrywania nowotworów, doposażono i zmodernizowano zakłady radioterapii oraz kliniki i oddziały torakochirurgii, aparaturę medyczną dla pracowni i zakładów patomorfologii; ponadto m.in. w ramach badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego

²⁷ O których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2-4, art. 12 pkt 2-4, 6 i 9 oraz art. 42j ustawy o świadczeniach.

²⁸ W terminie 18 miesięcy od wejścia w życie powołanej ustawy o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015-2018, tj. od 17 listopada 2015 r.

²⁹ Sprawozdanie z wykonanych przez Fundusz świadczeń wyspecjalistycznych złożono przy piśmie z 19 lutego 2015 r., jego korektę w dniu 19 marca i ostateczną korektę w dniu 24 kwietnia 2015 r.

wykonano 62 696 badań kolonoskopowych i wykryto raka jelita grubego u 377 osób, a w ramach opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe zidentyfikowano 7 308 rodzin i opieką objęto 20 020 pacjentów;

- „Program leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013-2016” (85.123,7 tys. zł), odnotowano 4 125 urodzeń żywych, a w trakcie leczenia były 17 134 pary; stosunek liczby ciąży klinicznych do ogólnej liczby transferów³⁰ (31 067) wyniósł na koniec 2015 r. 31%;
- „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej” (41.980,3 tys. zł), w ramach którego wykonano m.in. prace remontowo-budowlane, zakupiono sprzęt wysokospecjalistyczny oraz wykonano 2 830 badań identyfikacji pacjentów podwyższonego ryzyka immunologicznego, 24 810 badań³¹ HLA potencjalnych dawców szpiku; w 2015 r. wykonano 1 514 przeszczepów, tj. o 102 mniej niż w 2014 r. i nie osiągnięto zwiększenia liczby przeszczepień³² o 1,2 % w stosunku do roku poprzedniego, z powodu m.in. okresowej przerwy w realizacji szkoleń szpitalnych³³ i braku efektywnej współpracy ośrodków transplantacyjnych z Rejestrem Żywych Dawców w zakresie informacji o pobraniach.

(dowód: akta kontroli str. 5440-5492, 5620-5621, 6704, 6706, 6639-6701)

Ustalone
nieprawidłowości
i uwagi

1. Nie realizowano „Programu zapobiegania depresji na lata 2015-2019”, na który zaplanowano ogółem kwotę 9.116 tys. zł, w tym 200,0 tys. zł w roku 2015. Program pozytywnie oceniła Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) w lutym 2015 r. Konkurs ofert na wybór realizatora programu, który opracuje rekomendacje zapobiegania wczesnego wykrywania i leczenia depresji w Polsce, ogłoszono dopiero 26 sierpnia, z terminem złożenia ofert do 10 września 2015 r. Konkurs unieważniono 13 października 2015 r., bowiem w ocenie Komisji złożona oferta nie dawała gwarancji zrealizowania zadania. Z powodu ograniczeń czasowych odstąpiono od przeprowadzenia ponownego postępowania konkursowego w 2015 r.

Ponadto Ministerstwo Zdrowia w 2015 r. nie realizowało „Krajowego programu zmniejszania umieralności z powodu przewlekłych chorób płuc poprzez tworzenie pododdziałów nieinwazyjnej wentylacji”, na który zaplanowano kwotę 5.495,0 tys. zł. W sierpniu 2015 r. Minister Zdrowia podjął decyzję o przesunięciu programu na lata 2016-2018, z powodu otrzymania zmodyfikowanego projektu, od autora, w lipcu 2015 r. W grudniu 2015 r. został on pozytywnie zaopiniowany przez AOTMiT. Prace Ministerstwa nad projektem trwały już od sierpnia 2011 r., kiedy powołano Zespół do spraw pulmonologii³⁴. Ponadto, uregulowania prawne w zakresie warunków i wymagań realizacji tych świadczeń wydano już w listopadzie 2013 r.³⁵.

(dowód: akta kontroli str. 5621, 6175-6274, 6285, 6527-6633, 6563-6572)

2. Mimo wydatkowania 6.550,8,0 tys. zł na zaproszenia na badania cytologiczne i mammograficzne w ramach „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych”, na badania cytologiczne zgłosiło się 21,0% zaproszonych kobiet, zaś na badania mammograficzne 41,2%. Na „Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy” oraz „Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi” wydatkowano 20.572,0 tys. zł, w tym na zaproszenia kobiet do udziału w badaniach – 6.550,8 tys. zł. W Ministerstwie analizowana jest ta sytuacja, w celu wprowadzenia zmian w Programie na lata 2016-2024. (dowód: akta kontroli str. 5469, 5485, 5625-5629)

³⁰ Metoda in vitro polega na zapłodnieniu pozaustrojowym wraz z transferem zarodka do jamy macicy.

³¹ HLA układ, układ zgodności tkankowej (ang. Human Leucocyte Antigen system). Oznaczenie antygenów HLA pozwala na dobór dawcy i biorcy przy przeszczepianiu.

³² Plan działalności Ministra Zdrowia na rok 2015 dla działu administracji rządowej: Zdrowie.

³³ Typu European Training Program in Organ Donation, z powodu nie wyłonienia realizatora zadania.

³⁴ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2011 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw pulmonologii (Dz. Urz. MZ Nr 7, poz. 60).

³⁵ W zał. Nr 4 poz. 29 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520 ze zm.) wprowadzono i określono m.in. warunki realizacji świadczenia gwarantowanego pn. leczenie niewydolności oddychania u dorosłych przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej w zaostrzeniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i innych przewlekłych niezakaźnych chorobach płuc.

Zrealizowane wydatki bieżące Ministerstwa Zdrowia wyniosły 78.568,2 tys. zł, tj. 95,6% planu po zmianach i były wyższe od wykonania w 2014 r. o 2.524,9 tys. zł, tj. 3,3%. Wyższe niż w 2014 r. wydatki spowodowane były w szczególności wyższymi składkami do organizacji międzynarodowych z powodu wzrostu kursu dolara i franka szwajcarskiego oraz sfinansowaniem zobowiązań wynikających z prawomocnych wyroków sądowych.

(dowód: akta kontroli str. 4136-4138, 4149-4150, 4163-4168, 4241-4248, 4281-4289)

Ponadto, na współfinansowanie projektów z udziałem środków UE wydatki bieżące dysponenta trzeciego stopnia wyniosły 10.964,4 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 4038-4138, 4145-4153, 4163-4200, 4241-4262)

Wydatki na utrzymanie Ministerstwa Zdrowia wyniosły 54.635,5 tys. zł, tj. 93,9% planu po zmianach i stanowiły 1,2% wydatków w części. Były one niższe od wykonania w 2014 r. o 106,1 tys. zł, tj. 0,2%. W ramach tych środków m.in. realizowano remonty w obiektach zabytkowych będących w użytkowaniu Ministerstwa.

(dowód: akta kontroli str. 4038-4063, 4157, 4163-4168, 4241-4248, 4281-4289)

W 2015 r. przeprowadzono w Ministerstwie Zdrowia 32 postępowania³⁶ o udzielenie zamówienia publicznego na kwotę 7.966,7 tys. zł³⁷. Kontrolą objęto cztery postępowania przeprowadzone w trybie przetargu nieograniczonego, na łączną kwotę 1.394,6 tys. zł³⁸ wydatków finansowanych z budżetu państwa i budżetu środków europejskich. Zostały one przeprowadzone zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych³⁹ i obowiązującymi w Ministerstwie procedurami.

(dowód: akta kontroli, str. 1662-1997)

Na podstawie decyzji Ministra Skarbu Państwa nr 02/13 z dnia 17 stycznia 2013 r. Ministerstwo Zdrowia otrzymało nieodpłatnie⁴⁰ w trwały zarząd zabudowaną nieruchomość, położoną w Warszawie, o powierzchni 0,0450 ha, opisaną w księdze wieczystej KW Nr WA1M/00032404/9. W ewidencji księgowej środków trwałych Biura Dyrektora Generalnego jako dysponenta trzeciego stopnia (na koncie 011, klasyfikacja w zespole 0) nie została wyodrębniona wartość gruntu. Wartość całej nieruchomości w kwocie 647,7 tys. zł została ujęta na koncie 011, klasyfikacja w zespole 1. W wyniku kontroli, w dniu 29 marca 2016 r., dokonano dla celów ewidencyjnych oszacowania wartości gruntu na kwotę 298,0 tys. zł i z wartości całej nieruchomości wyodrębniono wartość gruntu.

(dowód: akta kontroli str. 7228-7249)

Opis stanu faktycznego

Na **wynagrodzenia** wraz z pochodnymi w 2015 r. w części 46 – Zdrowie wydatkowano 157.858,1 tys. zł⁴¹, co stanowiło 98,6% planu po zmianach. W porównaniu do 2014 r., wydatki te wzrosły o 5.572,0 tys. zł, tj. o 3,7%. Limity wydatków na wynagrodzenia nie zostały przekroczone.

Wyższe wydatki na wynagrodzenia, w porównaniu do 2014 r., wynikały m.in. z uruchomienia rezerw celowych w wysokości 8.859,1 tys. zł na sfinansowanie: wydatków związanych z bieżącą działalnością Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym, skutków wynikających z wejścia w życie ustaw o zmianie ustawy - Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw z przeznaczeniem dla Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego, zabezpieczenia niezbędnych potrzeb etatowych, dodatków służby cywilnej, wypłaty nagród jubileuszowych, ekwiwalentów za niewykorzystane urlopy wypoczynkowe oraz refundacji wypłaconych środków pieniężnych dla osób odwołanych z kierowniczych stanowisk państwowych w związku ze złożonymi oświadczeniami o niepodjęciu pracy zarobkowej.

³⁶ W tym, cztery w trybie z wolnej ręki i 28 w trybie przetargu nieograniczonego.

³⁷ Wartość umów bez podatku od towarów i usług.

³⁸ Kwota zawartych umów wyniosła 1.651,0 tys. zł.

³⁹ Dz. U. z 2015 r. poz. 2164.

⁴⁰ Objęcie nieruchomości nastąpiło protokołem zdawczo-odbiorczym w dniu 25 marca 2013 r. oraz protokołem przekazania (odbioru technicznego) z dnia 9 grudnia 2013 r.

⁴¹ Według sprawozdania Rb-70 kwartalne sprawozdanie o zatrudnieniu i wynagrodzeniach.

Z rezerw celowych na wynagrodzenia nie wykorzystano 986,8 tys. zł, tj. 11,1%, przede wszystkim z powodu trudności w pozyskaniu wykwalifikowanej kadry i mniejszym niż planowano wymiarem etatu niektórych pracowników.

(dowód: akta kontroli str. 2192-2317)

Zrealizowane przez Ministerstwo Zdrowia wydatki na wynagrodzenia wraz z pochodnymi wyniosły 44.305,7 tys. zł, tj. 98,2% planu i w porównaniu do 2014 r. wzrosły o 1.473,6 tys. zł, tj. 3,4%.

(dowód: akta kontroli str. 2337-2339)

Przeciętne zatrudnienie w 2015 r., w przeliczeniu na pełne etaty w jednostkach finansowanych w części 46 – Zdrowie, wyniosło 2 699 etatów i było wyższe w porównaniu do przeciętnego zatrudnienia w 2014 r. o 42 etaty, tj. o 1,6%. Najwyższy wzrost zatrudnienia wystąpił wśród członków korpusu służby cywilnej, o 26 etatów w dziale 851 – Ochrona zdrowia⁴² oraz o 14 etatów w dziale 750 – Administracja publiczna. Najwyższy spadek zatrudnienia wystąpił wśród osób nieobjętych mnożnikowymi systemami wynagrodzeń, o 12 etatów w CSIOZ⁴³ oraz 11 etatów w Domu Pracownika Służby Zdrowia⁴⁴.

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w części 46 – Zdrowie, w 2015 r., wyniosło 4.873,97 zł i w porównaniu z rokiem 2014 wzrosło o 97,71 zł, tj. o 2,0%. Najwyższy wzrost wynagrodzenia, w porównaniu z rokiem 2014, wystąpił w grupie osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe, w tym w dziale 851 – Ochrona zdrowia wzrósł o 1.410,84 zł, tj. 11,9% oraz w dziale 750 – Administracja publiczna wzrósł o 748,32 zł, tj. 6,0%. Wzrost ten wynikał głównie z wypłaty nagród jubileuszowych i ekwiwalentu za niewykorzystany urlop wypoczynkowy oraz refundacji wypłaconych środków w związku z odwołanymi stanowiskami kierowniczymi i ze złożonymi oświadczeniami o niepodjęciu pracy zarobkowej.

(dowód: akta kontroli str. 2195-2204, 2310-2317, 2323- 2333)

W Ministerstwie Zdrowia przeciętne zatrudnienie, w przeliczeniu na pełne etaty, w 2015 r. wyniosło 617 etatów i było wyższe od zatrudnienia w 2014 r. o 14 etatów. Wzrost ten wynikał głównie z utworzenia nowego Departamentu Infrastruktury i e-Zdrowia, powołania dodatkowego kierowniczego stanowiska – Pełnomocnika Rządu do spraw projektu ustawy o zdrowiu publicznym oraz nakładających się okresów zatrudnienia członków Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia z osobami odwołanymi z kierowniczych stanowisk państwowych, które złożyły oświadczenia o niepodjęciu pracy zarobkowej i otrzymywały wynagrodzenia⁴⁵. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w 2015 r. w Ministerstwie wyniosło 5.984,02 zł i w porównaniu do 2014 r. było wyższe o 64,71 zł, tj. o 1,1%.

(dowód: akta kontroli str. 2195-2202, 2334-2350)

Wydatki Ministerstwa Zdrowia na wynagrodzenia bezosobowe wyniosły 6.413,6 tys. zł⁴⁶, tj. 98,0% planu po zmianach i były wyższe od wykonania w 2014 r. o 38,4 tys. zł, tj. o 0,6%. Wydatki w dziale 851 – Ochrona zdrowia wyniosły 6.331,0 tys. zł i były wyższe od wydatków w 2014 r. o 42,2 tys. zł.

Ponadto, na współfinansowanie projektów z udziałem środków UE wydatkowano 234,0 tys. zł, tj. 34,9% planu po zmianach i w porównaniu do 2014 r. były one wyższe o 130,0 tys. zł, tj. 124,9%.

(dowód: akta kontroli str. 2675-2691, 4143-4144, 4241-4248, 4281-4289)

⁴² W Głównym Inspektoracie Farmaceutycznym oraz Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

⁴³ W związku z zaprzestaniem z dniem 1 lipca 2015 r. pełnienia zadań Instytucji Wdrażającej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko Priorytet XII. Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia i przejęciem kontynuacji realizacji zadań instytucjonalnych przez Departament Infrastruktury i e-Zdrowia w Ministerstwie.

⁴⁴ W związku z decyzją Ministra Zdrowia z powodu zmniejszenia obłożenia łóżek.

⁴⁵ Na podstawie art. 5 ustawy z dnia 31 lipca 1981 r. o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe (Dz. U. z 2011 r. Nr 79, poz. 430 ze zm.).

⁴⁶ Bez współfinansowania projektów z udziałem środków UE.

W roku 2015 r. w Ministerstwie Zdrowia wydatkowano 4.710,6 tys. zł, tj. o 473,1 tys. zł więcej niż 2014 r., na sfinansowanie 896 umów cywilnoprawnych⁴⁷ z 352 osobami fizycznymi, w tym 127 umów zawarto z 124 konsultantami krajowymi oraz 769 umów zawarto z 229 osobami na realizację bieżących zadań Ministerstwa. W porównaniu do 2014 r. sfinansowano o 91 umów więcej z osobami fizycznymi.

Na okres powyżej 3 miesięcy zawartych zostało ogółem 155 umów zlecenia z 143 osobami oraz na łączny okres powyżej 12 miesięcy zawartych zostało 142 umowy z 17 osobami.

Z 118 osobami, które nie były nigdzie zatrudnione na podstawie stosunku pracy zawartych zostało 447 umów zlecenia oraz z 21 osobami będącymi na emeryturze zawarto 50 umów zlecenia.

(dowód: akta kontroli str. 2437-2674)

Ustalone
nieprawidłowości
i uwagi

Ministerstwo, realizując wnioski NIK z lat ubiegłych, zwiększyło nadzór nad zawieraniem umowami cywilnoprawnymi z osobami fizycznymi. NIK stwierdza jednak, że Ministerstwo nie zaprzestało zawierania umów cywilnoprawnych na realizację bieżących zadań, które w istocie powinny być wykonywane w ramach umów o pracę.

Na podstawie objętych badaniem 98 umów zlecenia na kwotę 487,1 tys. zł stwierdzono, że z 11 osobami zawarto 63 umowy zlecenia na kwotę 336,3 tys. zł, na podstawie których poniesione wydatki wyniosły 299,3 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 na podstawie stosunku pracy. Z daną osobą zawierano od 3 do 11 umów, a terminy realizacji obejmowały okresy od jednego do trzech miesięcy. Wynagrodzenia wypłacane były w miesięcznych cyklach rozliczeniowych. Przedmiotem umów była m.in. realizacja zadań technicznych z zakresu obsługi kancelaryjnej i bieżącej obsługi administracyjnej, ewidencja dokumentów finansowych, prowadzenie rejestru umów i rozliczeń, obsługa finansowa zawartych umów oraz sprawdzanie i zatwierdzanie pod względem formalno-rachunkowym rozliczeń z ich realizacji, przygotowanie wzorów umów o udzielenie dotacji, sprawdzanie rozliczeń dotacji zadań inwestycyjnych, opracowywanie i analiza informacji przekazywanych od nadzorowanych uczelni medycznych i instytutów badawczych oraz wsparcie techniczne przy opracowywaniu projektów aktów prawnych.

W ocenie NIK realizacja tych umów następowała w warunkach określonych w art. 22 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy⁴⁸, 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, przede wszystkim prawa do urlopu wypoczynkowego oraz w większości przypadków prawa do wynagrodzenia chorobowego.

(dowód: akta kontroli str. 2692-3578)

NIK po raz kolejny 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.

Wyjaśniono, że przyczyną zawierania umów zlecenia dotyczących bieżących zadań Ministerstwa Zdrowia, były okresowe braki kadrowe oraz konieczność zapewnienia ciągłości realizacji nałożonych zadań.

⁴⁷ W tym 859 umów zlecenia z 331 osobami i 37 umów o dzieło z 21 osobami.

⁴⁸ Dz. U. z 2014 r. poz. 1502 ze zm.

Zdaniem NIK, Minister powinien przeanalizować poziom zatrudnienia w Ministerstwie i w sytuacji stwierdzenia faktycznych niedoborów kadrowych wystąpić o zwiększenie limitu środków na wynagrodzenia.

Opis stanu
faktycznego

Świadczenia na rzecz osób fizycznych w części 46 wyniosły 3.966,4 tys. zł, tj. 97,7% planu i w porównaniu do roku 2014 były wyższe o 344,0 tys. zł, tj. o 9,5%. Kwota 1.977,1 tys. zł przeznaczona na stypendia dla studentów była wyższa o 84,0% niż w 2014 r. z powodu wprowadzenia finansowania stypendiów dla wybitnych studentów i doktorantów, przez Ministra Zdrowia⁴⁹. Na zasądzone renty wydatkowano 920,8 tys. zł, tj. o 23,4% mniej niż w 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 5501, 6703)

Świadczenia na rzecz osób fizycznych w Ministerstwie Zdrowia wyniosły 1.057,1 tys. zł, tj. 92,8% planu po zmianach i w porównaniu do 2014 r. były niższe o 555,8 tys. zł, tj. 34,5%. Niższa niż w 2014 r. realizacja wydatków na te świadczenia wynikała z przeniesienia do Ministerstwa Spraw Zagranicznych kosztów utrzymania stanowisk pracy w placówkach zagranicznych⁵⁰ oraz niższych wydatków na zasądzone renty.

(dowód: akta kontroli str. 4038-4063, 4137, 4158, 4163-4168)

Wydatki majątkowe zrealizowane zostały w wysokości 704.629,0 tys. zł, co stanowiło 93,5% planu po zmianach i były wyższe od wykonania w 2014 r. o 107.194,4 tys. zł (17,9%).

Kwotę w wysokości 474.229,6 tys. zł, tj. 99,6 % planowanej, wydatkowano na realizację 23 inwestycji budowlanych w szpitalach klinicznych (412.547,4 tys. zł) i zakupy inwestycyjne dla 22 szpitali klinicznych (12.820,1 tys. zł) oraz na inwestycje budowlane w dziewięciu instytutach (32.255,7 tys. zł), a także zakupy inwestycyjne dla 16 instytutów (16.606,4 tys. zł). Na inwestycje i zakupy inwestycyjne dziewięciu uczelni medycznych wydatkowano 30.575,2 tys. zł.

Ponadto, wydatki majątkowe części 46 na współfinansowanie projektów z udziałem środków UE wyniosły 50.176,7 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 268, 5501, 5504-5522)

W trakcie 2015 r. w planie wydatków majątkowych dokonano 78 zmian, które zostały poprzedzone analizą potrzeb szpitali klinicznych i instytutów.

Z rezerwy celowej (poz. 44) sfinansowano 42 zadania, z rezerwy ogólnej 7 zadań, a 28 zadań sfinansowano na podstawie decyzji Ministra Zdrowia o przeniesieniu wydatków majątkowych (art. 171 ust. 1 ufp). W jednym przypadku dysponent uzyskał zgodę Ministra Finansów, o której mowa w art. 171 ust 3 ufp. Wprowadzono też nowy program wieloletni – „Budowa Centrum Medycyny Nieinwazyjnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego”.

W 2015 r. nie sfinansowano czterech zadań w ramach zakupów inwestycyjnych, w tym trzech zadań CSIOZ o wartości 5.000,0 tys. zł i zakupu oprogramowania (10,0 tys. zł) dla Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego. Środki CSIOZ przeniesiono na wydatki inwestycyjne dla dwóch innych jednostek. Skontrolowane zmiany w planie wydatków majątkowych (31 zmian) były celowe i wynikały w szczególności z konieczności modernizacji wyeksploatowanej infrastruktury szpitali klinicznych i instytutów badawczych oraz konieczności wymiany starego, zużytego sprzętu.

(dowód: akta kontroli str. 4935-4941, 4998-5001, 5540-5619, 5676-5690, 6174)

Na potrzeby Ministerstwa Zdrowia w ramach wydatków majątkowych wykorzystano kwotę 1.853,6 tys. zł, tj. 74,1% planu po zmianach. W porównaniu do 2014 r. wydatki były niższe o 362,0 tys. zł, tj. 16,3%. Ponadto, na współfinansowanie projektów z udziałem środków UE wydatki wyniosły 240,2 tys. zł, tj. 63,1% planu po zmianach.

Niższe niż planowano wydatki majątkowe spowodowane były przede wszystkim zakupem zestawów komputerowych ze środków bieżących, z powodu uzyskania ceny jednostkowej

⁴⁹ Od 1 lipca 2015 r. na podstawie znowelizowanego art. 178 ust. 2 i 199c ust. 2 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r. poz. 572 ze zm.).

⁵⁰ Dotyczy stanowisk ds. zdrowia w Stałych Przedstawicielstwach RP przy UE w Brukseli oraz Biurze Narodów Zjednoczonych w Genewie.

zestawu niższej, niż limit pozwalający je zaliczyć do środków trwałych. Ponadto, nie zrealizowano zamówienia na zakup aktualizacji oprogramowania Microsoft, gdyż Centrum Usług Wspólnych podpisało umowę w ostatnich dniach grudnia⁵¹.

(dowód: akta kontroli str. 4010, 4038-4138, 4163-4200)

Kontrolą objęto udzielenie dotacji celowych na realizację inwestycji i zakupów inwestycyjnych dla 14 jednostek nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, na które wydatkowano 73.218,0 tys. zł. Przekazywanie i rozliczenie dotacji następowało zgodnie z umowami sporządzonymi na podstawie art. 150 ufp. W umowach określano m.in. zasady przekazywania i rozliczania środków, na podstawie działu V ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵², z uwzględnieniem przekazania maksymalnej wysokości środków publicznych, kosztu realizacji zadania i przychodów podmiotu. Rozliczenia dotacji w zakresie rzeczowym i finansowym dokonywano w terminie określonym w art. 152 ust 2 ufp i prowadzono nadzór i kontrolę jej wykorzystania, zgodnie z postanowieniami art. 175 ust. 2 pkt 2-5 ufp. W wyniku tych działań, jeden z podmiotów zwrócił do budżetu państwa 944,0 tys. zł z powodu dokonania płatności po terminie obowiązywania umowy⁵³.

(dowód: akta kontroli str. 5676-5679, 5783-5699, 5789-6079)

W 2015 r. Minister Zdrowia finansował ze środków budżetu państwa sześć inwestycji wieloletnich w ochronie zdrowia. Na ich realizację zaplanowano dotacje w kwocie 340.099,0 tys. zł, z których wykorzystano 339.378,0 tys. zł, tj. 99,8%.

(dowód: akta kontroli str. 360, 724-728)

Kontrolą objęto udzielenie dotacji celowych na realizację trzech inwestycji, na które wydatkowano łącznie 208.375,0 tys. zł.

Na realizację *Wieloletniego Programu Medycznego Rozbudowy i Przebudowy Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy*, Minister przekazał dotację w wysokości określonej w ustawie budżetowej na 2015 r., tj. 32.231,0 tys. zł, którą Inwestor wykorzystał w 100%. Ponadto, Uczelnia wydatkowała środki własne w kwocie 2.335,0 tys. zł. Program wieloletni został w 2015 r. zakończony i uzyskano zakładany efekt rzeczowy w postaci przebudowanego i zmodernizowanego Szpitala o zdolności usługowej 324 łóżek⁵⁴. Inwestycja oddawana była do użytku etapami od 2008 r. Dotację przekazaną w 2015 r. wykorzystano na zakończenie robót i wyposażenie klinik⁵⁵ oraz na przebudowę i zmianę sposobu użytkowania pomieszczeń budynku diagnostycznego na potrzeby zespołu pomieszczeń wejścia głównego szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 361-485)

Budowa *Szpitala Pediatrycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego* była planowana do zakończenia w 2015 r. i zgodnie z wartością kosztorysową na ten cel niezbędne były środki z budżetu państwa w kwocie 140.617,0 tys. zł⁵⁶. W ustawie budżetowej na 2015 r. przewidziano 76.856,0 tys. zł. W październiku 2015 r., Rada Ministrów podjęła uchwałę, którą zwiększono środki na 2015 r. do kwoty 90.973,0 tys. zł (o 14.117,0 tys. zł), niezbędnej do podjęcia działalności medycznej szpitala oraz przesunięto termin zakończenia zadania na 2016 rok, w którym przewidziano finansowanie

⁵¹ Umowa z dnia 21 grudnia 2015 r.

⁵² Dz. U. z 2015 r. poz. 618 ze zm.

⁵³ Budowa ośrodka diagnostyczno-terapeutycznego przy Centrum Onkologii w Gliwicach.

⁵⁴ Program *Wieloletni Program Medyczny Rozbudowy i Przebudowy Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy*, realizowany od 2007 r., zakładał uzyskanie efektu rzeczowego w liczbie 317 łóżek. Decyzją nr 7 z dnia 31 grudnia 2015 r. Minister Zdrowia zatwierdził aktualizację programu w zakresie liczby łóżek a także powierzchni i kubatury. Wynikała ona z zakończenia prac projektowych i wykonawczych, w których uwzględniono założenia optymalizacyjne w stosunku do powierzchni. W rezultacie uzyskano efekt zwiększonej liczby łóżek o 7 na mniejszej powierzchni użytkowej.

⁵⁵ W 2015 r. wyposażane były Kliniki: Psychiatrii; Geriatrii; Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii; Opieki Paliatywnej i Opieki Długoterminowej.

⁵⁶ Kwota 140.617,0 tys. zł uwzględniała niewydatkowaną kwotę w 2014 r. w wysokości 63.761 tys. zł. Zgodnie z ustawą budżetową na 2014 rok zaplanowane zostały na budowę Szpitala Pediatrycznego w Warszawie środki w wysokości 198.909 tys. zł, a wykonanie wyniosło 135.148 tys. zł. Niewykorzystanie kwoty 63.761 tys. zł spowodowane było przedłużającymi się procedurami przetargowymi na zakup sprzętu i wyposażenia oraz wprowadzeniem projektu zamiennego, głównie w zakresie robót instalacyjnych, który m.in. spowolnił proces inwestycyjny.

z budżetu państwa w kwocie 49.644,0 tys. zł. W 2015 r. środki na inwestycję zostały przesunięte z programu wieloletniego *Przebudowa Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie*.

Dotację w 2015 r. wykorzystano w 100% na zakończenie robót budowlanych oraz zakupy wyposażenia, w tym dla Zakładu Patomorfologii, który posiadał zgodę na użytkowanie od sierpnia 2014 r. W rozliczeniu, dysponent nie zatwierdził kwoty 28,4 tys. zł, którą Uniwersytet zwrócił wraz z odsetkami na rachunek dochodów budżetu państwa.

W czerwcu 2015 r. uzyskano pozwolenie na użytkowanie budynku Szpitala Pediatrycznego z parkingiem podziemnym, lądowiskiem dla śmigłowców na dachu budynku, infrastrukturą drogową i techniczną oraz innymi elementami zagospodarowania terenu wraz z przebudową istniejącego łącznika komunikacyjnego. Uruchomiono 17 oddziałów⁵⁷, przeniesionych z Samodzielnych Publicznych Dziecięcych Szpitali Klinicznych w Warszawie przy ul. Działdowskiej i Marszałkowskiej i jeden nowo utworzony. W styczniu 2016 r. uruchomiono 18. oddział (przenoszony) i na zakładaną zdolność usługową 535 łóżek funkcjonowało 380, tj. 71%.

Przewidziana na rok 2016 dotacja przeznaczona zostanie głównie na zakup wyposażenia, sprzętu i aparatury medycznej niezbędnej do planowanego rozszerzenia działalności Szpitala i realizacji dotychczas niewykonywanych świadczeń medycznych oraz umożliwi otwarcie czterech nowo tworzonych klinik, oddziałów i poradni.

(dowód: akta kontroli str. 592-723)

W 2015 r. na budowę *Nowej siedziby szpitala Uniwersyteckiego Kraków-Prokocim* przekazano dotację w wysokości określonej w ustawie budżetowej, tj. 85.171,0 tys. zł, która wykorzystana została w 100%, głównie na wykonanie przyłączy kanalizacyjnych i energetycznych oraz rozpoczęcie budowy obiektów szpitala. Uniwersytet Jagielloński przekazał także środki własne w wysokości 751,5 tys. zł.

W marcu 2015 r. Minister Zdrowia zatwierdził aktualizację programu tej inwestycji, w której skorygowana została powierzchnia i kubatura⁵⁸ oraz wartość kosztorysowa w poszczególnych grupach kosztów. W zaktualizowanym programie nie zmieniła się zdolność usługowa placówki 925 łóżek i wartość kosztorysowa 1.230.060,0 tys. zł, z zastrzeżeniem finansowania inwestycji ze środków części 46 – Zdrowie w wysokości do 800.000,0 tys. zł. Zgodnie z harmonogramem rzeczowo-finansowym inwestycji roboty budowlane i wykończeniowe mają się zakończyć do końca I kwartału 2019 r. a do końca 2019 r. Inwestor ma wyposażyć Szpital.

(dowód: akta kontroli str. 486-589)

NIK nie stwierdziła nieprawidłowości w przedstawionych rozliczeniach i sposobie rozliczenia środków dotacji objętych badaniem. Ministerstwo przekazywało środki transzami, na odrębny rachunek bankowy zadania inwestycyjnego. Rozliczenie dotacji w zakresie rzeczowym i finansowym nastąpiło w terminie określonym w art. 152 ust. 2 ustawy o finansach publicznych. Odsetki zgromadzone na rachunkach bankowych inwestycji zostały zwrócone na rachunek dochodów dysponenta. W ramach sprawowanego nadzoru przez dysponenta, na podstawie art. 175 ust. 1-2 ustawy o finansach publicznych, Inwestorzy zobowiązani byli do składania kwartalnych informacji o realizacji zadań ujętych w harmonogramach rzeczowo-finansowych, zatwierdzanych przez Departament Budżetu Finansów i Inwestycji. Organizowano również kwortalne narady z Inwestorami programów wieloletnich.

(dowód: akta kontroli str. 326-359, 439-465-477, 484, 576-587, 652-683, 718-722)

⁵⁷ W tym jeden uruchomiony częściowo.

⁵⁸ Zgodnie z *Programem inwestycji Nowa Siedziba Szpitala Uniwersyteckiego Kraków-Prokocim* – aktualizacja na dzień 3 lutego 2015, który jest załącznikiem do Decyzji Nr 3/5927 z dnia 23 marca 2015 r., korygującej decyzję nr 2/2927 z dnia 30 maja 2011 roku Ministra Zdrowia w sprawie zatwierdzenia zaktualizowanego programu inwestycji pn. *Nowa Siedziba Szpitala Uniwersyteckiego Kraków – Prokocim*, powierzchnia użytkowa wynosi 104.701,27 m² (jest o 5% mniejsza) a kubatura - 430.039,56 m³ (o 10% większa) od programu inwestycji zatwierdzonego w 2011 r. Podstawą do określenia aktualnego programu była dokumentacja aktualizująca zakres rzeczowy zadania oraz wartość kosztorysową inwestycji (w poszczególnych grupach kosztów), przedłożona przez Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie w lutym 2015 r., po wyłonieniu generalnego wykonawcy.

Uwagi dotyczące
badanej
działalności.

1. Do ukończenia budowy *Nowej siedziby szpitala Uniwersyteckiego Kraków-Prokocim* i przekazania jej do użytkowania pozostały niespełna 4 lata. Inwestor zobowiązał się zapewnić środki na finansowanie w kwocie 430.060 tys. zł. Znaczna część tej kwoty, tj. ok. 258.000 tys. zł⁵⁹ (60%), ma zostać przyznana z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na zakup wyposażenia⁶⁰, a pozostałą kwotę 172.060 tys. zł Inwestor zobowiązał się zapewnić we własnym zakresie, z czego 166.558 tys. zł w 2019 r. Zastępca Dyrektora Budżetu Finansów i Inwestycji wyjaśnił, że brakującą kwotę ok. 172 mln zł, Inwestor planuje pozyskać w formie kredytu, dzierżawy lub sprzedaży nieruchomości. Zabezpieczeniem są nieruchomości w rejonie ulicy Kopernika, o wartości rynkowej ok. 586,8 mln zł. Ponadto, Uczelnia dysponuje nieruchomościami w Krakowie-Prokocimiu, o wartości ok. 36,3 mln zł, których sprzedaż jest realna.

NIK zwraca jednak uwagę, że może wystąpić sytuacja braku środków na zakończenie inwestycji, co uniemożliwi oddanie do użytku w pełni zagospodarowanych obiektów szpitalnych w terminie do końca 2019 r.

2. Dotację, w kwocie 90.973,0 tys. zł, na budowę Szpitala Pediatricznego w Warszawie, Ministerstwo przekazywało w formie zaliczek, na podstawie zapotrzebowania, w którym Uczelnia wskazywała datę pierwszej płatności faktur. W konsekwencji Inwestor wykorzystał środki w łącznej kwocie 17.759,2 tys. zł (20%) po upływie 15-29 dni od ich otrzymania z Ministerstwa, a środki w łącznej kwocie 10.498,4 tys. zł (12%) dopiero po upływie 31-52 dni od ich otrzymania. Jak wyjaśniono, przyczyną zapłaceniu faktury na kwotę 10.308,9 tys. zł, dopiero po upływie 52 dni, były uwagi do protokołu odbioru montażu i instalacji rezonansu magnetycznego i wstrzymanie płatności do czasu ich usunięcia przez dostawcę.

Zdaniem NIK, celowym byłoby rozważenie przekazywania dotacji przez Ministerstwo Zdrowia na podstawie zaakceptowanych przez inwestora faktur.

(dowód: akta kontroli str. 507-568, 718-719a)

Opis stanu
faktycznego

Wydatki w roku 2015 z budżetu państwa na **współfinansowanie projektów i programów z udziałem środków europejskich** wyniosły 80.043,3 tys. zł, tj. 63,7% planu po zmianach i były wyższe od wykonania w 2014 r. o 15.005,0 tys. zł, tj. 23,1%.

Na współfinansowanie wymaganego udziału krajowego w projektach, dla których Minister Zdrowia pełnił rolę Instytucji Pośredniczącej, Operatora Programu lub był beneficjentem wydatkowano 64.532 tys. zł (80,6% ogółu wydatków). Na pomoc techniczną wydatkowano 11.835 tys. zł (14,8 %) a na współfinansowanie wkładu krajowego w ramach regionalnych programów operacyjnych 3.584,8 tys. zł (4,5%). Wydatki dotyczące współfinansowania krajowego projektów realizowanych w ramach programów bezpośrednio obsługiwanych przez Komisję Europejską lub inne upoważnione przez nią jednostki wyniosły 91,5 tys. zł (0,1% ogółu wydatków).

Według grup ekonomicznych wydatki majątkowe wyniosły 50.176,7 tys. zł (62,7%), wydatki bieżące jednostek budżetowych 20.481,8 tys. zł (25,6%), a dotacje 9.384,8 tys. zł (11,7%).

(dowód: akta kontroli str. 268, 289-292, 4363-4378, 4444-4452)

Badaniem objęto przekazanie środków dotacji celowej, w łącznej kwocie 4.962,7 tys. zł, na dofinansowanie trzech projektów realizowanych w ramach programów operacyjnych Kapitał Ludzki (PO KL) i Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER) oraz współfinansowanie dwóch projektów realizowanych w ramach regionalnych programów operacyjnych województwa podlaskiego i kujawsko-pomorskiego. Przekazywanie i rozliczenie dotacji następowało zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o finansach publicznych i obowiązującymi przepisami. Z przekazanych środków dotacji wykorzystano kwotę 4.344,6 tys. zł, w tym m.in. w ramach PO KL i POWER na organizację kursów specjalizacyjnych w deficytowych dziedzinach medycyny oraz doskonalących dla kierowników specjalizacji, dofinansowania dla uczestników kursów i szkoleń, wynagrodzenia dla personelu projektów, oraz wykonanie badania ewaluacyjnego. W ramach regionalnych

⁵⁹ 60 mln euro.

⁶⁰ Koszty całego wyposażenia obiektu zaplanowano na kwotę 383.035,0 tys. zł.

programów operacyjnych środki zostały przeznaczone na zakupy aparatury i sprzętu medycznego oraz zadanie inwestycyjne.

(dowód: akta kontroli str. 3579-3782)

Na koniec 2015 r. **zobowiązania** w części 46 – Zdrowie wyniosły 14.141,9 tys. zł i w stosunku do roku 2014 zmniejszyły się o 152,9 tys. zł, tj. o 1,1%. Główną pozycję stanowiły zobowiązania z tytułu dodatkowego wynagrodzenia rocznego wraz z pochodnymi i kosztami pracodawcy, które wyniosły 11.874,9 tys. zł (84,0%). Zobowiązania wymagalne nie wystąpiły.

(dowód: akta kontroli str. 4340-4358, 4420-4443)

W Ministerstwie Zdrowia zobowiązania na koniec 2015 r. wyniosły 3.688,0 tys. zł i były wyższe od zobowiązań na koniec 2014 r. o 152,3 tys. zł, tj. 4,3%. Główną pozycję stanowiły zobowiązania z tytułu dodatkowego wynagrodzenia rocznego wraz z pochodnymi.

(dowód: akta kontroli str. 4160-4162, 4241-4248, 4281-4289)

Stan zobowiązań wymagalnych w jednostkach nadzorowanych przez Ministra Zdrowia zmniejszył się w ciągu ostatniego roku o 70.085,7 tys. zł, tj. o 44,5% i wyniósł 87.518,0 tys. zł na koniec 2015 r. Od 2011 r. zobowiązania te zmniejszyły się o 269.659,6 tys. zł, tj. o 75,5%. Zmniejszyły się zobowiązania wymagalne samodzielnych publicznych zoz nadzorowanych przez Ministra⁶¹ z 17.745,2 tys. zł do 5.137,0 tys. zł, tj. o 71,1%. Również zobowiązania wymagalne instytutów badawczych⁶² zmniejszyły się o 57.043,7 tys. zł (o 41,2%), z kwoty 138.552,3 tys. zł (w 2014 r.) do 81.508,6 tys. zł (w 2015 r.). Zmniejszenia dotyczyły przede wszystkim Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, z 95.184,3 tys. zł do 1.613 tys. zł, tj. o 98,3%. Zauważalny spadek zobowiązań wymagalnych tego Instytutu wynikał przede wszystkim z uzyskania, za pośrednictwem Ministerstwa Skarbu Państwa, 100 mln zł pożyczki z Funduszu Restrukturyzacji Przedsiębiorców⁶³. Wzrosły natomiast zobowiązania wymagalne Instytutu Pomnika – Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie o 59,3%, tj. z 31.161,4 tys. zł (w 2014 r.) do 49.628,1 tys. zł (w 2015 r.) oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii o 100,8% z kwoty 1.209,9 tys. zł (w 2014 r.) do 2.429,7 tys. zł (w 2015 r.). Po raz pierwszy od 2011 r. wystąpiły też zobowiązania wymagalne w Instytucie Onkologii w Oddziale Kraków w kwocie 19.357,0 tys. zł. Od 2011 r. zobowiązania wymagalne wszystkich instytutów nadzorowanych przez Ministra zmniejszyły się o 225.775,9 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 159-182)

2.2. Wydatki budżetu środków europejskich

Opis stanu
faktycznego

W ustawie budżetowej na rok 2015 wydatki budżetu środków europejskich zostały zaplanowane w wysokości 377.349,0 tys. zł i w trakcie roku zostały zwiększone o środki z rezerw celowych tego budżetu o 242.975,1 tys. zł do kwoty 620.324,1 tys. zł.

Decyzje o zwiększeniu planu wydatków dotyczyły:

- 1) uruchomienia rezerw z przeznaczeniem dla beneficjentów realizujących projekty w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (63.590,4 tys. zł),
- 2) finansowania zadań, w trzech projektach realizowanych przez Ministerstwo Zdrowia lub CSIOZ w Programie Operacyjnym Kapitał Ludzki (12.405,5 tys. zł),

⁶¹ Minister Zdrowia nadzoruje 21 Regionalnych Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, SP ZOZ Centralny Ośrodek Medycyny Sportowej w Warszawie, SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w Warszawie, Samodzielny Publiczny Zakład Zaopatrzenia Ortopedycznego w Poznaniu, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu.

⁶² Dane za 2015 r. są wstępnymi danymi ankietowymi MZ otrzymanymi z instytutów (wg stanu na dzień 22 lutego 2016 r.) i mogą ulec zmianie z uwagi na ustawowy termin sporządzania sprawozdań finansowych za 2015 r. – do końca marca 2016 r. Dane po sporządzeniu sprawozdań finansowych instytuty przekazują do 25 kwietnia 2016 r.

⁶³ Uzyskanie takiego wsparcia przez Instytut było możliwe dzięki zmianie rozporządzenia Ministra Skarbu Państwa z dnia 11 sierpnia 2011 r. w sprawie wsparcia niebędącego pomocą publiczną (Dz. U. Nr 174, poz. 1040 ze zm.), które weszło w życie 26 sierpnia 2015 r. (Dz. U. poz. 1231). Wprowadzono w nim rozwiązania, które umożliwiły finansowanie procesów mających na celu poprawę parametrów ekonomiczno-finansowych działalności instytutów badawczych działających w sektorze ochrony zdrowia.

- 3) środków dla CSIOZ na realizację dwóch projektów w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka (116.544,9 tys. zł),
- 4) finansowania projektów ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014 (MF EOG i NMF) (50.434,4 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 749-826, 4382-4384)

Ustalone
nieprawidłowości
i uwagi

NIK zwraca uwagę na niewykorzystanie części rezerw celowych. Na zwiększenie planu wydatków CSIOZ, na projekt P1, przewidziano w rezerwach celowych kwotę 100.440,6 tys. zł (poz. 98 i 99 rezerw). Wykorzystano natomiast 7.301,6 tys. zł, tj. zaledwie 7,3% planu. W szczególności, uruchomiona decyzją Ministra Finansów z dnia 5 sierpnia 2015 r., rezerwa w kwocie 56.379,9 tys. zł na zaprojektowanie, realizację i nadzór gwarancyjny systemów w ramach P1 została wykorzystana w kwocie 3.338,3 tys. zł, tj. zaledwie w 5,9%. Uruchomiona w tym samym dniu rezerwa w kwocie 5.860,8 tys. zł na kontynuację zaprojektowania, realizacji, wdrożenia i nadzór gwarancyjny podsystemów „Szyba Usług” oraz „System Administracji” oraz wykonanie integracji, wydania i wdrożenia w ramach projektu P1 w ogóle nie została wykorzystana. Nie wykorzystano również rezerw w kwocie 25.534 tys. zł uruchomionych na ten cel decyzjami MF z dnia 8 i 10 grudnia 2015 r. Nie została w całości wykorzystana rezerwa w kwocie 1.082,2 tys. zł, uruchomiona decyzją Ministra Finansów z dnia 15 grudnia 2015 r., przeznaczona na pokrycie kosztów usług w zakresie doradztwa eksperckiego, a poprzednia rezerwa (decyzja z dnia 3 listopada 2015 r.) w kwocie 2.167,9 tys. zł na to zadanie została wykorzystana w kwocie 1.326,0 tys. zł, tj. 61,2%.

Środki z rezerw celowych były uruchamiane na wniosek CSIOZ, z wyprzedzeniem, pod wskazane przewidywane wydatki wynikające ze zobowiązań umownych w Projekcie P1. Ich niewykorzystanie było konsekwencją odstąpienia przez CSIOZ od umów z wykonawcami, w dniu 30 listopada 2015 r., w związku z opóźnieniami w realizacji poszczególnych produktów Projektu P1. Po rozwiązaniu umów nie było też potrzeby pełnego wykorzystania wsparcia w obszarze zarządczo-specjalistycznym (usługi eksperckie). Na etapie wnioskowania o środki, jak wyjaśniono, CSIOZ nie posiadało wiedzy o konieczności rozwiązania umów z Wykonawcami.

Nie została też wykorzystana rezerwa w kwocie 6.246 tys. zł, uruchomiona decyzją MF z dnia 10 grudnia 2015 r., przeznaczona na pokrycie kosztów dostawy dodatkowego sprzętu serwerowego oraz licencji dla CSIOZ. Przyczyną było dwukrotne⁶⁴ unieważnienie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę sprzętu.

(dowód: akta kontroli str. 751-756, 772-792, 798-826)

Podkreślić należy, że CSIOZ wystąpiło do Ministerstwa o dokonanie blokady z opóźnieniem 17 dni w stosunku do wystąpienia okoliczności uzasadniających jej dokonanie (tj. rozwiązania umów na realizację P1), a ponadto we wniosku nie wskazano niewykorzystanej kwoty 58.902,3 tys. zł, z rezerw celowych uruchomionych w sierpniu 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 756-771)

Opis stanu
faktycznego

Wydatki budżetu środków europejskich wyniosły 439.638,0 tys. zł, co stanowiło 70,9% planu po zmianach, w tym z tytułu wdrażania perspektywy finansowej na lata 2014-2020 wydatki wyniosły 3.312,3 tys. zł. W porównaniu do wykonania 2014 r. wydatki były wyższe o 18,2%.

(dowód: akta kontroli, str. 750, 4382-4384, 4453-4456)

Na finansowanie projektów z **funduszy norweskich i EOG** wydatkowano łącznie kwotę 139.021,9 tys. zł, co stanowiło 82,0% planu po zmianach na 2015 r. (169.605,5 tys. zł). W porównaniu do roku 2014 wydatki były wyższe o 699,8%.

Nie została wydatkowana kwota 30.583,6 tys. zł, głównie z rezerw celowych, przede wszystkim z powodu braków i niewystarczającej jakości dokumentów przekazanych przez beneficjentów oraz nieprawidłowości wymagających wyjaśnień. Miały one wpływ na

⁶⁴ Pierwsze unieważnienie było nieskuteczne w związku z decyzją KIO nakazującą wznowienie postępowania.

opóźnienia w zatwierdzaniu wniosków o płatność przez Ministerstwo Zdrowia, a tym samym na wykorzystanie środków europejskich.

(dowód: akta kontroli, str. 750, 775, 787-805, 1025-1083, 4382-4384, 4453-4456)

W 2015 r. środki wykorzystane zostały na wdrażanie: 37 projektów konkursowych w Programie PL 07, w obszarach: opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi, opieki nad matką i dzieckiem oraz profilaktyki nowotworowej, 26 projektów konkursowych w Programie PL 13 realizowanych przez powiaty, dotyczących profilaktyki lub promocji zdrowia w zakresie układu krążenia, nowotworów, chorób układu oddechowego, redukcji zewnętrznych przyczyn zgonów i chorób układu trawiennego oraz projektów w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej, w których beneficjenci mieli możliwość wymiany doświadczeń z instytucjami norweskimi w obszarze zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 955-971, 1103, 1107-1136)

W 2015 r. realizowano wniosek NIK z kontroli wykonania budżetu państwa w 2014 r., zalecający „szczegółowe monitorowanie wdrażania projektów współfinansowanych ze środków MF EOG i NMF, zapewnienie sprawnej weryfikacji wniosków o płatność i rozliczania zaliczek w celu minimalizacji ryzyka utraty środków pochodzących z tych funduszy”. Departament Funduszy Europejskich zapewnił każdemu z projektów stałego opiekuna merytorycznego, na bieżąco (poprzez kontakt telefoniczny oraz mailowy) wyjaśniano beneficjentom sprawy problemowe, organizowano spotkania w celu omówienia błędów we wnioskach o płatność, uproszczono procedurę ich weryfikacji, prowadzono konsultacje z beneficjentami w zakresie szacowania zagrożenia niewydatkowania środków, celem ich ewentualnej realokacji.

Ponadto, wynegocjowano z Darczyńcami wydłużenie okresu wdrażania projektów maksymalnie do 30 kwietnia 2017 r., w przypadku, gdy istniało ryzyko niezrealizowania wszystkich założeń ponad pierwotną datę zakończenia projektu do 30 kwietnia 2016 r. Umożliwienie dłuższego wdrażania projektów – jak wyjaśnił Dyrektor Departamentu Funduszy Europejskich – zminimalizowało ryzyko utraty środków z funduszy norweskich i EOG.

NIK zwraca jednakże uwagę na dużą czasochłonność zatwierdzania wniosków o płatność. Kontrola wykazała, że spośród 34 wniosków złożonych w dniach od 11 do 16 września 2015 r., w ramach realizacji PL 07, tylko 18 zostało rozliczonych do końca 2015 r. i przekazano płatności okresowe 16 beneficjentom. W pozostałych przypadkach trwała jeszcze procedura ich rozpatrywania. W MZ wskazano, że główne przyczyny opóźnień w zatwierdzaniu wniosków wynikały z konieczności uzyskiwania dodatkowych wyjaśnień od beneficjentów.

(dowód: akta kontroli, str. 19-20, 32-71, 955-971, 1104-1106)

Środki w kwocie 193.003,0 tys. zł, co stanowiło 99,7 % planu po zmianach, przekazano na realizację projektów w ramach **Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007-2013**. 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 zdrowia*, w tym:

- zakończenie rozbudowy, remontu lub doposażenia dwóch centrów urazowych⁶⁵,
- modernizację i doposażenie w wyroby medyczne do diagnostyki lub terapii siedmiu szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR)⁶⁶, z których pięć zakończono w 2015 r.; w ramach tych projektów wybudowano lub wyremontowano lądowiska dla trzech SOR-ów,
- zakończenie budowy i remontu trzech innych lądowisk dla helikopterów dla SOR⁶⁷,

⁶⁵ Łącznie podpisano 13 umów na dofinansowanie centrów urazowych w ramach PO LiŚ; zakończenie realizacji 11 projektów nastąpiło przed 2015 r. Za datę zakończenia realizacji projektu przyjęto datę przekazania beneficjentowi płatności końcowej.

⁶⁶ Łącznie podpisano 94 umowy na dofinansowanie SOR-ów, z czego 87 zostało zakończonych przed 2015 r.

⁶⁷ Łącznie podpisano 35 umów na dofinansowanie budowy i remontu lądowisk; zakończenie realizacji 32 projektów nastąpiło przed 2015 r.

- zakończenie budowy, remontu oraz doposażenie 11 baz LPR oraz doposażenie 5 baz LPR (łącznie inwestycje dotyczyły 16 baz LPR),
- rozbudowę, remont i wyposażenie w nowoczesny sprzęt medyczny 19 szpitali o znaczeniu ponadregionalnym, z których osiem zakończono w 2015 r.⁶⁸

(dowód: akta kontroli, str. 750, 827-835, 4382-4384)

Na realizację **Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka** przekazano w 2015 r. kwotę 52.107,2 tys. zł, tj. 27,1% planu po zmianach⁶⁹, na realizację dwóch projektów:

- „Systemy dziedzinowe” P4 w kwocie 18.179,9 tys. zł, w skład którego wchodziły systemy: Statystyki w Ochronie Zdrowia, Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia, Monitorowania Zagrożeń, Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych i Zintegrowany System Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczym. Projekt został w 2015 r. zakończony.
- „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” P1 w kwocie 33.927,3 tys. zł, co stanowiło 19,7% planu. Ponadto z budżetu środków krajowych wydatkowano 6.448,9 tys. zł co stanowiło 20,4% planu wydatków na 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 750, 4382-4384)

Projekt P1 realizowany był od 2007 roku⁷⁰ przez CSIOZ i jego rzeczowa realizacja miała zakończyć się 30 listopada 2015 r., natomiast okres kwalifikowalności wydatków kończył się 31 grudnia 2015 r. Całkowity planowany koszt realizacji Projektu P1 wynosił 712.640,0 tys. zł, w tym kwota wydatków kwalifikowanych wynosiła 671.732,0 tys. zł, a płatności z budżetu środków europejskich stanowiły 85% tej kwoty.

Rzeczowym efektem uzyskanym w ramach tego zadania miało być utworzenie Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analiz i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, na którą składało się 10 systemów⁷¹ (podzielonych do realizacji pomiędzy czterech wykonawców), 24 podsystemy z 143 funkcjonalnościami. Ponadto w wyniku realizacji tego Projektu miały zostać uruchomione aplikacje internetowe dla pacjentów (np.: e-recepta, e-skierowania i Internetowe Konto Pacjenta). Przed udostępnieniem użytkownikom aplikacji Projektu P1 przewidywano dokonać odbioru 62 produktów.

(dowód: akta kontroli str. 2036 – 2053)

Minister Zdrowia sprawował nadzór nad realizacją Projektu P1 poprzez Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, a od 15 lipca 2015 Departament Infrastruktury i e-Zdrowia⁷². Zadanie monitorowania procesu przygotowania i realizacji projektu P1 powierzono także Komitetowi Sterującemu P1 (zwany dalej „KS P1”), któremu przewodniczył Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia. W styczniu 2015 r., do składu KS P1 powołano Zastępcę Dyrektora Departamentu Funduszy Europejskich (obecnie Dyrektora Departamentu Infrastruktury i e-Zdrowia).

(dowód: akta kontroli str. 17, 25-28)

Ustalone
nieprawidłowości
i uwagi

Nadzór Ministra Zdrowia nad Projektem okazał się nieskuteczny. Pomimo udziału przedstawicieli Ministra w Komitecie Sterującym P1, a także sprawowania bieżącego nadzoru nad działalnością CSIOZ przez nowy departament, nie zrealizowano Projektu P1. Żadna z aplikacji będących rzeczową realizacją Projektu P1 (nawet aplikacji wydania pierwszego) nie została wdrożona, a nawet odebrana w umownym terminie. Do dnia

⁶⁸ Łącznie podpisano 84 umowy na dofinansowanie inwestycji ponadregionalnych, w tym 1 w 2015 r. Realizacja 65 umów została zakończona przed 2015 r.

⁶⁹ Ze środków krajowych wydatkowano ponadto 9.657,2 tys. zł, tj. 27,5 % planu.

⁷⁰ W dniu 27 lutego 2007 r. Rada Ministrów przyjęła wykaz indywidualnych projektów kluczowych m.in. dla PO IG, który obejmował sześć projektów wchodzących w skład Programu Informatyzacji Ochrony Zdrowia, na liście podstawowej znalazły się P1 i P2.

⁷¹ Portal, System Gromadzenia Danych Medycznych, System Obsługi Rejestrów, Hurtownia Danych, System Wykrywania Nadużyć, System Wspomagania Rozliczeń, System Weryfikacji, Szyna Usług, System Administracji i Pomocnicza Baza Rozszerzonych Danych Medycznych.

⁷² Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 lipca 2015 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz. Urz. MZ poz. 34), zmienione Zarządzeniem z dnia 4 marca 2016 r. (Dz. U. MZ poz. 32).

31 grudnia 2015 wydatkowano na realizację Projektu P1 kwotę 485.704,4 tys. zł (68,2% planowanych wydatków), w tym 479.241,3⁷³ tys. zł stanowiły wydatki kwalifikowane (71,3% planowanych wydatków) oraz dokonano odbioru 41 z 62 produktów, tj. 66,1%. Zgodnie z umową o dofinansowanie⁷⁴ (aneks nr 10 z dnia 8 października 2015 r.), rzeczowa realizacja projektu powinna zakończyć się do 30 listopada 2015 r. CSIOZ odstąpiło od umowy z trzema Wykonawcami realizującymi Projekt P1, a w jednym przypadku podjęto próbę rozwiązania umowy za porozumieniem stron. Komitet Sterujący P1, który monitorował proces przygotowania i realizacji Projektu P1, spotkał się w I półroczu 2015 roku tylko dwa razy (31 marca i 8 czerwca), a w 2014 r. ostatnie spotkanie odbyło się 21 października. Ponadto w dniach 24 kwietnia i 19 maja 2015 r. sekretarz KS P1 przesłał pocztą elektroniczną do członków KS dokumenty projektowe z prośbą o ich akceptację. W ocenie NIK złożoność i znaczenie Projektu P1, a także problemy w jego realizacji wskazywały na konieczność większego zaangażowania tego gremium w zarządzanie przedsięwzięciem.

(dowód: akta kontroli str. 1998-2027, 2036- 2053, 2167-2178)

Zdaniem NIK, jedną z przyczyn niezrealizowania tego zadania były przesunięcia terminów odbiorów kolejnych etapów projektu. Stanowisko NIK jest zbieżne z oceną Zespołu ekspertów⁷⁵, powołanego przez Ministra Zdrowia, który w przedstawionej w dniu 25 sierpnia 2015 r. opinii stwierdził, że „przesunięcie terminów odbioru na ostatnie 5-6 miesięcy realizacji projektu trwającego ponad 5 lat było błędem strategicznym”. Prace te, zdaniem ekspertów, powinny rozpocząć się w III i IV kwartale 2014 r. Tymczasem 7 listopada 2014 r. pełniący obowiązki integratora, firma Unizeto Technologies S.A., złożyła oświadczenie o odstąpieniu od realizacji umowy (CSIOZ odstąpiło w dniu 1 grudnia 2014 r.). Dopiero w dniu 11 lutego 2015 r. podpisano umowę z tzw. „Tymczasowym integratorem”, który zaakceptował termin zakończenia zadania na 30 listopada 2015 r. i zaplanował pierwsze odbiory systemów po integracji na 28 lipca 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 75-112)

Minister Zdrowia w porozumieniu z CSIOZ, opracował nową formułę dalszej realizacji Projektu P1⁷⁶. W celu kontynuowania przedsięwzięcia zaplanowano wyłonienie nowego wykonawcy, który w kontynuowanych pracach wykorzysta maksymalną liczbę produktów odebranych w ramach projektu P1. Projekt zostanie zrealizowany w terminie 3 lat od podpisania umowy. Według zmienionej formuły zakres funkcjonalny projektu został, w stosunku do zakresu pierwotnego P1, zmniejszony do 17⁷⁷ podsystemów (o 29,2%), a liczba funkcjonalności podsystemów została zmniejszona ze 143 do 65 (o 54,5%). Nowa szacunkowa wartość projektu wyniesie 737.601 tys. zł. Wartość dotychczas poniesionych wydatków kwalifikowalnych zostanie pomniejszona o wydatki związane z realizacją funkcjonalności, które zostaną wyłączone z zakresu rzeczowego projektu. Wartość Projektu P1, po uwzględnieniu powyższych zmian, będzie wyższa o 25 mln zł w stosunku do całkowitego kosztu jego realizacji, a płatność z budżetu środków europejskich mniejsza o 40,7 mln zł.

⁷³ Zgodnie ze złożonym przez CSIOZ do Instytucji Wdrażającej wnioskiem końcowym o płatność z 2 marca 2016 r., rozliczającym wydatki poniesione w ramach Projektu P1 finansowanego ze środków POIG.

⁷⁴ Projekt P1 realizowany jest przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka 2007-2013 oraz budżetu państwa na podstawie umowy o dofinansowanie nr POIG.07.01.00-00-007/09-00 zawartej w dniu 22.06.2009 r. z Władzą Wdrażającą Programy Europejskie (obecnie: Centrum Projektów Polska Cyfrowa) oraz aneksów do ww. umowy. Wartość projektu to 712 640 tys. zł (kwota wydatków kwalifikowalnych wynosi 671 732 tys. zł, w tym 570 972 tys. zł ze środków europejskich i 100 760 tys. zł ze środków budżetu państwa).

⁷⁵ Ekspertyza sporządzona na podstawie umów zleceń zawartych pomiędzy poszczególnymi ekspertami a Ministerstwem Zdrowia, która obejmowała m. in. przeprowadzenie oceny realizacji Projektu P1 oraz przygotowania CSIOZ do rozpoczęcia wdrażania tego projektu i sporządzenie raportu zawierającego opis stanu faktycznego, stwierdzone ewentualne nieprawidłowości, wnioski i zalecenia.

⁷⁶ Pismo znak: IEOK.9023.35.2015.TG z dnia 17 grudnia 2015 r. adresowane do Pani Anny Streżyńskiej Ministra Cyfryzacji i Pana Jerzego Kwiecińskiego, Sekretarza Stanu w Ministerstwie Rozwoju, podpisane przez Pana Piotra Gryzę Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

⁷⁷ Wyłączone będzie siedem podsystemów: Portal Platforma dostępowa, Aplikacje płatników, Aplikacje Innych Podmiotów, System Gromadzenia Danych Medycznych – osobista dokumentacja medyczna, System Wspomagania Rozliczeń – wsparcie rozliczania usług, System Wspomagania Rozliczeń – wsparcie rozliczania leków, Pomocnicza Baza Rozszerzonych Danych Medycznych.

Z Projektu P1 w nowej formule usunięto następujące elementy: e-Zwolnienia; Wsparcie rozliczeń leków, wsparcie rozliczeń usług oraz aplikacja płatnika; Kalendarz i wpisy własne pacjenta w IKP; Platforma Dostępowa. Szacowana wartość wydatków kwalifikowalnych już poniesionych w ramach Projektu P1, związanych z powyższym zakresem zadań, wynosi 85.790 tys. zł. Zdaniem Ministerstwa wprowadzone zmiany funkcjonalne nie wpływają na osiągnięcie celu głównego projektu, gdyż funkcje z których zrezygnowano, realizują aplikacje wytworzone w ZUS i NFZ.

(dowód: kontroli str. 1998-2027, 2036-2178)

Wniosek o potwierdzenie wkładu finansowego na realizację Projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych”, uwzględniający zmieniony projekt, został przekazany do Komisji Europejskiej w dniu 2 lutego 2016 r. Zdaniem Ministra Zdrowia są szanse na uzyskanie zgody KE na proponowane zmiany. Dopiero w przypadku, kiedy przyjęty wariant nie uzyska akceptacji, przeanalizowana zostanie możliwość realizacji inwestycji ze środków budżetu państwa, co może wiązać się z koniecznością ponownej weryfikacji zakresu rzeczowego projektu, harmonogramu i budżetu.

(dowód: akta kontroli str. 2036, 2190)

Opis stanu
faktycznego

Na realizację **Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki** wydatkowano 38.249,5 tys. zł, co stanowiło 91,8% planu po zmianach. Wykorzystane zostały na zakończenie 12 projektów systemowych w ramach Priorytetu II Działanie 2.3 *Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawę jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia*. Największe wydatki przeznaczono na:

- „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności, tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy” (w 2015 r. 89 lekarzy ukończyło kursy specjalizacyjne z kardiologii, kardiologii dziecięcej, onkologii, medycyny pracy oraz patomorfologii; 876 lekarzy, w tym onkologów, kardiologów, lekarzy medycyny pracy, ukończyło pełny cykl kursów specjalizacyjnych),
- „Rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarskiej w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem starzejącego się społeczeństwa” (4 685 pielęgniarek ukończyło kurs specjalizacyjny, przeprowadzono 258 edycji kursu specjalistycznego),
- „Bezpieczny Szpital – Bezpieczny Pacjent” (56 szpitali uzyskało akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, 5 szpitali objęto przygotowaniem do akredytacji, przeszkolono 357 osób ze standardów akredytacyjnych i 25 trenerów),
- „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej” (kursy doskonalące ukończyło 527 lekarzy poz, 801 fizjoterapeutów, 794 pielęgniarki, 50 opiekunów medycznych i 25 terapeutów środowiskowych),
- „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” (5 695 pielęgniarek i położnych ukończyło w 2015 r. studia pomostowe, zorganizowano konferencję szkoleniową dla 200 osób).

(dowód: akta kontroli str. 750, 842-861)

Badaniem objęto trzy projekty systemowe w ramach PO KL, realizowane przez komórki organizacyjne Ministerstwa Zdrowia⁷⁸. Na realizację tych projektów w 2015 r. w budżecie środków europejskich łącznie zaplanowano 5.872,0 tys. zł, w trakcie roku dokonano zwiększenia planu o 15.099,6 tys. zł. Wydatki wyniosły 18.975,4 tys. zł, co stanowiło 90,5% planu po zmianach i 49,6% wydatków w PO KL. Dokonane, w trakcie roku, zmiany planu wynikały z konieczności zapewnienia bieżącego finansowania zadań. Kontroli poddano wydatki na kwotę 1.030,3 tys. zł, stanowiącą 2,7% wydatków z budżetu środków europejskich w PO KL. Wykonawcy umów zostali wybrani w sposób zapewniający uczciwą konkurencję, przy zastosowaniu przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych.

⁷⁸ Projekty „Kształcenie pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” i „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej” realizowane były przez Departament Pielęgniarek i Położnych, a projekt „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” realizował Departament Analiz i Strategii

Skontrolowane wydatki były celowe, środki wydatkowane w okresie kwalifikowalności oraz rzetelnie udokumentowano. Realizacja badanych projektów została zakończona w 2015 r. Zrealizowano zaplanowane zadania i osiągnięto cele założone we wnioskach o dofinansowanie. W wyniku realizacji projektów osiągnięto rezultaty, które monitorowane były przy pomocy wskaźników produktu.

(dowód: akta kontroli str. 3783-3925)

Wydatki ze **Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy** wyniosły 13.943,9 tys. zł, co stanowiło 98,7% planu po zmianach.

(dowód: akta kontroli str. 750, 940-954)

W budżecie środków europejskich, na realizację programów finansowanych z nowej perspektywy 2014-2020, zaplanowane zostały wydatki w wysokości 33.667,0 tys. zł. W trakcie roku plan został zmniejszony o 72% do kwoty 9.281,1 tys. zł, a zrealizowane wydatki wyniosły 3.312,3 tys. zł, tj. 35,7% planu po zmianach.

(dowód: akta kontroli str. 750, 4382-4384)

Uwagi dotyczące
badanej
działalności

1. W 2015 r. nie zawarto żadnych umów o dofinansowanie projektów w ramach PO liŚ 2014-2020 Działanie 9.2 *Infrastruktura ponadregionalnych podmiotów leczniczych*⁷⁹. Według ustawy budżetowej zaplanowano na ten cel kwotę 21.845,0 tys. zł, którą za zgodą Ministra Infrastruktury i Rozwoju, w całości przeniesiono i wydatkowano na realizację PO liŚ 2007 – 2013. Niewykorzystanie środków w 2015 r. na projekty z nowej perspektywy finansowej spowodowane było niezakończeniem prac nad stworzeniem map potrzeb zdrowotnych⁸⁰, niezbędnych do ogłoszenia konkursów na dofinansowanie projektów w ramach Działania 9.2. Do końca 2015 roku udało się zakończyć prace nad stworzeniem map w dziedzinie kardiologii i onkologii, jednak do dnia 8 marca 2016 r. Ministerstwo Zdrowia nie otrzymało informacji zwrotnej o ich akceptacji przez KE i nie ogłosiło konkursów na dofinansowanie projektów w zakresie wsparcia szpitali ponadregionalnych udzielających świadczeń zdrowotnych dedykowanych chorobom układu krążenia, nowotworom oraz wsparcia pracowni diagnostycznych, a także innych jednostek zajmujących się diagnostyką, współpracującymi z ww. podmiotami. Podkreślić należy, że w ramach PO liŚ 2014-2020 alokacja środków UE do wykorzystania przez Ministerstwo Zdrowia wynosi 468,3 mln Euro, tj. ok. 2 mld zł.

(dowód: akta kontroli str. 750, 827-841)

2. W ramach PO WER 2014-2020 wydatkowano jedynie 3.312,3 zł, tj. 35,7% planu po zmianach.

Nie zakontraktowano natomiast 5.082,0 tys. zł na projekty konkursowe i dwa projekty pozakonkursowe, ponieważ Plan Działania dla osi V PO WER został zatwierdzony przez Komitet Sterujący dopiero 22 lipca 2015 r. Pomimo, że następnego dnia ogłoszono konkurs *Dzienny dom opieki medycznej* z terminem naboru wniosków do 30 października, dopiero w 2016 r. planowane jest rozstrzygnięcie konkursu. W konsekwencji w 2016 r. podpisane zostaną umowy z beneficjentami, co umożliwi uruchomienie środków. Na 2016 r. przesunięto także realizację projektów pozakonkursowych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, z uwagi na procedowanie zgłoszonych zmian do projektów.

Nie wydatkowano także zaplanowanej kwoty 881,7 tys. zł na projekt pozakonkursowy „Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych”, ponieważ dopiero 22 września 2015 r. Minister Zdrowia wydał decyzję o jego dofinansowaniu, a Departament Analiz i Strategii dopiero po trzech kolejnych miesiącach (22 grudnia 2015 r.) uzyskał decyzję o zapewnieniu finansowania dla tego projektu, warunkującą wszczęcie procedury przetargowej na realizację zadań wieloletnich przez podmioty zewnętrzne. Unieważnione zostało także postępowanie przetargowe na zakup komputerów dla personelu projektu.

NIK zwraca uwagę, że uruchamianie konkursów zarówno w ramach PO liŚ jak i regionalnych programów operacyjnych (RPO), np. dotyczących szpitali o znaczeniu

⁷⁹ Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko, Oś priorytetowa IX – *Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia*.

⁸⁰ W dziedzinach medycyny i rodzaju świadczeń, zbieżnym tematycznie z zakresem planowanych naborów konkursowych.

ponadregionalnym⁸¹ uzależnione jest od map potrzeb zdrowotnych, które zgodnie z art. 19 ust. 1 ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, powinny być opracowane do dnia 1 kwietnia 2016 r. Od terminowego procedowania projektu „Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych” uzależnione zaś będzie wypracowanie modeli deskryptywnych⁸², które wpływać będą na jakość metodologii opracowania map potrzeb zdrowotnych. Nieterminowa realizacja tego projektu może rzutować na proces kontraktacji, wydatkowania, a tym samym certyfikacji środków europejskich. Podkreślić należy, że w ramach Osi V PO WER alokacja środków europejskich do wykorzystania przez MZ wynosi 301,2 mln Euro, tj. ok. 1,3 mld zł⁸³.

(dowód: akta kontroli, str. 750, 860-939)

2.3. Efekty prowadzonej działalności w obszarze ochrony zdrowia

Opis stanu
faktycznego

Do podstawowych dokumentów strategicznych, w oparciu o które prowadzona była w 2015 r. polityka rozwoju kraju w obszarze zdrowia, należą: *Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności*⁸⁴, *Strategia Rozwoju Kraju 2020*⁸⁵, oraz trzy strategie zintegrowane służące realizacji założonych w ww. strategiach celów rozwojowych: *Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010-2020 – Regiony, miasta, obszary wiejskie*⁸⁶, *Strategia Sprawne Państwo 2020*⁸⁷, *Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020*⁸⁸.

Dokumentem resortowym, w którym określono cele i wskaźniki w obszarze zdrowia był „*Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015*”⁸⁹.

Na potrzeby programowania nowej perspektywy finansowej na lata 2014-2020 został opracowany i przyjęty przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia, w dniu 8 lipca 2015 r., dokument pn. „*Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020*”, w którym zostały zawarte cele strategiczne, narzędzia ich realizacji, a także wybrane wskaźniki kontekstowe dla obszaru zdrowie zawarte w dokumentach strategicznych oraz wskaźniki produktów i rezultatów dla poszczególnych narzędzi realizacji celów⁹⁰.

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 lub inne dokumenty wskazujące ramy ich realizacji, a poszczególne działania w nich zapisane są realizowane na podstawie dokumentów operacyjnych, np. programów polityki zdrowotnej, programów wieloletnich inwestycyjnych, w ramach których są podejmowane decyzje dotyczące wysokości i sposobu finansowania poszczególnych działań oraz terminów ich realizacji

⁸¹ Decyzje dotyczące uruchamiania projektów/konkursów zarówno w ramach PO liŚ jak również regionalnych programów operacyjnych (RPO) muszą być podejmowane w oparciu o system mapowania potrzeb zdrowotnych, tj. co do zasady inwestycje infrastrukturalne współfinansowane z funduszy UE muszą być zgodne z adekwatną mapą potrzeb zdrowotnych. W przypadku gdy mapy potrzeb zdrowotnych w danym obszarze nie będą dostępne, dopuszczone są wyjątki od tej zasady. Np. w PO liŚ możliwe jest uruchamianie konkursów/projektów inwestycyjnych w zakresie ratownictwa medycznego, w odniesieniu do którego uznaje się Wojewódzkie Plany Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego za spełniające rolę i funkcjonalność map potrzeb zdrowotnych. Ponadto, biorąc pod uwagę dostępność map potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii i kardiologii, opracowanych w 2015 r. możliwe jest również uruchamianie projektów/konkursów w zakresie tych obszarów (zarówno dla RPO jak i PO liŚ).

⁸² Policy Paper dla Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020 rozdz. Mapowanie potrzeb zdrowotnych.

⁸³ Kurs *InforEuro* z grudnia 2015 r. 1 Euro=4,2400 PLN.

⁸⁴ Uchwała Rady Ministrów nr 16 z dnia 5 lutego 2013 r. (M.P. poz. 121).

⁸⁵ Uchwała Rady Ministrów nr 157 z dnia 25 września 2012 r. (M.P. poz. 882).

⁸⁶ Strategia została przyjęta uchwałą Rady Ministrów w dniu 13 lipca 2010 r. (M.P. z 2011 r. Nr 36, poz. 423).

⁸⁷ Uchwała Rady Ministrów nr 17 z dnia 12 lutego 2013 r. (M.P. poz. 136).

⁸⁸ Uchwała Rady Ministrów nr 104 z dnia 18 czerwca 2013 r. (M.P. poz. 640).

⁸⁹ Narodowy Program Zdrowia został przyjęty uchwałą Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.

⁹⁰ <http://www.zdrowie.gov.pl/aktualnosci/news/id/2357.html>

i wskaźników monitorujących osiągnięcie założonych celów i kierunków interwencji w obszarze zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 1152-1211)

Minister Zdrowia, po przyjęciu strategii przez Radę Ministrów, nie zgłaszał propozycji zmian, także, co do wartości wskaźników docelowych. Nie aktualizował też „Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015”.

(dowód: akta kontroli str. 1152-1171)

Efekty działań w obszarze ochrony zdrowia można opisać m.in. za pomocą wybranych wskaźników mierzących stopień realizacji strategii:

W 2015 r. w rankingu Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia⁹¹, Polska zajęła 34 miejsce na 35 krajów ocenianych, uzyskując 523 punkty na 1000 możliwych, pomimo wzrostu liczby punktów o 12 pkt w stosunku do ubiegłego roku. Tym samym spadła w tym rankingu o dwa miejsca i znalazła się na przedostatnim miejscu przed Czarnogorą (650 tys. mieszkańców), która uzyskała 484 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 2014 r. przeciętna długość życia w Polsce wynosiła w przypadku mężczyzn 73,8 lat i wzrosła od 2009 r. o 2,3 roku, a w przypadku kobiet 81,6 lat i wzrosła o 1,5 roku. Nadal jest jednak krótsza niż średnia dla 28 krajów UE, gdzie w 2013 r. mężczyźni żyli o 4 lata dłużej, a kobiety o 1,7 roku dłużej. W przyjętych strategiach zakłada się, że w 2020 r. 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.

Jednym z najważniejszych europejskich wskaźników strukturalnych dla obszaru zdrowia jest wskaźnik długości życia w zdrowiu (HLY)⁹². W 2013 r. kobiety żyły w zdrowiu przeciętnie 62,7 lat, tj. o 0,2 roku dłużej niż w 2009 r. i 1,2 roku dłużej niż wynosiła średnia dla 28 krajów UE. Natomiast przeciętne trwanie życia w zdrowiu mężczyzn wynosiło 59,2 lata i było o 0,9 roku dłuższe niż w 2009 r., ale o 2,2 roku krótsze niż średnio w UE w 2013 r. (61,4). Zakłada się, że w Polsce w 2030 r. wskaźnik HLY wyniesie 75 lat dla kobiet i 69 lat dla mężczyzn.

Pozytywnym zjawiskiem jest obserwowany trend malejącej umieralności noworodków i niemowląt oraz umieralności okołoporodowej.

Obniżył się wskaźnik zgonu noworodków (0-27 dni) na 1 tys. urodzeń żywych⁹³, z 4,0‰ w 2009 r. do 2,9‰ w 2014 r. Nadal jest jednak wyższy niż średnia dla krajów UE, która w 2011 r. wyniosła 2,7‰.

Współczynnik zgonu niemowląt (poniżej 1 roku) wynosił 5,6‰ w 2009 r. i zmniejszył się do 4,2‰ w 2014 r. Nadal jest jednak wyższy niż średnia 3,7‰ dla krajów UE w 2013 r. Zakładany dla Polski współczynnik wynosi 3,0‰ w 2020 r.

W 2013 r., dwa lata wcześniej niż oczekiwano w NPZ 2007-2015, uzyskano efekt obniżenia umieralności okołoporodowej (0-6 dni) do 6,0‰ na 1 tys. żywych urodzeń. W 2014 r. wskaźnik ten obniżył się do 5,6‰⁹⁴. Do istotnego spadku tego współczynnika – według Konsultanta Krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii⁹⁵ – doprowadziła konsekwentna realizacja zasad trójstopniowej opieki perinatalnej oraz przestrzeganie i realizowanie zasad

⁹¹ Źródło: Health Consumer Powerhouse. Europejski Konsumencki 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.

⁹² Źródło: GUS – STRATEG. Dane dotyczące przeciętnego trwania życia w zdrowiu pochodzą z badania ankietowego EU-SILC – Europejskiego Badania Warunków Życia Ludności.

⁹³ Źródło: GUS – STRATEG.

⁹⁴ Źródło: Rocznik demograficzny GUS 2015 r., tabl. 122 – Umieralność okołoporodowa według województw. W 2000 r. wskaźnik umieralności okołoporodowej wynosił 9,7‰.

⁹⁵ Źródło: Prezentacja *Umieralność okołoporodowa Polska 2013*. Łódź, 02.07.2015 r.

postępowania zawartych w *Standardzie porodu fizjologicznego* i *Programie badań prenatalnych*.

Chorobami najbardziej zagrażającymi życiu mieszkańców Polski są choroby układu krążenia i nowotwory złośliwe. Stanowią one ponad 70% wszystkich zgonów⁹⁶. Odnotowano tendencję spadkową liczby zachorowań na choroby układu krążenia w 2013 r., o 8,1%⁹⁷ w porównaniu do liczby zachorowań sprzed dwóch lat. Natomiast w 2013 r. i w 2012 r. liczba zgonów na 100 tys. ludności wynosiła 460,8 i była wyższa w porównaniu do 2011 r. (440,9) i znacznie wyższa od średniej dla 28 państw UE w 2010 r. (380,5).

Według Krajowego Rejestru Nowotworów odnotowano w 2012 r. wzrost liczby zachorowań na choroby nowotworowe o 8,7% w porównaniu do liczby zachorowań sprzed dwóch lat. Zmniejszyła się natomiast nieznacznie w 2013 r., w porównaniu do roku poprzedniego, liczba zgonów na 100 tys. ludności⁹⁸ z powodu nowotworów złośliwych (z 245,9 do 244,4) i wskaźnik ten osiągnął wartość prawie jak w 2009 r. (244,5). Wskaźnik ten był niższy niż średnia dla UE, która wyniosła 258,7 w 2010 r.

Wzrasta corocznie liczba zgonów z powodu nowotworu sutka na 100 tys. mieszkańców od 26,6 (w 2009 r.) do 29,3 (w 2013 r.) – w *Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego* przyjęto spadek wskaźnika do 22,6 w 2020 r. Liczba zgonów z powodu nowotworu szyjki macicy pozostaje na prawie niezmiennym poziomie, tj. 8,9 (w 2009 r.) oraz 8,4 (w 2012 i 2013 r.) – w *Strategii* przyjęto spadek wskaźnika do 3,5 w 2020 r. Trend ten wskazuje, że zakładane wartości docelowe prawdopodobnie nie zostaną osiągnięte.

Miernikiem umożliwiającym ocenę skuteczności leczenia oraz jakości opieki medycznej jest wskaźnik przeżyć 5-letnich w przypadku osób chorujących z powodu nowotworów. W 2007 r. wynosił 42,2%, w 2010 r. wzrósł do 45,5%, ale w 2013 r. ponownie obniżył się do 42,2%.

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 trzech latach tendencja została odwrócona i w 2014 r. wskaźnik ten wyniósł 91%. Przyjęto, że w 2020 r. zwiększy się do 96%.

Liczba jednostek koncentratu krwinek czerwonych wydanych do leczenia na 1 tys. mieszkańców wzrosła z 26,37 (2009 r.) do 28,04 (2011 r.) i do 28,26 w 2014 r. Niska dynamika wzrostu może wskazywać, że nie zostanie osiągnięta w 2020 r. wartość docelowa 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 2014 r. obniżył się do poziomu 31,64%.

W ostatnich 5 latach o 79,5% wzrosła liczba przeszczepień narządów i w 2014 r. wyniosła 41,98 na 1 mln mieszkańców. *Strategia Sprawne Państwo* zakłada, że w 2020 r. zwiększy się do 57,5.

Problemem obserwowanym od kilku lat w ochronie zdrowia są niedostateczne zasoby kadrowe. W 2013 r., wskaźnik liczby lekarzy na 1 tys. mieszkańców w Polsce (wg OECD)⁹⁹ wyniósł 2,24 i był nieznacznie wyższy (o 3,2%) niż w 2009 r. – 2,17. Był on natomiast znacznie

⁹⁶ GUS: Informacje i opracowania statystyczne; Warszawa 2015.

⁹⁷ Źródło MZ: mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii - ogólnokrajowa

⁹⁸ Źródło: GUS – STRATEG.

⁹⁹ Źródło STRATEG; Dane są publikowane przez OECD w raporcie „OECD Health Data” przygotowywanym we współpracy z Komisją Europejską. Według definicji OECD dane obejmują osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem. Między krajami występują różnice w metodologii obliczania tych kategorii. Dla Polski pracownicy medyczni ochrony zdrowia to osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem. W niektórych krajach dane o pracownikach medycznych obejmują również osoby posiadające prawo wykonywania zawodu medycznego, ale niepraktykujące w swoim zawodzie. Wg definicji OECD lekarzami są: osoby, które ukończyły studia w dziedzinie medycyny na poziomie uniwersyteckim i które są uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, stażyści i lekarze rezydenci, najemni i samozatrudnieni lekarze świadczący usługi niezależnie od miejsca wykonywania zawodu, zagraniczni lekarze posiadający licencję na praktykę, którzy aktywnie praktykują w kraju.

niższy niż średnia dla OECD – 3,3 i najniższy spośród krajów europejskich notowanych przez OECD. Wyższe wskaźniki miały Słowenia – 2,63 (o 17%) i Irlandia – 2,69 (o 20%). Dla porównania, najwyższe wskaźniki odnotowały Austria – 4,99 (o 123 % wyższy niż w Polsce), Norwegia – 4,31 (o 92%) i Niemcy – 4,05 (o 81%).

Wskaźnik liczby lekarzy dentystów na 1 tys. mieszkańców w Polsce (wg OECD) wyniósł 0,32 w 2013 r. i był na takim samym poziomie jak w 2009 r. Był on najniższy spośród krajów europejskich notowanych przez OECD. Wyższe wskaźniki miały Szwajcaria – 0,52 (o 63%) i Austria – 0,57 (o 78%). Dla porównania, najwyższe wskaźniki odnotowały Estonia – 0,9 (o 181% wyższy) oraz Norwegia i Luksemburg – 0,87 (o 172%), Niemcy – 0,83 (o 159%).

W przypadku pielęgniarek wskaźnik na 1 tys. mieszkańców Polski (wg OECD) pozostaje na prawie niezmiennym poziomie od 2009 r. (5,25) i w 2013 r. wyniósł 5,27, podczas gdy średnia dla OECD wynosiła 9,1 na 1 tys. mieszkańców. Spośród krajów europejskich notowanych przez OECD niższy wskaźnik miała tylko Hiszpania (5,14) i Łotwa (4,88). Dla porównania, najwyższe wskaźniki odnotowały Szwajcaria – 17,36 (o 229% wyższy niż w Polsce) i Norwegia – 16,67 (o 216% wyższy).

Zahamowana została tendencja wzrostowa liczby położnych na 1 tys. mieszkańców Polski (wg OECD). W latach 2009 – 2012 wskaźnik ten wzrósł z 0,59 do 0,64, a w 2013 r. nastąpił spadek do 0,6. Spośród krajów europejskich notowanych przez OECD wyższy wskaźnik odnotowano jedynie w Islandii – 0,82 na 1 tys. populacji. W Słowenii wyniósł – 0,06, w Austrii – 0,16, na Węgrzech – 0,17.

(dowód: akta kontroli str. 1212-1217, 1537-1589)

Analiza stopnia realizacji celów strategii była monitorowana na bieżąco, głównie w komórkach merytorycznych Ministerstwa odpowiedzialnych za dany cel i miernik. Gromadzone w nich dane były podstawą do sporządzania wkładów do sprawozdań rocznych przekazywanych przez Ministra Zdrowia właściwym koordynatorom strategii, które są następnie przyjmowane przez Komitet Koordynacyjny ds. Polityki Rozwoju. Dodatkowo, w przypadku niektórych z nich, np. Strategii Rozwoju Kraju 2020, również Stały Komitet Rady Ministrów rozpatruje sprawozdania z wdrażania Planu działań służących realizacji tej strategii.

(dowód: akta kontroli str. 1152-1171, 1218-1510, 1590-1607)

Uwagi dotyczące
badanej
działalności

Analiza zmian wybranych wskaźników kontekstowych w ciągu ostatnich 5 lat wskazuje, że część z nich może nie osiągnąć poziomu przyjętego w strategiach. Wskazuje na to m.in. pozycja Polski w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (EHCI). Uwagę zwracają także niedostateczne zasoby kadrowe personelu medycznego, wyrażone wskaźnikiem liczby lekarzy i pielęgniarek na 1 tys. mieszkańców w Polsce, niższe w stosunku do średnich OECD, w przypadku lekarzy – o 32%, w przypadku pielęgniarek – o 42%.

Dyrektor Generalna Ministerstwa Zdrowia wyjaśniła, że stopień osiągnięcia założonych celów i realizacji zadań był w Ministerstwie Zdrowia monitorowany na bieżąco, przede wszystkim w komórkach organizacyjnych Ministerstwa, raportowany w sprawozdaniach i omawiany na posiedzeniach Komitetu Koordynacyjnego ds. Polityki Rozwoju. Poza sprawozdaniem, nie przedłożono dokumentu potwierdzającego dokonanie analizy zawierającej ocenę efektywności wykorzystania nakładów poniesionych na realizację spraw w ramach działu zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 1599-1607)

2.4 Działania nadzorcze dysponenta części 46

Opis stanu
faktycznego

Dysponent główny prowadził nadzór i kontrolę wykorzystania dotacji oraz dokonywał analiz i ocen zgodności poniesionych wydatków z planowanym przeznaczeniem, zgodnie z postanowieniami art. 175 ust. 2 pkt 2-5 ufp. Dokonywano oceny stopnia realizacji zadań finansowanych środkami z budżetu państwa w okresach miesięcznych. Zawierały one m.in. informacje o poziomie wykonania planowanych wydatków bieżących i majątkowych oraz z rezerw, a także o realizacji programów polityki zdrowotnej. Sprawowany był także nadzór i kontrola nad podległymi jednostkami. Przeprowadzono m.in. 18 kontroli wykorzystania

dotacji z budżetu państwa, w tym w NFZ w zakresie rozliczenia dotacji dla osób uprawnionych, ale nieubezpieczonych, przekształceń sp zoz w spółki kapitałowe i 14 kontroli w ramach pełnienia przez Ministra Zdrowia funkcji Instytucji Pośredniczącej dla PO liŚ. Kontrole w zakresie zapewnienia efektywności i skuteczności realizacji planów w układzie zadaniowym (71) dotyczyły m.in. przestrzegania terminów rozpatrywania skierowań na leczenie uzdrowskowe, wsparcia finansowego w ramach projektów objętych finansowaniem EFS oraz MF EOG i NMF, realizacji programów polityki zdrowotnej, prawidłowości realizacji programu leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego. W przypadkach stwierdzenia nieprawidłowości formułowane były zalecenia pokontrolne, które przekazywano kierownikowi kontrolowanej jednostki wraz z terminem przedstawienia informacji o sposobie realizacji. Sformułowane wnioski dotyczyły głównie uaktualnienia zasad rachunkowości, terminowości regulowania zobowiązań, przestrzegania postanowień umów itp. Wnioski były realizowane.

Minister Zdrowia zapewnił funkcjonowanie kontroli zarządczej, o której mowa w art. 69 ust 1 pkt 1 ufp. Sporządzono analizę ryzyka i plan audytu na rok 2015, w którym uwzględniono m.in. prowadzenie spraw w zakresie przekształceń sp zoz, zapewnienie bezpieczeństwa informatycznego, rozpatrywanie skarg i wniosków, samoocenę kontroli zarządczej Ministerstwa i jednostek w dziale. Komitet Audytu nie zidentyfikował istotnych ryzyk oraz słabości kontroli zarządczej.

(dowód: akta kontroli str. 5027-5124, 6876-7017, 7173-7216)

W ramach sprawowanej kontroli zarządczej prowadzono monitoring realizacji planu finansowego w układzie zadaniowym, w oparciu m.in. o miesięczne sprawozdania sporządzane przez komórki organizacyjne Ministerstwa i podległe jednostki, kwartalne informacje opisowe z realizacji zadań oraz bieżącą korespondencję, w celu dokonywania oceny prawidłowości zaplanowania i realizacji zadań pod kątem efektywności i skuteczności. Zmiany planu finansowego były efektem przeprowadzanych analiz na podstawie informacji uzyskanych z monitoringu. Określone zostały zasady¹⁰⁰ realizacji sprawozdawczości, a zkładowy plan kont zapewniał ewidencję wykonania budżetu w układzie zadaniowym.

(dowód: akta kontroli str. 3926-3946, 3985-3993, 4476-4489)

3. Prawidłowość i rzetelność sprawozdań

Opis stanu faktycznego

Sprawozdania za 2015 r. własne i łączne sporządzone przez dysponenta części 46 – Zdrowie – o stanie środków na rachunkach bankowych (Rb-23), z wykonania planu: dochodów budżetowych (Rb-27), wydatków budżetu państwa (Rb-28), 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), wydatków budżetu środków europejskich (Rb-28 UE), a także roczne sprawozdania z wykonania wydatków budżetu państwa oraz budżetu środków europejskich w układzie zadaniowym (Rb-BZ1), sprawozdania w zakresie operacji finansowych za IV kwartał 2015 r. o stanie należności oraz wybranych aktywów finansowych (Rb-N) i zobowiązań według tytułów dłużnych oraz poręczeń i gwarancji (Rb-Z) – zostały sporządzone terminowo, rzetelnie, stosownie do przepisów rozporządzeń Ministra Finansów w sprawie: sprawozdawczości budżetowej¹⁰¹, sprawozdań jednostek sektora finansów publicznych w zakresie operacji finansowych¹⁰², a także sprawozdawczości budżetowej w układzie zadaniowym¹⁰³.

Roczne sprawozdania budżetowe łączne oraz kwartalne sprawozdania w zakresie operacji finansowych zostały sporządzone przez dysponenta głównego części 46 na podstawie

¹⁰⁰ Instrukcja wewnętrzna w sprawie realizacji sprawozdawczości z wykonania budżetu państwa w układzie zadaniowym z dnia 6 października 2011 r. ze zm.

¹⁰¹ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie sprawozdawczości budżetowej (Dz. U. poz. 119 ze zm.).

¹⁰² Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 4 marca 2010 r. w sprawie sprawozdań jednostek sektora finansów publicznych w zakresie operacji finansowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1773).

¹⁰³ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2011 r. w sprawie sprawozdawczości budżetowej w układzie zadaniowym (Dz. U. Nr 298, poz. 1766).

sprawozdań jednostkowych jednostek podległych, a dane w nich zawarte zostały prawidłowo przeniesione ze sprawozdań jednostkowych.

Sprawozdania własne dysponenta części 46 – Zdrowie oraz Ministerstwa Zdrowia sporządzone zostały na podstawie danych wynikających z ewidencji księgowej i przekazują prawdziwy obraz dochodów, wydatków, a także należności i zobowiązań 2015 roku. Podstawą sporządzenia sprawozdań była ewidencja księgowa prowadzona w warunkach przyjętego systemu kontroli zarządczej w zakresie finansowym, zawierającego wszystkie wymagane elementy określone w aktach prawa powszechnie obowiązującego i regulacjach wewnętrznych.

(dowód akta kontroli str. 4331-4412, 4475-4508, 7250-7289)

4. Wykonanie planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych

Opis stanu
faktycznego

W ustawie budżetowej na rok 2015 przyjęto plan wydatków Funduszu w kwocie 13.000,0 tys. zł, przychody w kwocie 26.627,0 tys. zł, stan Funduszu na koniec roku (środki pieniężne) – 98.479,0 tys. zł.

Plan przychodów został zrealizowany w kwocie 30.792,3 tys. zł, tj. 115,6 %, z czego 28.836,1 tys. zł, stanowiły wpływy z dopłat do stawek w grach losowych objętych monopolem Skarbu Państwa, 1.890,7 tys. zł odsetki bankowe od kwoty głównej i 64,5 tys. zł rozliczenia z lat ubiegłych dokonane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Wydatki wyniosły 9.671,1 tys. zł, tj. 74,4 % planu na rok 2015 i były o 273,4 tys. zł niższe niż w roku ubiegłym. Przeznaczone zostały 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 (1.071,2 tys. zł),
- 2) opracowanie i wdrażanie nowych metod profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych (997,8 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 (5.329,8 tys. zł),
- 4) prowadzenie działań ukierunkowanych na podnoszenie jakości programów profilaktycznych i terapeutycznych, a także na 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 (2.272,3 tys. zł).

Programy te były zgodne z zadaniami wynikającymi z ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych¹⁰⁴ tworzącej Fundusz.

Przyczyną niższych, niż zaplanowano, wydatków Funduszu na dzień 31 grudnia 2015 r. było odrzucenie ofert z powodu niespełnienia wymogów formalno-prawnych określonych w warunkach naboru wniosków lub z powodów merytorycznych.

Środki pieniężne, zgromadzone na rachunku Funduszu na dzień 31 grudnia 2015 r., wynosiły 109.931,0 tys. zł i były wyższe o 21.121,2 tys. zł (23,8 %) od stanu na początku roku. Środki pieniężne zgromadzone na rachunku Funduszu zostały przekazane w zarządzanie terminowe, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie wolnych środków niektórych jednostek sektora finansów publicznych przyjmowanych przez Ministra Finansów w depozyt lub zarządzanie¹⁰⁵.

¹⁰⁴ Dz. U. z 2015 r. poz. 612 ze zm.

¹⁰⁵ Dz. U. poz. 1864.

Ministerstwo Zdrowia w 2015 r. podjęło działania w celu wprowadzenia nowych zadań do finansowania ze środków Funduszu. Ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym¹⁰⁶ wprowadzono zmianę w art. 88 ust. 4 ustawy o grach hazardowych, poprzez dodanie przepisu umożliwiającego finansowanie ze środków Funduszu zadań określonych w Narodowym Programie Zdrowia (art. 9 ust. 1 ustawy o zdrowiu publicznym), określanym przez Radę Ministrów w drodze rozporządzenia¹⁰⁷. Do końca stycznia 2016 r., trwały jeszcze prace legislacyjne nad projektem rozporządzenia w sprawie NPZ na lata 2016-2020, projekt był przygotowywany do przekazania pod obrady Stałego Komitetu Rady Ministrów.

(dowód: akta kontroli str. 6866-6931, 6876-6885, 7217-7227)

Ustalone
nieprawidłowości
i uwagi

NIK ponownie zwraca uwagę na nadmiar środków Funduszu, w stosunku do zgłaszanych potrzeb. Stan Funduszu, pomimo wydatkowania 9.671,1 tys. zł, w 2015 r. zwiększył się o 21.121,2 tys. zł i wyniósł 109.931,0 tys. zł. Wątpliwości NIK budzi funkcjonowanie Funduszu w obecnej formie z uwagi na brak korelacji pomiędzy wysokością składki a zakresem zrealizowanych zadań. W 2015 r. podjęto działania w celu rozdysponowania środków Funduszu w większym zakresie, jednakże do końca 2015 r. prace te nie zostały zakończone.

V. 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 Kontroli¹⁰⁸, wnosi o:

- 1) podjęcie działań zmierzających do dokończenia Projektu P1 w jak najkrótszym czasie, z uzyskaniem założonych efektów, przy zminimalizowaniu dodatkowych kosztów,
- 2) zaprzestanie zawierania umów cywilnoprawnych na realizację bieżących zadań, które powinny być wykonywane w ramach umów o pracę,
- 3) wdrożenie mechanizmów skutecznego nadzoru i rozwiązań organizacyjnych w celu efektywnej realizacji zaplanowanych wydatków z budżetu środków europejskich na lata 2014-2020,
- 4) realizację dwóch programów polityki zdrowotnej, przyjętych przez Ministra Zdrowia w 2015 roku, dotyczących ważnych problemów zdrowotnych i społecznych,
- 5) wprowadzenie, skuteczniejszych niż dotychczasowe, form propagowania badań mammograficznych i cytologicznych.

VI. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

¹⁰⁶ Dz. U. poz. 1916.

¹⁰⁷ Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy o zdrowiu publicznym.

¹⁰⁸ Dz. U. z 2015 r. poz. 1096 oraz z 2016 r. poz. 677.

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 19.04.2016 r.

*Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia
Dyrektor
Piotr Wasilewski*



.....
Podpis