

NR EWID. 63/98/P97128/DZK

KWIECIEŃ 1998

I. CZĘŚĆ OGÓLNA

1. Charakterystyka kontroli

Najwyższa Izba Kontroli, z własnej inicjatywy, w IV kwartale 1997 r. przeprowadziła kontrolę wykorzystania kredytu Banku Światowego przeznaczonego na restrukturyzację systemu opieki zdrowotnej w Polsce oraz funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej w ramach konsorcjów zdrowia (nr kontroli: P/97/128).

Celem kontroli było zbadanie i dokonanie oceny realizacji – objętego umową o kredyt Nr 3466 POL z dnia 17 lipca 1992 r. – Projektu Rozwoju Służby Zdrowia w Polsce oraz gospodarowania środkami finansowymi (pochodzącymi z kredytu oraz środkami krajowymi) przeznaczonymi na realizację ww. Projektu.

Kontrolę przeprowadzono w 29 jednostkach organizacyjnych, w tym w:

- a) 16 publicznych zakładach opieki zdrowotnej, w tym w 6 szpitalach,
- b) 3 biurach konsorcjów zdrowia,
- c) 8 urzędach wojewódzkich (wydziałach zdrowia – komórkach równorzędnych),
- d) Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej oraz w Biurze ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia.

Wykaz jednostek objętych kontrolą stanowi załącznik nr 1 do Informacji.

W kontroli koordynowanej przez Departament Zdrowia i Kultury Fizycznej uczestniczyło 6 delegatur NIK¹. Czynności kontrolne rozpoczęto w II połowie września 1997 r., a zakończono w styczniu 1998 r.

Kontrolą objęto okres od 1 stycznia 1994 r. do 30 września 1997 r.

Podstawowe tematy kontroli dotyczyły następujących zagadnień:

¹ Delegatury NIK w: Koszalinie, Olsztynie, Opolu, Poznaniu, Szczecinie i Zielonej Górze.

- 1) realizacji wniosków pokontrolnych NIK z kontroli wykorzystania kredytu Banku Światowego, przeprowadzonej przez NIK w 1993 r.²,
- 2) wykonania uchwały Nr 42/92 Rady Ministrów z dnia 22 kwietnia 1992 r. w sprawie zaciągnięcia kredytu w Międzynarodowym Banku Odbudowy i Rozwoju (Banku Światowym) na sfinansowanie przekształceń systemowych w służbie zdrowia³,
- 3) realizacji Projektu Rozwoju Służby Zdrowia w Polsce, objętego umową o kredyt oraz legalności zmian warunków umowy o kredyt i realizowanego projektu dokonanych w 1994 r.,
- 4) efektywności wykorzystania środków kredytu oraz środków krajowych przeznaczonych na realizację projektu,
- 5) zakresu i stopnia wykonania projektów, objętych umową o kredyt, ze szczególnym uwzględnieniem funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej w ramach utworzonych konsorcjów zdrowia.

Najwyższa Izba Kontroli w latach 1992–1993 przeprowadziła dwie kontrole związane z procesem reformowania systemu opieki zdrowotnej:

- a) realizacji zadań Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w zakresie reformy służby zdrowia⁴,
- b) wykorzystania kredytu Międzynarodowego Banku Odbudowy i Rozwoju – Banku Światowego przeznaczonego na realizację projektu rozwoju służby zdrowia w Polsce⁵.

Z ustaleń tych kontroli wynikało generalnie nisko zaawansowanie prac wdrożeniowych w zakresie reformowania służby zdrowia, a przede wszystkim wyjątkowo niska efektywność wykorzystania kredytu Banku Światowego. W ramach kontroli wykorzystania kredytu Banku Światowego stwierdzono w szczególności:

- uruchomienie kredytu nastąpiło dopiero z dniem 15 stycznia 1993 r.,
- Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej nie było przygotowane do realizacji Projektu,

² Informacja NIK Nr 15/94/57/A/93 z marca 1994 r.

³ Uchwała niepublikowana

⁴ Informacja NIK Nr 28/11/A/92 z lipca 1992 r.

⁵ Patrz - przypis 2.

- po ponad 1,5 roku od udzielenia zaliczki oraz zawarcia umowy o kredyt nie zrealizowano ani jednego ze składników, podskładników i zadań objętych projektem,
- ze środków kredytu wykorzystano zaledwie 1,8 mln USD, co stanowiło 1,4% kredytu i 8,3% kwoty przewidzianej do uruchomienia (zgodnie z harmonogramem) do końca 1993 r.,
- z wykorzystanego kredytu – ponad 90% przeznaczono na usługi zagranicznych firm konsultacyjnych (doradczych),
- ze środków krajowych pochodzących z budżetu państwa wykorzystano niespełna 10%; w ramach tych środków sfinansowano koszty funkcjonowania 4 jednostek budżetowych powołanych do obsługi projektu,
- koszty obsługi kredytu wyniosły 503 tys. USD (100 tys. USD z tytułu odsetek oraz 403 tys. USD z tytułu tzw. opłat za gotowość), co stanowiło ponad 29% wykorzystanego kredytu.

W ocenie NIK – wyniki kontroli wykazały, że kontynuacja umowy o kredyt nie rokuje powodzenia, a przede wszystkim racjonalnego wykorzystania kredytu. Najwyższa Izba Kontroli sformułowała wnioski zmierzające m.in. do:

- 1) opracowania przez MZiOS analizy stanu zaawansowania prac nad reformą służby zdrowia oraz działań zapewniających korelację celów reformy i projektu realizowanego w ramach umowy o kredyt,
- 2) rozważenia dokonania selekcji celów projektu i realizowanych – w jego ramach – składników w skali kraju i konsorcjów zdrowia,
- 3) ograniczenia wydatków przeznaczonych na pomoc techniczną w kierowaniu projektem,
- 4) podjęcia prac legislacyjnych nad statusem konsorcjów zdrowia, a także zapewnienie trwałości struktury utworzonej w wyniku zgłoszenia akcesu do konsorcjum.

Najwyższa Izba Kontroli na przełomie lat 1996 i 1997 badała realizację przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej oraz wojewodów zamówień publicznych w sferze ochrony zdrowia. W ramach tej kontroli badano m.in. zamówienia publiczne finansowane z kredytu Banku Światowego⁶. W związku z tym, że wyniki tej kontroli nie

⁶ Informacja NIK Nr 213/97/P/96/095/DZK z listopada 1997 r.

wykazały nieprzestrzegania obowiązujących procedur przetargowych Banku Światowego - spraw tych nie badano w toku obecnej kontroli.

2. Synteza ustaleń kontroli i ocena kontrolowanej działalności

Z ustaleń kontroli wynika, że Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej nie było i nadal nie jest przygotowane do zapewnienia pełnej i właściwej realizacji umowy o kredyt.

2.1. Realizacja umowy w latach 1992–1993 przebiegała ze znacznym opóźnieniem i bez właściwego przygotowania prawno-organizacyjnego. Bezpośrednim rezultatem zaniedbań było niskie wykorzystanie kredytu, które na koniec 1993 r. wyniosło 1,7% i dotyczyło głównie usług konsultacyjnych.

(Szczegóły - rozdział 2.2. i 2.3.)

2.2. Podjęte w 1994 r. działania zmierzające do skrócenia terminu realizacji umowy, a przede wszystkim związana z tym zmiana Projektu i zmniejszenie kwoty kredytu do 100 mln USD:

- 1) nie były właściwie przygotowane pod względem merytorycznym, organizacyjnym i prawnym,
- 2) zostały zrealizowane bez dokonania zmiany postanowień uchwały Nr 42/92 Rady Ministrów z dnia 22 kwietnia 1992 r. w sprawie zaciągnięcia kredytu w Międzynarodowym Banku Odbudowy i Rozwoju (Banku Światowym) na sfinansowanie przekształceń systemowych w służbie zdrowia, w której:
 - Rada Ministrów określiła zakres i zasady realizacji konkretnego projektu restrukturyzacji systemu ochrony zdrowia,
 - udzieliła gwarancji za zobowiązania wynikające z umowy o kredyt,
 - Minister Zdrowia i Opieki Społecznej został upoważniony tylko do podpisania umowy i zobowiązany do nadzoru i kontroli realizacji zadań wynikających z umowy o kredyt.

Z analizy obu projektów (Projektu określonego w załączniku 2 do umowy o kredyt oraz nowego Projektu II – opisanego w instrukcji operacyjnej projektu z września 1995 r.) wynika, że Projekt II w stopniu istotnym różni się od pierwotnego Projektu. M.in. radykalnie ograniczono pilotażowe wdrażanie nowych rozwiązań w konsorcjach zdrowia oraz zrezygnowano z podstawowego celu Projektu, jakim była restrukturyzacja ochrony zdrowia na terenie konsorcjów zdrowia.

(Szczegóły – rozdz. 1 i 2.4.)

2.3. Nie zostały spełnione deklaracje Ministra ZiOS, dotyczące zarówno skrócenia terminu realizacji Projektu II, jak i pełnego wykorzystania kredytu do końca 1997 r. Faktyczne wykorzystanie kredytu – wg stanu na 30 września 1997 r. – wyniosło 49,1 mln USD, a łącznie z płatnościami – w ramach zawartych kontraktów – 54,7 mln USD, co stanowi 54,7% aktualnej kwoty kredytu. Nie zostanie również dotrzymany termin realizacji Projektu II, a jego finalna treść (na skutek wprowadzanych modyfikacji) – do czasu zakończenia kontroli – nie została ostatecznie ustalona.

Z ustaleń kontroli wynika, iż z wykorzystanego kredytu (do dnia 30 września 1997 r.):

- a) 41,7 mln USD, co stanowi 84,9%, przeznaczono na zakup aparatury medycznej i sprzętu,
- b) 6,1 mln USD, co stanowi 12,4%, przeznaczono na usługi konsultacyjne (doradcze).

Oznacza to, że tylko 2,7% środków kredytu przeznaczono na realizację innych zadań Projektu II. Przy takiej strukturze wydatków – kredyt Banku Światowego wykorzystany został w zasadzie wyłącznie na zakup dóbr i usług.

Stwierdzono ponadto, że nie są wykonywane zobowiązania Polski jako kredytobiorcy we współfinansowaniu Projektu II. Wydatkowane środki z budżetu państwa stanowiły w przeliczeniu na dolary amerykańskie ok. 22,7 mln USD, co stanowiło 36,4% kwoty ustalonej w Projekcie II.

(Szczegóły – rozdz. 2.5.)

2.4. Jakkolwiek z ustaleń kontroli wynika, że zakupiona aparatura i sprzęt medyczny w stopniu istotnym wpłynęły na zwiększenie liczby, zakresu i jakości usług medycznych – to jednak celem Projektu i zaciągnięcia kredytu w Banku Światowym było dokonanie przekształceń systemowych w służbie zdrowia, w tym zwłaszcza na terenach objętych działaniem 3 konsorcjów zdrowia. Dotychczasowa i przewidywana realizacja Projektu II nie zapewnia osiągnięcia ww. celu. Z punktu widzenia przewidywanej i koniecznej reformy

systemu opieki zdrowotnej - realizacja Projektu II nie przyczyniła się ani do wypracowania nowych koncepcji systemowych, ani do zapoczątkowania restrukturyzacji w służbie zdrowia.

Z analizy ustaleń kontroli wynika, że zakupiona aparatura i sprzęt medyczny z reguły odpowiadały zapotrzebowaniom publicznych ZOZ-ów i były efektywnie wykorzystywane. Stwierdzono jednak przypadki zakupów niecelowych, a przede wszystkim przedwczesnych lub w ilościach przekraczających faktyczne potrzeby publicznych ZOZ-ów. Dotyczyło to w szczególności ok. 1/3 części zakupionych zestawów wyposażenia gabinetów lekarzy rodzinnych.

Szczególne zastrzeżenia budzi zakup w latach 1995–1997 ze środków kredytu za łączną kwotę 14,1 mln USD sprzętu komputerowego dla ok. 370 szpitali posiadających powyżej 200 łóżek szpitalnych. Stwierdzono, że wyposażonym w sprzęt komputerowy szpitalom nie zapewniono oprogramowania użytkowego (ruch chorych, rachunek kosztów, apteka). Niektóre szpitale zlecały wykonanie oprogramowania za własne środki finansowe, ale zainstalowanymi aplikacjami użytkowymi na komputerach były głównie edytory tekstów i arkusze kalkulacyjne.

W ocenie NIK zakup sprzętu komputerowego bez wcześniejszego opracowania dedykowanego oprogramowania - w ramach przyjętej strategii planu informatyzacji - uniemożliwił realizację jednego z głównych celów Projektu i Projektu II, a mianowicie poprawę zarządzania w służbie zdrowia.

(Szczegóły – rozdz. 2.6.)

2.5. W toku kontroli, w połowie skontrolowanych jednostek, ujawniono różnego rodzaju nieprawidłowości i zaniedbania związane z zagospodarowaniem środków kredytu i budżetowych. Dotyczyło to m.in.:

- nieprzestrzegania art. 48 ustawy z dnia 5 stycznia 1991 r. Prawo budżetowe oraz niektórych przepisów ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości i ustawy z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych,
- nieprzestrzegania przepisów rozporządzenia Ministra ZiOS z dnia 11 marca 1992 r. w sprawie atestowania aparatury i sprzętu medycznego nabywanego przez publiczne ZOZ-y,
- nieprzestrzegania art. 42 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej,
- realizowania ze środków budżetowych, zwłaszcza w początkowym okresie (w 1994 r.), zadań remontowych wykraczających poza zadania związane z Projektem.

Łączna kwota wydatkowanych środków budżetowych z naruszeniem art. 48 ustawy Prawo budżetowe wyniosła 1,1 mln zł.

(Szczegóły – rozdz. 2.7.)

2.6. Jakkolwiek z inicjatywy MZiOS i w wyniku konkursu oraz na podstawie porozumień wojewodów powołano 3 konsorcja zdrowia (Ciechanowskie, Pomorskie i Wielkopolskie) - to jednak nie podjęto prac i decyzji określających status prawny tych konsorcjów. Działań takich nie podjęto, mimo że na ich potrzebę wskazywano we wnioskach NIK, a także - w opracowanym w 1995 r. na zlecenie MZiOS - raporcie zespołu specjalistów powołanych do oceny działalności konsorcjów zdrowia. Ustalenia kontroli wykazały, że - w ramach Projektu II - nie realizowano w ogóle planów restrukturyzacyjnych i integracyjnych jednostek służby zdrowia. Stwierdzono natomiast, że biura konsorcjów zdrowia były włączane do prac związanych z realizowaniem różnego rodzaju zadań programowych, inicjowanych m.in. przez MZiOS. Dotyczyło to m.in. wdrażania Rejestru Usług Medycznych, przekształcania publicznych zoz-ów w jednostki samodzielne, szeroko rozumianego szkolenia kadr medycznych, w tym szkolenia lekarzy rodzinnych oraz inicjowania zadań dotyczących zwłaszcza promocji zdrowia.

Mimo, iż były to działania celowe i potrzebne to jednak nie doprowadziły do przewidywanej Projektem integracji publicznych zoz-ów w ramach konsorcjów zdrowia.

(Szczegóły - rozdz. 2.2., 2.7., 2.8. i 2.9.)

2.7. Wysoce niedostateczny był nadzór i kontrola MZiOS nad realizacją umowy o kredyt i realizowanego Projektu i Projektu II. Stwierdzono, że - w okresie objętym kontrolą - MZiOS nie dokonało analizy lub oceny realizacji umowy o kredyt oraz finansowanego w jej ramach projektu restrukturyzacji systemu opieki zdrowotnej. Analizy takiej nie dokonano również w 1994 r., mimo iż na celowość jej przeprowadzenia wskazywano we wnioskach NIK ⁷ oraz że powinna ona stanowić podstawę zmiany warunków umowy o kredyt, jakiej dokonano w dniu 31 marca 1994 r.

⁷ Patrz - przypis 2.

(Szczegóły - rozdz. 2.9.)

3. Wnioski

Na tle przedstawionej syntezy ustaleń kontroli oraz oceny kontrolowanej działalności – zdaniem Najwyższej Izby Kontroli – zasadne jest w szczególności:

- 1) pilne przeprowadzenie – przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej – analizy i oceny realizowanego Projektu II oraz uzyskanych efektów, w tym sformułowanie na podstawie zebranych doświadczeń wniosków w sprawie kontynuowania reformy systemowej w ochronie zdrowia,
- 2) zaproponowanie przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej – na podstawie analizy, o której mowa w pkt. 1 – wniosków zmierzających do:
 - a) zaktualizowania realizowanego Projektu II i przewidywanych wydatków ze środków kredytu i budżetu państwa,
 - b) określenie ostatecznego terminu zakończenia zaktualizowanego Projektu,
- 3) przedstawienia Radzie Ministrów propozycji dostosowania zakresu gwarancji Skarbu Państwa określonego uchwałą Nr 42/92 z dnia 22 kwietnia 1992 r. do zmian warunków wprowadzonych z dniem 31 marca 1994 r. w umowie o kredyt zawartej w dniu 17 lipca 1992 r. pomiędzy Rzeczpospolitą Polską a Międzynarodowym Bankiem Odbudowy i Rozwoju.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli zasadne jest również rozważenie celowości utrzymywania – w obecnym kształcie organizacyjnym – i finansowania z budżetu państwa 4 jednostek kierujących, w imieniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, realizacją Projektu II. Należy przy tym nadmienić, iż Biuro ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia jest – obok Zakładu Zamówień Publicznych przy MZiOS oraz Biura Programów PHARE – kolejną jednostką organizacyjną, powołaną m.in. do dokonywania centralnych zakupów MZiOS.

II. CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA

1. Charakterystyka stanu prawnego w zakresie kontrolowanej działalności

1.1. Rada Ministrów – na wniosek Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej (Ministra ZiOS) – podjęła dwie uchwały w sprawie zaciągnięcia kredytu w Międzynarodowym Banku Odbudowy i Rozwoju (Banku Światowym) na sfinansowanie przekształceń systemowych w służbie zdrowia:

a) uchwałą Nr 20/92 z dnia 10 marca 1992 r., w której:

- zaakceptowała wniosek Ministra ZiOS o zaciągnięcie kredytu oraz zakres i zasady jego zaciągnięcia w walutach obcych o równowartości 1,5 mln USD,
- postanowiła o przeznaczeniu ww. kredytu na pilotażowe wdrożenie w wybranych szpitalach systemów informacyjnych, księgowych i gospodarki lekami, szkoleń oraz ekspertyz,
- zobowiązała Ministra ZiOS do zapewnienia terminowego i efektywnego wykorzystania pożyczki oraz przedłożenia sprawozdania z realizacji umowy i jej praktycznych efektów,
- przyznała MZiOS 400 tys. zł na sfinansowanie przedsięwzięć związanych z obsługą kredytu;

b) uchwałą Nr 42/92 z dnia 22 kwietnia 1992 r., w której:

- akceptowała zakres i zasady realizacji programów zawartych w umowie o kredyt w walutach obcych o równowartości 130 mln USD przeznaczonego na restrukturyzację systemu ochrony zdrowia, poprawę efektywności zarządzania służbą zdrowia i doskonalenie kadr,
- w imieniu Skarbu Państwa udzieliła gwarancji za zobowiązania wynikające z umowy o kredyt z Bankiem Światowym,
- upoważniła Ministra ZiOS do podpisania umowy,

- zobowiązała Ministra ZiOS do nadzoru i realizacji zadań wynikających z umowy o kredyt oraz naczelne, centralne i terenowe rządowe organy administracji ogólnej do wykonywania zadań wynikających z umowy o kredyt.

1.2. Na podstawie wyżej wymienionych uchwał Rady Ministrów podpisane zostały z Międzynarodowym Bankiem Odbudowy i Rozwoju, zwanym dalej „Bankiem Światowym”:

- 1) porozumienie z dnia 10 kwietnia 1992 r. (PPF Nr P 1/8.POL) o udzieleniu zaliczki w wysokości 1,5 mln USD na sfinansowanie wydatków niezbędnych dla przygotowania Projektu Rozwoju Służby Zdrowia,
- 2) umowa o kredyt Nr 3466 POL z dnia 17 lipca 1992 r. na wdrożenie Projektu Rozwoju Służby Zdrowia, zwane dalej odpowiednio „umową o kredyt” i „Projektem”. W umowie o kredyt stanowi się w szczególności:
 - integralną część umowy stanowi dokument Banku Światowego „Warunki ogólne umów o kredyty i gwarancje”⁸ z dnia 1 stycznia 1985 r. ze zmianami wymienionymi w umowie o kredyt,
 - Krajowym Zespołem ds. Wdrażania Projektu jest zespół powołany w zarządzeniu Ministra ZiOS Nr 19/91 z dnia 1 czerwca 1991 r.⁹;
 - Bank zgadza się udzielić kredytu na warunkach i zasadach przedstawionych lub powołanych w umowie na sumę w różnych walutach, która będzie mieć łączną wartość równoważącą kwotę 130 mln USD (łącznie z zaliczką),
 - kwota kredytu może być podejmowana z konta kredytu zgodnie z postanowieniami załącznika 1, w którym określono kategorie i wysokość wydatków finansowanych ze środków kredytu,
 - kredytobiorca zobowiązuje się, dla celów Projektu, otworzyć i utrzymywać specjalne konto depozytowe w dolarach (USD),
 - kredytobiorca będzie wnosił na korzyść Banku opłatę prowizyjną od zaangażowania – kapitału kredytu nie podjętego w danym okresie oraz odsetki od kapitału kredytu podjętego i niespłaconego w danym okresie, ze zmienną stopą procentową (równą kosztowi zatwierdzonych kredytów, powiększonemu o 1/2 procenta),

⁸ Wg aktualnie stosowanego tłumaczenia „Ogólne warunki umów kredytowych i gwarancyjnych”.

- spłata kredytu następować będzie zgodnie z harmonogramem spłat określonym w załączniku 3 do umowy, w którym ustalono płatności półroczne w okresie od 15 grudnia 1996 r. do 15 czerwca 2009 r. w kwotach różnych w wysokości od 2 990,0 tys. USD do 7 715,0 tys. USD;
- kredytobiorca zobowiązuje się do zrealizowania celów Projektu określonych w załączniku 2 oraz, że w tym celu wykona lub spowoduje wykonanie Projektu z odpowiednią starannością i wydajnością, a także zapewni niezbędne dla Projektu fundusze, usługi i inne zasoby – zgodnie z programem wdrożenia Projektu określonym w załączniku 5;
- wejście w życie umowy nastąpi w 90 dniu od daty jej podpisania, tj. z dniem 15 października 1992 r.

Opis Projektu przedstawiono w załączniku nr 2 do niniejszej informacji, a jego charakterystykę i pełne koszty wdrożenia – w rozdziale 2.1.

1.3. Na przełomie 1993 i 1994 r. MZiOS prowadziło rozmowy z Bankiem Światowym na temat zmian Projektu i warunków umowy o kredyt, które miały polegać na:

- przyspieszeniu terminu realizacji Projektu i jego uproszczeniu,
- obniżeniu wysokości kredytu o 30–40 mln USD.

Minister ZiOS w piśmie¹⁰ skierowanym do Banku Światowego wystąpił z wnioskiem o anulowanie 30 mln USD kredytu z ew. zamiarem anulowania dodatkowo 10 mln USD oraz o odpowiednią zmianę kwot kredytu ustaloną w załączniku 1 do umowy o kredyt.

Bank Światowy¹¹ – działając na podstawie art. VI działu 6.01. Ogólnych warunków umów pożyczkowych i gwarancyjnych – z dniem 31 marca 1994 r. zmniejszył kredyt o równowartość 30 mln USD oraz zmienił kwoty wydatków ustalone w załączniku 1 do umowy o kredyt.

Opis nowego Projektu o nazwie „Projekt Rozwoju Opieki Zdrowotnej” (w brzmieniu określonym we wrześniu 1995 r.) przedstawiono w załączniku nr 3

⁹ W toku kontroli ustalono, że zarządzenie Nr 19/91 nosi datę 19 grudzień 1991 r., a nie 1 czerwca 1991 r.

¹⁰ Pismo z dnia 31 marca 1994 r. znak BPM/996/94.

do niniejszej Informacji, a jego charakterystykę i pełne koszty wdrożenia – w rozdziale 2.4.

1.4. Zgodnie z art. III umowy o kredyt, zakup towarów, prac i usług konsultantów wymaganych przez Projekt, finansowanych ze środków kredytu, następuje w ramach kontraktów przyznawanych w oparciu o procedury określone w „Wytycznych dotyczących nabywania w ramach kredytów IBRD i kredytów IDA” opublikowanych przez Bank Światowy w maju 1985 r. oraz na warunkach określonych w załączniku 4 do umowy o kredyt.

Zgodnie z ww. wytycznymi podstawową procedurą do zawierania kontraktów jest międzynarodowy konkurencyjny przetarg ofert (pakietów przetargowych) o szacunkowej równowartości około 500 tys. USD i więcej, z tym, że dobra produkowane w Polsce mogą uzyskać „margines preferencji” określonych w ww. wytycznych.

Wytyczne Banku Światowego przewidują inne procedury dokonywania zakupów, w tym m.in. porównanie ofert z listy co najmniej trzech dostawców (dopuszczonych przez Wytyczne, w tym np. co najmniej 2 z różnych krajów), porównanie ofert cenowych i (w przypadku zakupu książek, oprogramowania komputerowego itp.) w oparciu o konkurencyjne oferty rabatów od cen katalogowych.

Z prawnego punktu widzenia w ramach innych procedur dokonywania zakupów możliwe jest – mimo że nie jest to obligatoryjne – stosowanie procedur określonych w ustawie z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych¹².

Wybór i zatrudnienie konsultantów przy realizacji Projektu następuje zgodnie z „Wytycznymi zatrudniania konsultantów przez Kredytobiorców Banku Światowego oraz przez Bank Światowy jako Agendę Wykonawczą” opublikowanymi przez Bank w sierpniu 1981 r.

1.5. W stosunku do krajowych środków finansowych przeznaczonych na realizację Projektu mają zastosowanie przepisy Prawa budżetowego¹³ oraz inne przepisy prawa, jak np. ww. ustawa o zamówieniach publicznych.

¹¹ Pisma z dnia 18 maja 1994 r.

¹² Dz.U. Nr 76, poz. 344 ze zmianami.

¹³ Ustawa z dnia 5 stycznia 1991 r. Prawo budżetowe (t.j. Dz.U. z 1993 r. Nr 72, poz. 344 ze zmianami).

1.6. Do objętych kontrolą zakładów opieki zdrowotnej (ZOZ-ów) mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej¹⁴, w tym wydane na jej podstawie przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 marca 1992 r. w sprawie atestowania aparatury i sprzętu medycznego nabywanego przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej¹⁵. Zgodnie z rozporządzeniem aparatura i sprzęt medyczny nabywane przez publiczne ZOZ-y powinny posiadać świadectwo dopuszczenia do stosowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych; z wnioskiem o wydanie świadectwa mogą wystąpić producent albo dostawca oraz publiczny ZOZ;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 sierpnia 1993 r. w sprawie ogólnych warunków trybu zawierania i rozwiązywania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz trybu ustalania i rozliczania należności za te świadczenia¹⁶. Rozporządzenie określa zasady i tryb zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz osób ubezpieczonych i innych osób uprawnionych m.in. przez prywatnie praktykujących lekarzy, w tym np. przez lekarzy rodzinnych;
- zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 18 maja 1995 r. w sprawie warunków, na jakich następuje przekazanie środków publicznych do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz sposobu kontroli ich wykorzystania¹⁷. Zarządzenie stanowi podstawę funkcjonowania w praktyce samodzielnego publicznego ZOZ-u, pokrywającego z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i zobowiązań.

Niektóre kontrolowane publiczne ZOZ-y prowadziły szkolenia lekarzy rodzinnych, których podstawą były przepisy zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1994 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy, lekarzy dentyków, magistrów farmacji oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem

¹⁴ Dz.U. nr 91, poz. 408 ze zmianami.

¹⁵ Dz.U. Nr 31, poz. 135.

¹⁶ Dz.U. Nr 76, poz. 363.

¹⁷ M.P. Nr 29, poz. 341.

zatrudnionych w służbie zdrowia i opiece społecznej¹⁸. Ww. zarządzeniem wprowadzono dwie formy specjalizacji w zakresie medycyny rodzinnej:

- etatową, wykonywaną w trybie rezydenckim w upoważnionych przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej zakładach opieki zdrowotnej. Specjalizacja odbywa się w ramach zatrudnienia na czas określony i trwa 3 lata, przy czym lekarz nie może pozostawać jednocześnie w stosunku pracy z innym pracodawcą,
- pozaetatową, odbywaną w trybie skróconym (nie dłużej niż 2 lata).

2. Istotne ustalenia kontroli

2.1. Projekt Rozwoju Służby Zdrowia w Polsce

W art. III ust. 3.1. umowy o kredyt stwierdza się, iż „Kredytodawca oświadcza, że zobowiązuje się do zrealizowania celów Projektu, tak jak zostały one przedstawione w załączniku 2 do niniejszej umowy, oraz że w tym celu wykona lub spowoduje wykonanie Projektu z odpowiednią starannością i wydajnością oraz zgodnie z odpowiednimi przyjętymi praktykami administracyjnymi, finansowymi i technicznymi, oraz będzie zapewniać tak szybko, jak potrzeba, niezbędne fundusze, pomieszczenia, usługi i inne zasoby”.

Opis Projektu Rozwoju Służby Zdrowia ustalony w załączniku 2 do umowy o kredyt – przedstawiono w załączniku nr 2 do niniejszej Informacji.

Projekt składa się z czterech części i 15 składników, które „mogą być modyfikowane” w ramach okresowych uzgodnień pomiędzy Kredytobiorcą oraz Bankiem tak, aby umożliwić osiągnięcie celów przedstawionych w opisie Projektu.

Szczegółowa treść Projektu Rozwoju Służby Zdrowia w Polsce, zwanego dalej „Projektem” określona została – przed podpisaniem umowy o kredyt – w raporcie oceniającym Banku Światowego pt.: „Program Rozwoju Polskiej Służby Zdrowia z dnia 27 marca 1992 r.”¹⁹

¹⁸ Dz.Urz. MZiOS Nr 11, poz. 23.

¹⁹ Raport Nr 9816 POL.

Celem Projektu jest wspieranie realizowanej przez Rząd reformy gospodarczej przez poprawę stanu zdrowia, zwiększanie wkładu służby zdrowia do systemu bezpieczeństwa socjalnego i zmniejszenie obciążenia budżetu państwa wydatkami na ochronę zdrowia. Aby osiągnąć te cele realizacja Projektu powinna umożliwić:

- poprawę stanu zdrowia przez nasilenie promocji zdrowia i działań w ramach programów prewencyjnych,
- pomoc w pierwszych fazach restrukturyzacji służby zdrowia przez przesunięcie nacisku z opieki świadczonej przez placówki na efektywną podstawową opiekę zdrowotną, świadczoną przez lepiej wyszkolonych lekarzy i pielęgniarki,
- rozwój zdolności instytucji służby zdrowia do wypracowywania kierunków, planowania, zarządzania i oceny przez zapewnienie kierownictwu dostępu do ulepszonych systemów informacyjnych i możliwości swego doskonalenia,
- nie zakłócone funkcjonowanie usług i powstrzymanie wzrostu kosztów w służbie zdrowia w średnim horyzoncie czasowym przez poprawę efektywności, skuteczności i jakości świadczenia usług w trzech regionach ujętych w Projekcie.

Szczególną cechą Projektu jest pilotażowa realizacja trzech pierwszych składników (promocja zdrowia, podstawowa opieka zdrowotna i zarządzanie służbą zdrowia) w trzech regionach w ramach części czwartej (regionalna służba zdrowia) w celu osiągnięcia maksymalnego efektu. W tym celu służby zdrowia w trzech regionach miały być zreorganizowane w „konsorcja zdrowia” partycypujących województw, z tym że realizacja Projektu powinna się przyczynić również do umocnienia całej służby zdrowia przez wdrażanie określonych składników na szczeblu krajowym.

Realizacja Projektu miała trwać 7 lat, a jej zakończenie ustalono na 31 grudnia 1998 r.

Całkowity koszt realizacji Projektu ustalono na 227 mln USD, w tym:

- | | |
|-------------------------|--------------|
| a) środki kredytu | 130 mln USD, |
| b) środki krajowe | 72 mln USD, |
| c) pomoc bezzwrotna EWG | 25 mln USD. |

Zgodnie z harmonogramem wypłat z kredytu ponad połowa środków (67,4 mln USD) miała być wykorzystana do końca 1995 r.

2.2. Organizacja i finansowanie prac wdrożeniowych

Z ustaleń kontroli wynika, że Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej – w okresie objętym kontrolą nie było i nadal nie jest właściwie przygotowane do realizacji umowy o kredyt i projektu. Stan taki miał miejsce właściwie przez cały okres realizacji umowy.

Mimo iż środki kredytu Banku Światowego miały wspomagać reformę służby zdrowia – nie było i nie ma do dzisiaj w MZiOS komórki koordynującej kompleksowo wdrażanie tej reformy oraz projektu realizowanego w ramach umowy o kredyt.

Nie funkcjonował (poza 2 pierwszymi posiedzeniami o charakterze organizacyjnym) Międzyresortowy Zespół ds. wdrażania reformy w zakresie opieki zdrowotnej, którego zadaniem była m.in. ocena stopnia i efektywności wykorzystania środków kredytu Banku Światowego²⁰.

MZiOS nie podjęło działań zmierzających do zapewnienia właściwych warunków realizacji postanowień art. IV ust. 4.02. oraz załącznika 5 i dodatku do tego załącznika umowy o kredyt stanowiących o:

- a) zapewnieniu województwom i instytucjom służby zdrowia – uczestniczącym w konsorcjach zdrowia – funduszy na realizację zadań objętych Projektem,*
- b) zadaniach przypisanych departamentom MZiOS i innym jednostkom wdrażającym Projekt.*

Zadań departamentów MZiOS nie uwzględniono w ogóle w regulaminie organizacyjnym MZiOS²¹, z wyjątkiem jednego zadania dotyczącego informatyzacji ochrony zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej nie określiło zasad i trybu wykorzystywania (zagospodarowywania) środków kredytu, środków budżetu państwa oraz środków PHARE. Nie podjęto również działań na rzecz zapewnienia realizacji postanowień art. IV ust. 4.02. umowy o kredyt, który stanowi, że Kredytobiorca zapewni, aby przyznane środki z budżetu stanowiły uzupełnienie „zwykłych środków budżetu”, a jednostki służby zdrowia uczestniczące w konsorcjach zdrowia zapewniły dostateczne fundusze „dla pokrycia kosztów działania konsorcjów zdrowia”.

²⁰ Powołany zarządzeniem Nr 8 Prezesa Rady Ministrów z dnia 11 marca 1991 r.; zarządzenie to zostało uchylone w 1994 r.

²¹ Nadanych w zarządzeniach Ministra ZiOS:
– z dnia 23 grudnia 1994 r. (ze zm.),

Tylko jeden raz MZiOS wystąpiło do Ministerstwa Finansów²² z propozycją rozwiązania problemu przepływu środków finansowych z budżetu przeznaczonych na realizację Projektu. Ministerstwo Finansów interpretując przepisy Prawa budżetowego potwierdziło, iż jedyną możliwością transferu środków budżetowych jest dokonywanie zmian i przeniesień planowanych wydatków między częściami budżetu w obrębie jednego działu.

Zasady i tryb zagospodarowywania i wykorzystywania środków finansowych przeznaczonych na realizację Projektu kształtowano w praktyce sukcesywnie w latach 1992-1994. W stosowanych zasadach wykorzystywania środków finansowych, przyjęto m.in., iż:

- 1) z kredytu Banku Światowego – finansowany jest wyłącznie centralny zakup dóbr i usług;
- 2) z budżetu państwa z części 35 MZiOS – finansowane są:
 - a) koszty utrzymania jednostek koordynujących wdrażanie Projektu,
 - b) niektóre zadania merytoryczne Projektu (głównie dotyczące zadań w zakresie promocji zdrowia),
 - c) podatek VAT, opłaty celne i koszty transportu zakupionej z kredytu aparatury medycznej i sprzętu;
- 3) z budżetu państwa z części 35 MZiOS dokonuje się przeniesień planowanych wydatków do części 85 Zbiorczy budżet wojewodów przeznaczonych na częściowe sfinansowanie kosztów remontów i modernizacji służących zainstalowaniu zakupionej aparatury i sprzętu w publicznych ZOZ-ach, a także – częściowo – zakupu potrzebnego sprzętu;
- 4) z budżetu państwa z części 85 oraz z budżetów poszczególnych publicznych ZOZ-ów – finansowane są koszty remontów i inne zadania związane z realizacją Projektu, w tym zakupionych (otrzymanych – w ramach kredytu) dóbr; środki te nie były jednak odrębnie ewidencjonowane i rozliczane;
- 5) ze środków PHARE – finansowano również zadania związane z Projektem, z tym że nie były one odrębnie ewidencjonowane i rozliczane, a po zmianie Projektu w latach 1994–1995 zrezygnowano z tych środków, jako odrębnego źródła finansowania.

Z przedstawionych wyżej zasad wynika, że środkami kredytu dysponowało wyłącznie Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, a Minister ZiOS lub upoważniony podsekretarz stanu w MZiOS zatwierdzał wnioski dotyczące wykorzystania tych środków, z tym że – zgodnie z umową o kredyt – decyzje te wymagały uzgodnienia z Bankiem Światowym.

– z dnia 16 czerwca 1997 r. (ze zm.).

²² Pismo MZiOS z dnia 6 września 1994 r. znak EKB-034-BS-6/94.

Wykorzystywanie środków budżetowych przeznaczonych na realizację zadań merytorycznych Projektu następowało na podstawie zatwierdzonych planów pracy i planów finansowych jednostek powołanych do wdrażania Projektu, o których mowa w pkt. 2.2.1. i 2.2.2.

Z budżetu państwa – w odrębnym trybie – finansowane były koszty obsługi kredytu (odsetki bankowe, opłata za gotowość) oraz spłata rat kapitałowych kredytu.

2.2.1. W pkt. 1 załącznika 5 do umowy o kredyt stwierdzono, że kredytobiorca zorganizował Krajowy Zespół ds. Wdrażania Projektu, który ma być „odpowiedzialny za całościową koordynację wdrażania Projektu”.

Od początku realizacji umowy o kredyt do czasu kontroli koncepcja MZiOS w sprawie usytuowania organizacyjnego i zakresu kompetencji ww. Krajowego Zespołu zmieniała się 3-krotnie.

Powołane ostatecznie z dniem 1 maja 1993 r. Biuro Pełnomocnika Ministra ZiOS ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia ²³, zwane dalej „Biurem ds. ZPPwOZ” uzyskało status jednostki budżetowej, podporządkowanej Ministrowi ZiOS oraz finansowanej z części 35 MZiOS z działu 85 Ochrona zdrowia. Do zadań Biura ds. ZPPwOZ przypisano m.in.:

- 1) zapewnienie spójności zagranicznych programów pomocy z ogólną strategią reformowania opieki zdrowotnej;
- 2) koordynację, wdrażanie i obsługę programów pomocy zagranicznej;
- 3) zapewnienie projektom właściwych warunków realizacji w aspekcie prawnym, finansowym i organizacyjnym;
- 4) koordynowanie działań jednostek organizacyjnych i komórek statutowych MZiOS realizujących zadania w zakresie restrukturyzacji opieki zdrowotnej;
- 5) prowadzenie spraw związanych z koordynacją międzyresortową programów pomocy;
- 6) sprawowanie nadzoru nad działalnością biur konsorcjów zdrowia „finansowanych z budżetów wojewodów”.

²³ Utworzone na podstawie zarządzenia Ministra ZiOS z dnia 26 kwietnia 1993 r. (Dz.Urz. MZiOS Nr 4, poz. 10).

W zarządzeniu Ministra ZiOS w sprawie utworzenia Biura ds. ZPPwOZ zobowiązano inne jednostki i komórki organizacyjne MZiOS do ścisłej współpracy z ww. Biurem i „udzielania wszelkiej niezbędnej pomocy w realizacji zadań”²⁴.

Stwierdzono, że Biuro ds. ZPPwOZ nie realizowało wszystkich wyznaczonych mu zadań, a niektórych z nich nie mogło wykonywać z uwagi na brak właściwego umocowania prawnego.

Biuro ds. ZPPwOZ, jako jednostka budżetowa podporządkowana Ministrowi ZiOS, nie miało wystarczającego umocowania m.in. do wykonywania zadań dotyczących:

- *zapewnienia spójności zagranicznych programów pomocy z ogólną strategią reformowania systemu ochrony zdrowia,*
- *koordynowania działań jednostek organizacyjnych i komórek statutowych MZiOS realizujących zadania w zakresie restrukturyzacji opieki zdrowotnej.*

O braku w MZiOS koncepcji organizacyjnej Biura ds. ZPPwOZ oraz wskazanych wyżej błędach w wyznaczeniu jego zadań świadczą wielokrotne zmiany zarządzenia Ministra ZiOS w sprawie utworzenia ww. Biura oraz sukcesywne zmiany jego regulaminu organizacyjnego. Mimo iż w zarządzeniu Ministra ZiOS dotyczącym utworzenia Biura ds. ZPPwOZ nie przewidziano organu doradczego – to w kolejno zatwierdzanych regulaminach organizacyjnych Biura przewidywano taki organ pod nazwą „Komitet Programowy”. Organowi temu, w tym również jego przewodniczącemu – w różnym czasie – przyznawano różnego rodzaju uprawnienia do decyzyjnych włącznie.

Sytuację komplikował fakt powołania przez Ministra ZiOS kolejnej jednostki organizacyjnej o wielokrotnie zmienianym zakresie kompetencji pod nazwą „Komitet Programowy”. W okresie od grudnia 1993 r. do końca 1994 r. przewodniczącemu tego Komitetu przyznano uprawnienia decyzyjne.

W piśmie Ministra ZiOS²⁵ skierowanym do przewodniczącego Komitetu Programowego udzielono mu pełnomocnictw obejmujących m.in.

- *zatwierdzanie planów realizacyjnych i budżetowych Biura,*
- *zawieranie umów z kontrahentami zagranicznymi na realizację zadań i dostawę sprzętu ujętych w zatwierdzonym planie pracy Biura,*

²⁴ Nie określono jednak, o jakiego rodzaju zadania chodzi i jakiej jednostki organizacyjnej dotyczą.

²⁵ Pismo z dnia 27 grudnia 1993 r. znak BP/2913/93.

- *dysponowanie – wspólnie z Pełnomocnikiem Ministra – kontem pożyczki,*
- *nadzorowanie pracy Pełnomocnika Ministra ds. ZPPwOZ.*

W pozostałym okresie Komitet Programowy i jego przewodniczący pełnił funkcje raczej opiniodawcze.

Istotnych zmian dotyczących kompetencji i organizacji Biura ds. ZPwOZ dokonano dopiero w 1997 r.²⁶ W ich wyniku po raz pierwszy określono zadania odpowiadające rzeczywistemu działaniu Biura ds. ZPPwOZ oraz ustalono jednoznacznie, jako organ doradczy „Radę Opiniodawczą Biura”.

Do zadań Biura ds. ZPPwOZ przypisano w szczególności:

- *realizację Projektu w części finansowanej ze środków kredytu Banku Światowego w zakresie zakupu dóbr i usług w zgodności z umową o kredyt,*
- *przekazywanie nieodpłatnie – w imieniu Ministra ZiOS – do publicznych ZOZ-ów oraz innych jednostek podległych i nadzorowanych przez Ministra ZiOS, objętych Projektem, kupowanych ze środków kredytu aparatury, sprzętu i innych przedmiotów służących ich działalności,*
- *nadzorowanie prac związanych z realizacją Projektu w części finansowanej ze środków budżetowych,*
- *udział w przygotowywaniu projektów i programów pomocy w ochronie zdrowia oraz w rozwiązywaniu problemów wynikających z wdrażania Projektu – pozostając w stałych kontaktach roboczych z MZiOS.*

Z analizy ustaleń kontroli wynika, że ww. zadania Biura ds. ZPPwOZ, chociaż formalnie nowe, były przez Biuro już realizowane, a łącznie ze sprawowaniem nadzoru nad działalnością biur konsorcjów zdrowia – stanowiły od początku istnienia Biura jego podstawową działalność. Za nieprawidłowe należy uznać określenie - nieodpowiadające rzeczywistym potrzebom i tolerowanie tego stanu przez kilka lat - zadań Biura, których nie realizowano. Ustalenie zadań Biura adekwatnych do potrzeb nastąpiło dopiero po upływie 4 lat od jego utworzenia.

²⁶ Zarządzenie Ministra ZiOS z dnia 20 lutego 1997 r. (Dz.Urz. MZiOS Nr 5, poz. 11) i z dnia 9 lipca 1997 r. (Dz.Urz. MZiOS Nr 10, poz. 24).

2.2.2. Zgodnie z Projektem Rozwoju Służby Zdrowia²⁷, jego celem było „wspieranie realizowanej przez rząd reformy gospodarczej przez poprawę stanu zdrowia, zwiększenie wkładu służby zdrowia do systemu bezpieczeństwa socjalnego i zmniejszenie rosnącego obciążenia budżetu państwa wydatkami na ochronę zdrowia”. Szczególną cechą Projektu miała być pilotażowa forma realizacji głównych składników (promocja zdrowia, podstawowa opieka zdrowotna i zarządzanie służbą zdrowia) w trzech regionach w ramach czwartego głównego składnika (regionalne służby zdrowia). Służby zdrowia w trzech regionach miały być zorganizowane w „konsorcja zdrowia” partycypujących województw. Przyjęto przy tym, że realizacja Projektu powinna się przyczynić do umocnienia całej służby zdrowia przez etapowe wdrażanie na szczeblu krajowym określonych elementów i składników Projektu.

Z inicjatywy Ministra ZiOS i w wyniku przeprowadzonego konkursu (luty–marzec 1991 r.) – na podstawie porozumień wojewodów - podjęte zostały działania zmierzające do powołania regionalnych systemów ochrony zdrowia.

W ich wyniku na terenie ww. województw dokonano m.in. ocen stanu zdrowia ludności, występujących głównych zagrożeń zdrowotnych, bazy materialnej i warunków funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej oraz przeprowadzono akcję informacyjną o celach, założeniach i korzyściach wynikających z integracji opieki zdrowotnej na terenie poszczególnych regionów.

Prace, o których wyżej mowa, stanowiły podstawę²⁸ do powołania:

- 1) Wielkopolskiej Unii Opieki Zdrowotnej, obejmującej województwa: kaliskie, konińskie, leszczyńskie, pilskie i poznańskie (obszar zamieszkały przez ok. 3,5 mln ludzi),
- 2) Pomorskiego Konsorcjum Zdrowia, obejmującego województwa: gorzowskie, koszalińskie i szczecińskie (obszar zamieszkały przez ok. 2 mln ludzi),
- 3) Ciechanowskiego Konsorcjum Zdrowia, obejmującego woj. ciechanowskie i część woj. ostrołęckiego (obszar zamieszkały przez ok. 0,4 mln ludzi), zwane dalej „konsorcjami zdrowia”.

²⁷ Raport oceniający opracowany przez pracowników Banku Światowego – Program rozwoju polskiej służby zdrowia z 27 marca 1992 r.

²⁸ W przypadku wojewodów: Kaliskiego, Konińskiego, Leszczyńskiego, Pilskiego i Poznańskiego - podstawę tę stanowiła dodatkowo umowa z dnia 19 lutego 1992 r. o utworzeniu regionalnego systemu opieki zdrowotnej pod nazwą „Wielkopolska Unia Opieki Zdrowotnej”.

W skład konsorcjów zdrowia weszły (z wyjątkiem kilku) wszystkie publiczne zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez wojewodów i organy gmin lub związku międzygminnego (związku komunalnego), w tym również Wojewódzkie Kolumny Transportu Sanitarnego, Wojewódzkie Stacje Pogotowia Ratunkowego, Wojewódzkie Stacje Krwiodawstwa, niektóre inne jednostki (np. Wojewódzkie Ośrodki Organizacji, Ekonomiki i Informatyki w Ochronie Zdrowia, Wojewódzkie Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne) oraz Akademie Medyczne w Poznaniu i Szczecinie.

Tylko w skład Pomorskiego Konsorcjum Zdrowia weszły właściwe terenowo jednostki służby zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (MSW) oraz Dyrekcji Okręgowej Kolei Państwowych (DOKP), a w skład Ciechanowskiego Konsorcjum Zdrowia – Poliklinika MSW w Ciechanowie.

Wynika z powyższego, że już w pracach przygotowawczych do realizacji projektu Rozwoju Służby Zdrowia nie zapewniono wstępnych warunków do budowania regionalnych systemów opieki zdrowotnej.

Wg założeń Projektu – podstawowe funkcje konsorcjów zdrowia miały polegać m.in. na integrowaniu różnych sektorów opieki zdrowotnej, w tym wykonywanej w resortach: obrony narodowej i spraw wewnętrznych oraz kolejowej, przemysłowej itp.

W toku kontroli stwierdzono, że Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej – w żadnym z okresów przygotowywania i realizacji Projektu Rozwoju Służby Zdrowia – nie podejmowało prac związanych z nadaniem odpowiedniego statusu prawnego konsorcjom zdrowia, bądź działań zmierzających do stworzenia prawnych podstaw integrowania sektorów opieki zdrowotnej.

Prac, o których mowa MZiOS nie podjęło, mimo iż na taką potrzebę wskazywano m.in.:

- we wnioskach NIK, zawartych w informacji o wynikach kontroli wykorzystania kredytu Banku Światowego z marca 1994 r.²⁹
- w raporcie z marca 1995 r. powołanego przez Ministra ZiOS zespołu do oceny działalności konsorcjów zdrowia³⁰.

W praktyce oznaczało to zrezygnowanie z integracyjnych funkcji konsorcjów zdrowia i możliwości stworzenia warunków dla procesów – chociażby eksperymentalnego – wdrożenia fuzji placówek podstawowej opieki zdrowotnej. Możliwości takiej nie zapewniono również

²⁹ Patrz – przypis 2.

na terenie konsorcjów zdrowia, w których skład weszły jednostki służby zdrowia innych resortów.

Dla jednostek tych nie stworzono m.in. możliwości finansowania ze środków kredytu Banku Światowego. Ich uczestnictwo w pracach konsorcjów miało zatem wyłącznie charakter formalny. Tylko w kilku przypadkach przedstawiciele tzw. resortowych jednostek służby zdrowia uczestniczyli w organizowanych szkoleniach kadry medycznej i kierowniczej.

Statutowe zadania konsorcjów zdrowia były realizowane początkowo przy współudziale różnego rodzaju jednostek podległych wojewodom, a poczynając od maja 1993 r. przez specjalnie utworzone przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej jednostki budżetowe – biura konsorcjów zdrowia, finansowane z budżetu MZiOS. Minister ZiOS wydał 3 zarządzenia³¹ w sprawie utworzenia biur konsorcjów zdrowia, podległe bezpośrednio Biuru ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia. W zarządzeniach tych określono zadania biur konsorcjów zdrowia, które dotyczą:

- realizacji Projektu w zakresie działania konsorcjum, obejmującego 4 główne składniki Projektu (promocja zdrowia, podstawowa opieka zdrowotna, zarządzanie ZOZ-ami, konsolidację opieki zdrowotnej),*
- zapewnienie przestrzegania warunków umowy o kredyt,*
- koordynację działań podmiotów uczestniczących w realizacji Projektu,*
- przygotowywanie sprawozdań i rozliczeń finansowych,*
- wykonywanie innych zadań zleconych przez Biuro.*

2.3. Realizacja Projektu do końca 1993 r.

Zgodnie z postanowieniami § 4 uchwały Nr 42/92 Rady Ministrów z dnia 22 kwietnia 1992 r. w sprawie zaciągnięcia kredytu w Międzynarodowym Banku Odbudowy i Rozwoju (Banku Światowym) na sfinansowanie przekształceń systemowych w służbie zdrowia – Minister ZiOS zobowiązany był do nadzoru i realizacji zadań wynikających z umowy o kredyt.

Wg harmonogramu wydatkowania środków kredytu do końca 1993 r. przewidywano wykorzystanie (łącznie z zaliczką) kwoty 22,3 mln USD.

³⁰ Patrz – rozdział 2.7. pkt 2.7.2. i rozdz. 2.9.

³¹ Zarządzenia Ministra ZiOS:

- z dnia 1 lipca 1993 r. w sprawie utworzenia Biura Pomorskiego Konsorcjum Zdrowia (Dz.Urz. MZiOS Nr 7, poz. 19),
- z dnia 14 lipca 1993 r. w sprawie utworzenia Biura Ciechanowskiego Konsorcjum Zdrowia (Dz.Urz. MZiOS Nr 7, poz. 21),
- z dnia 14 lipca 1993 r. w sprawie utworzenia Biura Wielkopolskiej Unii Opieki Zdrowotnej (Dz.Urz. MZiOS Nr 7, poz. 22).

Stwierdzono, że do końca 1993 r. nie wykonano żadnego z zadań objętych Projektem. Natomiast ze środków kredytu do końca 1993 r. wydatkowano 2.224,5 tys. USD, co stanowi:

- a) 1,7% kwoty kredytu,
- b) 9,9% kwoty kredytu przewidzianej do wykorzystania do końca 1993 r.

Z zaliczki w wysokości 1,5 mln USD wykorzystano 250,6 tys. USD, tj. 16,7%, w tym na usługi konsultacyjne (194,1 tys. USD) oraz na zakup sprzętu i wyposażenia biurowego (55,7 tys. USD).

Łącznie ok. 90% wykorzystanego kredytu przeznaczono na usługi konsultacyjne oraz zakup sprzętu i wyposażenia biurowego jednostek powołanych ds. wdrażania Projektu.

Ze środków krajowych (z budżetu państwa z części 35 MZiOS) ustalonych na 1993 r. w wysokości 9,4 mln zł – wykorzystano tylko 1,7 mln zł, co stanowiło 18,1%. Wykorzystane środki budżetowe dotyczyły kosztów utrzymania jednostek powołanych ds. wdrażania Projektu.

Ze środków budżetowych w 1993 r. nie wykorzystano w ogóle kwoty 7,5 mln zł przeznaczonej na realizację zadań merytorycznych Projektu.

W warunkach ograniczonej efektywności działań na szczeblu krajowym zakres realizowanych zadań w konsorcjach zdrowia był znacznie szerszy i wymierny. Realizowane zadania w konsorcjach zdrowia – zarówno przed, jak i po podpisaniu umowy o kredyt – były bezpośrednio związane z przygotowaniem warunków do przewidywanego wdrażania zadań Projektu. Wiele prac wykonano w ramach bieżących obowiązków i zadań poszczególnych jednostek służby zdrowia wchodzących w skład konsorcjów zdrowia.

Zgodnie z porozumieniami wojewodów dotyczącymi powołania konsorcjów zdrowia – w konsorcjach zdrowia m.in. opracowano założenia rozwoju służby zdrowia, określono priorytetowe usługi zdrowotne, a także programy poprawy bazy materialnej i wyposażenia jednostek w podstawowy sprzęt medyczny.

W Wielkopolskiej Unii Opieki Zdrowotnej ustalono plan pracy (zawarty w 3 tomach) obejmujący dorobek prac 6 grup zadaniowych. Projekty te zostały przyjęte przez Zarząd i Radę Nadzorczą we wrześniu 1993 r.

W każdym z konsorcjów zdrowia wytypowano priorytetowe dziedziny medycyny, np.:

- w Pomorskim Konsorcjum Zdrowia: kardiologia, onkologia, traumatologia i psychiatria;

- w Wielkopolskiej Unii Opieki Zdrowotnej: kardiologia, perinatologia, traumatologia i onkologia.

W skali krajowej nie zrealizowano jednak żadnego zadania objętego Projektem.

2.4. Zmiana Projektu w 1994 r. i prace nad Projektem Rozwoju Ochrony Zdrowia – Projektem II

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej na początku 1994 r. w porozumieniu z Bankiem Światowym podjął działania zmierzające do zmiany warunków umowy o kredyt.

Głównym założeniem tych zmian³² było:

- 1) przyspieszenie okresu realizacji Projektu,
- 2) uproszczenie Projektu,
- 3) zmniejszenie wysokości kredytu do 100 mln USD, z możliwością dalszego zmniejszenia do 90 mln USD.

W II połowie maja 1994 r. Bank Światowy aprobował – zgodnie z wnioskiem Ministra ZiOS – zmianę warunków umowy o kredyt. Mimo iż ww. zmiana łączy się bezpośrednio z określonymi postanowieniami umowy o kredyt – nie dokonano ich zmiany. Dotyczy to w szczególności treści:

- a) art. II ust. 2.01., w którym ustalono wysokość kredytu,
- b) załącznika 1 określającego wypłaty środków kredytu na określone kategorie wydatków,
- c) załącznika 2 określającego opis Projektu,
- d) załącznika 3 określającego harmonogram spłat kredytu,
- e) dodatku do załącznika 5, w którym określono zadania komórek organizacyjnych MZiOS i innych agend odpowiedzialnych za realizację zadań merytorycznych Projektu Rozwoju Służby Zdrowia.

³² M.in. w piśmie Ministra ZiOS z dnia 8 lipca 1994 r. znak BPM/1510/94 (stanowiącym odpowiedź na wystąpienie pokontrolne NIK z dnia 22 marca 1994 r. znak 732-41012-94) stwierdzono, że „Kierownictwo Resortu... podjęło decyzję o przyspieszeniu okresu realizacji projektu, jego uproszczeniu i związanym z tym zmniejszeniu wysokości pożyczki do 90 mln USD”.

Ustalone w załączniku 1 do umowy o kredyt kategorie wydatków i ich wysokość uległy następującym zmianom (w tys. USD):

Kategorie wydatków		Wg załącznika 1 do umowy	Po zmianie Projektu
(1)	Wyposażenie, pojazdy, meble, materiały i oprogramowanie	44.000	34.000
(2)	Usługi konsultantów, badania i szkolenie	43.800	28.800
(3)	(a) Wyposażenie dla części D.2 w regionie Ciechanowa ³³	2.300	2.300
	(b) Wyposażenie dla części D.2 w regionie Pomorza	10.100	10.100
	(c) Wyposażenie dla części D.2 w regionie Wielkopolski	17.200	17.200
(4)	Spłata Zaliczki na przygotowanie projektu	1.500	1.500
(5)	Część nierozdysponowana	11.100	6.100
RAZEM		130.000	100.000

2.4.1. Z analizy sposobu dokonania zmiany warunków umowy o kredyt wynika, iż zmian tych dokonano z rażącym naruszeniem postanowień uchwały Nr 42/92 Rady Ministrów z dnia 22 kwietnia 1992 r. w sprawie zaciągnięcia kredytu w Międzynarodowym Banku Odbudowy i Rozwoju (Banku Światowym) na sfinansowanie przekształceń systemowych w służbie zdrowia, zwaną dalej „uchwałą Rady Ministrów”.

Rada Ministrów w ww. uchwale nie tylko upoważniła Ministra ZiOS „do podpisania w imieniu Rady Ministrów, umowy pożyczkowej...” (§ 3), ale również zobowiązała go do „nadzoru i realizacji zadań wynikających z umowy pożyczkowej” (§ 4) określając jednocześnie wyraźnie (przez nawiązanie do § 1) zakres tego zobowiązania.

W § 1 uchwały Rady Ministrów zawarte są bowiem jednoznaczne ustalenia, a mianowicie że:

- a) Rada Ministrów „akceptuje zakres i zasady realizacji programów zawartych w umowie...”,
- b) chodzi o kredyt „równowartości 130 mln USD”,
- c) kredyt jest „przeznaczony na restrukturyzację systemu ochrony zdrowia, poprawę efektywności zarządzania służbą zdrowia i doskonalenie kadr”.

³³ Po zmianie Projektu oznaczenia dot. „części D.2” przestały być aktualne; w Projekcie II dot. one części A pkt 3, o czym jest mowa w dalszej części informacji.

W ocenie NIK fakt, że zarówno w samej umowie o kredyt, jak i stanowiących jej integralną część załącznikach oraz dokumencie Banku Światowego „Ogólne warunki umów kredytowych i gwarancyjnych”, zawarte są przepisy upoważniające do dokonywania pewnych zmian (modyfikacji) w zakresie realizacji umów kredytowych (bez ich zmiany) – nie może stanowić wystarczającej podstawy prawnej dla działań Ministra ZiOS polegających w szczególności na:

- 1) zmianie Projektu,
- 2) obniżeniu wysokości kredytu i zmianie przeznaczenia środków kredytu.

Stroną przedmiotowej umowy o kredyt nie był Minister ZiOS lecz „Rzeczpos-polita Polska”, której reprezentantem w tym zakresie była Rada Ministrów, która podjęła działania na podstawie powołanej w ww. uchwale ustawy z dnia 23 paź-dziernika 1975 r. o udzielaniu poręczeń państwowych³⁴. Należy jednak stwierdzić, że w okresie podejmowania decyzji o zmianie warunków umowy o kredyt Minister ZiOS był związany przepisami ww. uchwały Nr 42/92 Rady Ministrów z dnia 22 kwietnia 1992 r., podjętej w ramach jej kompetencji. Dlatego też zmiana warunków umowy o kredyt dokonana przez tego Ministra z przekroczeniem zakresu ww. upoważnień naruszyła zasadę legalności.

2.4.2. Prace nad nowym projektem, o nazwie „Projekt Rozwoju Ochrony Zdrowia”, zwanym dalej „Projektem II” prowadzone były aż do września 1995 r.

W dniu 1 lipca 1995 r. Projekt uzyskał akceptację tzw. ścisłego Kierownictwa MZiOS z uwagami i zmianami.

We wrześniu 1995 r. opublikowano nowy tekst Projektu II.

W październiku 1995 r.³⁵ Projekt II został przyjęty do wiadomości przez Bank Światowy z propozycją zrezygnowania z zadań dot. pilotażowego systemu rejestracji usług medycznych oraz projektu oszczędności energii.

Mimo ww. uwag Banku Światowego Projekt II nie uległ zmianie i jego treść w brzmieniu ustalonym we wrześniu 1995 r. jest oficjalnym tekstem do czasu zakończenia kontroli.

³⁴ Dz.U. Nr 34, poz. 187. Z dniem 10 sierpnia 1992 r. ustawa z dnia 23 października 1975 r. utraciła moc prawną na podstawie art. 4 ustawy z dnia 1 sierpnia 1992 r. o zmianie ustawy Prawo budżetowe (Dz.U. Nr 64, poz. 322). Ta ostatnia regulacja z dniem 17 sierpnia 1997 r. została zastąpiona przez ustawę z dnia 8 maja 1997 r. o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa oraz niektóre osoby prawne (Dz.U. Nr 79, poz. 484).

³⁵ Pismo Banku Światowego z dnia 26 października 1995 r.

Opis Projektu Rozwoju Ochrony Zdrowia (Projektu II) w brzmieniu ustalonym w Instrukcji Operacyjnej Projektu z września 1995 r. – przedstawiono w załączniku nr 3 do niniejszej informacji. Projekt II składa się z dwóch części i 6 składników.

Celem Projektu II jest stworzenie podstawy dla reformy całego systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Szczegółowe cele Projektu II dotyczą:

- 1) poprawy efektywności usług zdrowotnych zgodnie z rządową polityką określoną w „Strategii dla zdrowia” przez:
 - zwiększenie ogólnokrajowych możliwości w zakresie promocji zdrowia i podstawowej opieki zdrowotnej,
 - regionalną konsolidację i podniesienie na wyższy poziom priorytetowych usług dla pacjentów w placówkach służby zdrowia trzech regionów;
- 2) zwiększenia możliwości zarządzania w jednostkach służby zdrowia przez wdrożenie odpowiednich systemów informacyjnych i szkolenia kadry kierowniczej.

Zakończenie realizacji Projektu II ustalono na 31 grudnia 1997 r.

Całkowity koszt realizacji Projektu II ustalono na 162,3 mln USD, w tym:

- a) środki kredytu 100 mln USD,
- b) środki krajowe 62,3 mln USD.

W kosztach realizacji Projektu II nie uwzględniono bezzwrotnej pomocy EWG (25 mln USD), który pierwotnie stanowił część składową zadań i kosztów Projektu. Stwierdzono, że zadania finansowane ze środków PHARE realizowane były niezależnie ³⁶ od zadań objętych Projektem I i Projektem II.

2.4.3. Z analizy pierwotnego i nowego projektu wynika, że w Projekcie II wprowadzone zostały istotne zmiany w porównaniu do Projektu, określonego w umowie o kredyt oraz aprobowanego w uchwale Nr 42/92 Rady Ministrów z dnia 22 kwietnia 1992 r.

Podstawowe zmiany realizowanego Projektu polegają na zrezygnowaniu z restrukturyzacji ochrony zdrowia, tj. z celu, na który – zgodnie z ww. uchwałą – kredyt był przeznaczony. W sposób istotny zmieniono rolę konsorcjów zdrowia, na terenie których miało mieć miejsce pilotażowe wdrażanie trzech głównych składników Projektu, tj. promocji zdrowia, podstawowej opieki zdrowotnej i zarządzania służbą zdrowia. Podstawową funkcją

³⁶ Od września 1995 r. przez Biuro Programów PHARE, utworzone na podstawie zarządzenia Ministra ZiOS z dnia 7 września 1995 r. (Dz.Urz. MZiOS Nr 4, poz. 13).

konsorcjów zdrowia (dużego – Wielkopolskiego, średniego – Pomorskiego i małego – Ciechanowskiego) było integrowanie:

- różnych form opieki zdrowotnej (od podstawowej do specjalistycznej),
- różnych sektorów opieki zdrowotnej (resortowej: MON, MSW, PKP, przemysłowej, prywatnej itp.),
- zarządzania (planowania zakupów, zwłaszcza drogiej technologii infrastruktury szpitalnej, kształcenia i doksztalcania kadry medycznej itd.).

W miejsce tych funkcji i zadań w Projekcie II zachowano konsorcja zdrowia pod warunkiem³⁷ m.in. realizacji zadań mieszczących się w głównych kierunkach reformowania systemu opieki zdrowotnej. Równocześnie zmieniono dotychczasową alokację środków w taki sposób, że promocja zdrowia i podstawowa opieka zdrowotna znalazły się na poziomie ogólnonarodowym. Wprowadzono zasadę realizowania zadań w skali krajowej (na które przewidziano 70% środków kredytu), które dotyczą m.in.:

- nabycia i instalowania urządzeń komputerowych w szpitalach mających ponad 200 łóżek i wojewódzkich komórkach statystycznych,
- wzmocnienia ogólnokrajowych i regionalnych instytucji zajmujących się problematyką leków i farmaceutyków,
- wprowadzenia praktyki i środków służących oszczędności energii,
- wprowadzania Rejestru Usług Medycznych w ZOZ-ach i województwach.

2.4.4. W toku realizacji Projektu II sukcesywnym zmianom ulegały zarówno zadania objęte tym projektem (w wersji określonej we wrześniu 1995 r.), jak i kwoty planowanych wydatków z kredytu Banku Światowego.

W kwietniu 1997 r. Biuro ds. ZPPwOZ przygotowało uaktualniony projekt wydatków, uwzględniający wcześniejszą rezygnację z finansowania zadań dot. rejestru usług medycznych (RUM) i programu oszczędności energii. Po uaktualnieniu planu wydatków okazało się, że w Projekcie II występuje nie zagospodarowana kwota kredytu w wysokości 11,1 mln USD, w tym:

a) w części A – 1,8
b) w części B – 9,3.

W dniu 2 lipca 1997 r. Minister ZiOS podjął decyzję o zamiarze zagospodarowania ww. kwoty kredytu przez przeznaczenie:

³⁷ Wg ustaleń Kierownictwa MZiOS z dnia 29.06. i 1.07.1995 r.

- a) kwoty 8 mln USD na zakup sprzętu i aparatury medycznej dla ośrodków specjalistycznych (kardiologia),
- b) kwoty 1 mln USD na analizę finansową wdrażania systemu ubezpieczeń zdrowotnych,
- c) kwoty 2,1 mln USD na rozszerzenie zadań składowika „Monitorowanie i ocena”.

Zakres dokonanych zmian w trakcie realizacji Projektu II ilustruje poniższe zestawienie pierwotnie planowanych wydatków oraz wydatków po zmianach wg stanu na dzień 2 lipca 1997 r.³⁸ (w tys. USD):

	Kwota pierwotna	Kwota po zmianach
1. Część A – Strategia dla zdrowia	47.300	54.570
w tym:		
1) promocja zdrowia	2.000	1.560
2) podstawowa opieka zdrowotna	16.000	15.830
3) regionalna konsolidacja służby zdrowia i niezbędny sprzęt medyczny	29.300	37.180
2. Część B – Rozwój zarządzania		
w służbie zdrowia	42.700	45.430
w tym:		
1) szkolenie kadry kierowniczej	5.000	3.850
2) systemy wspomagające personel kierowniczy	34.000	34.980
3) Monitorowanie i ocena	3.700	6.600
3. Część nie rozdysponowana	10.000	–
4. Razem	100.000	100.000

Należy nadmienić, iż do czasu zakończenia kontroli w Biurze ds. ZPPwOZ (30 grudnia 1997 r.) Bank Światowy nie podjął decyzji o nowym podziale środków kredytu.

2.4.5. W związku z tym, że w toku realizacji Projektu II wystąpiły poważne opóźnienia – w połowie 1997 r. – Biuro ds. ZPPwOZ podjęło działania zmierzające do przedłużenia terminu zakończenia Projektu II z końca 1997 r. na koniec 1998 r. M.in.:

³⁸ Wg decyzji Ministra ZiOS z dnia 2 lipca 1997 r.

Biuro ds. ZPPwOZ w piśmie³⁹ skierowanym do Ministra ZiOS sygnalizuje potrzebę podjęcia decyzji o zagospodarowaniu wolnej (na skutek zmian w Projekcie II) kwoty kredytu w wysokości 11,1 mln USD. W piśmie tym Biuro wyjaśnia, że podjęcie ww. decyzji pozwoli m.in. na wystąpienie „o przedłużenie realizacji Umowy wraz z konkretnym uzasadnieniem”.

Ustalono, że MZiOS nie prowadziło z Bankiem Światowym pertraktacji w sprawie przedłużenia terminu zakończenia Projektu II.

MZiOS oraz Biuro ds. ZPPwOZ przyjęło do wiadomości pisemne⁴⁰ wyjaśnienie Banku Światowego, z którego wynika, że umowa o kredyt „nie była aneksowana lub zmieniana. Rezygnacja z części środków pożyczki nie wymaga takiej procedury”. Zgodnie zatem z umową o kredyt, termin realizacji pożyczki upływa 31 grudnia 1998 r.

Należy jednak nadmienić, że w sprawie przedłużenia terminu zakończenia Projektu II brak jest decyzji Ministra ZiOS, a także, że przedłużenie tego terminu jest całkowicie sprzeczne z argumentacją, jaka towarzyszyła zmianie Projektu, dokonanej w I półroczu 1994 r.

2.5. Wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na realizację Projektu i Projektu II do dnia 30 września 1997 r.

Z danych przedstawionych w rozdziale 2.1. i 2.4. wynika, że całkowity koszt realizacji:

- 1) Projektu miał wynieść 227 mln USD, w tym:
 - 130 mln USD z kredytu,
 - 72 mln USD z budżetu państwa,
 - 25 mln USD z pomocy bezzwrotnej EWG;
- 2) Projektu II wynosi 162,3 mln USD, w tym:
 - 100 mln USD z kredytu,
 - 62,3 mln USD z budżetu państwa.

Wg średniego kursu dolara amerykańskiego⁴¹ z końca 1997 r. w wysokości 3,5180 zł – koszt Projektu wynosił 798,6 mln zł, a Projektu II – 571,0 mln zł, w tym 219,2 mln zł z budżetu państwa.

³⁹ Pismo z dnia 4 czerwca 1997 r. znak BPZ/1898/97, w którym nawiązuje do wcześniejszego pisma z dnia 25 kwietnia 1997 r.

⁴⁰ Pismo z dnia 23 czerwca 1997 r.

⁴¹ Tabela kursów średnich NBP Nr 251/97 z dnia 31 grudnia 1997 r. (waluty krajowej w stosunku do walut obcych).

2.5.1. Wg stanu na dzień 30 września 1997 r. wydatki ze środków kredytu wyniosły 49.109,0 tys. USD, a łącznie z kosztami otwarcia rachunków i różnicami kursowymi – 49.121,9 tys. USD, w tym wg stanu na koniec:

- 1992 r. – 2.224,6 tys. USD,
- 1994 r. – 5.231,8 tys. USD,
- 1995 r. – 13.146,6 tys. USD,
- 1996 r. – 27.540,1 tys. USD.

Zaangażowanie środków kredytu w już zawartych, a jeszcze nie zrealizowanych kontraktach – wg stanu na koniec września 1997 r. wyniosło 5.605,6 tys. USD. Oznacza to, że kredyt Banku Światowego (łącznie z wartością ww. kontraktów) wykorzystany został wg stanu na koniec września 1997 r. zaledwie w 54,7%. W związku z przedstawioną w rozdziale 2.4. motywacją, jaka na początku 1994 r. towarzyszyła decyzjom Ministra ZiOS dot. zmiany Projektu (skrócenie terminu realizacji, uproszczenie Projektu i zmniejszenie kwoty kredytu), należy dodać, że wykorzystanie kredytu w latach 1993–1995 wyniosło tylko 13.146,6 tys. USD, co stanowiło 13,1%⁴². Wynika z tego, że bezpośrednio po zmianie Projektu nie tylko nie skrócono terminu realizacji Projektu II, ale nastąpiło dalsze opóźnienie w realizacji umowy o kredyt.

W latach 1993–1994 ze środków kredytu nie wydano np. w ogóle środków przeznaczonych na poprawę stanu infrastruktury w regionach objętych działalnością konsorcjów zdrowia. W 1995 r. na zadania związane z ww. składnikiem Projektu II (część A pkt 3) wykorzystano kwotę 4.686,3 tys. USD, co stanowiło 16,0% kwoty kredytu przeznaczonej na te zadania⁴³.

Wykorzystanie kredytu w 1996 r. uległo podwojeniu w porównaniu ze stanem na koniec 1995 r., jednakże – na rok przed upływem terminu zakończenia Projektu II – wyniosło zaledwie 27,5% kwoty zmniejszonego kredytu.

Wykorzystanie środków kredytu w układzie części i składników określonych w Projekcie II wg stanu na dzień 30 września 1997 r. wyniosło (w tys. zł):

Treść	Plan (po zmianach)	Wykorzystanie	%
-------	-----------------------	---------------	---

⁴² W harmonogramie wypłat z kredytu (vide – rozdział 2.1.) przewidywano wydatkowanie do końca 1995 r. na realizację Projektu kwoty 67,4 mln USD, tj. 51,8% pierwotnego kredytu (130 mln USD).

⁴³ Patrz – tabela w rozdziale 2.4.

Część A – Strategia dla zdrowia	54.570,0	25.311,0	46,4
w tym:			
1) promocja zdrowia	1.560,0	142,1	9,1
2) podstawowa opieka zdrowotna	15.830,0	4.125,2	26,1
3) regionalna konsolidacja służby zdrowia i niezbędny sprzęt medyczny	37.180,0	21.043,7	56,6
Część B – Rozwój zarządzania w służbie zdrowia	45.430,0	23.798,0	52,4
w tym:			
1) szkolenie kadry kierowniczej	3.850,0	187,4	4,9
2) systemy wspomagające personel kierowniczy	34.980,0	20.645,9	59,0
3) Monitorowanie i ocena	6.600,0	2.964,7	44,9
RAZEM	100.000,0	49.109,0	49,1

Z zestawienia wynika, że w żadnej z części i składników Projektu II wykorzystanie kredytu nie przekracza 60% środków planowanych (po zmianach dokonanych po raz ostatni w lipcu 1997 r.). W przypadku 2 składników (promocja zdrowia i szkolenie kadry kierowniczej) wykorzystanie kredytu nie przekracza 10%.

Wykorzystanie kredytu na realizację zadań związanych z wyposażeniem przeznaczonym dla konsorcjów zdrowia w wysokości łącznej 28.800 tys. USD (wg kategorii wydatków ustalonych w załączniku 1 do umowy o kredyt) wg stanu na dzień 30 września 1997 r. było wyższe niż w skali całego Projektu II i wyniosło (w tys. USD):

	Plan	Wykonanie	%
Konsorcja – ogółem	28.800	23.273,8	78,6
w tym konsorcjum:			
– Ciechanowskie	2.300	3.330,0 ⁴⁴	144,8
– Pomorskie	10.100	9.023,4	89,3

⁴⁴ Wydatki Ciechanowskiego Konsorcjum zdrowia nie są w pełni porównywalne, gdyż obejmują inne kategorie wydatków (np. dot. usług konsultacyjnych i szkolenia) oraz dodatkowy sprzęt (nie przewidziany w Projekcie II).

– Wielkopolskie	17.200	10.920,4	63,5
-----------------	--------	----------	------

Z powyższego zestawienia wynika, że zaangażowanie środków kredytu w konsorcjach zdrowia jest wyższe (średnio 78,6%) niż w skali krajowej. Wynika to m.in. z dłuższego terminu realizowania zadań, lepszego przygotowania placówek m.in. do zagospodarowania zakupionej aparatury medycznej i sprzętu, a także skuteczniejszego nadzoru, sprawowanego przez wydziały zdrowia urzędów wojewódzkich oraz biura konsorcjów zdrowia.

W strukturze rodzajowej wydatków z kredytu wg stanu na dzień 30 września 1997 r. główne pozycje stanowią (w tys. USD – w nawiasie procentowy udział w wydatkach ogółem):

- 1) aparatura i sprzęt medyczny – 23.265,4 (47,4%)
- 2) sprzęt komputerowy – 14.070,1 (28,7%)
- 3) sprzęt laboratoryjny – 2.487,4 (5,1%)
- 4) usługi konsultacyjne – 6.094,1 (12,4%)
 - w tym zagraniczne – 5.770,4 (11,8%)
- 5) szkolenie – 2.521,9 (5,1%)

Jak wynika z ww. zestawienia środki kredytu przeznaczone zostały w łącznej kwocie 39.822,9 tys. USD, tj. w 81,1% na zakup aparatury medycznej, sprzętu medycznego i laboratoryjnego oraz sprzętu komputerowego.

Ponad 12% kredytu (6.094,1 tys. USD) przeznaczono na konsultacje, w tym 94,7% na konsultacje zagraniczne. Około 5% kredytu wykorzystano na szkolenia, w tym 11% na szkolenia zagraniczne.

2.5.2. Ogólny koszt kredytu wg stanu na dzień 30 września 1997 r. wyniósł 9.248,0 tys. USD, w tym z tytułu (w tys. USD):

- 1) obsługi kredytu 4.832,5
- 2) spłat kredytu 4.415,9.

Na koszty obsługi kredytu składały się (w tys. USD):

	Odsetki	Oplaty za gotowość⁴⁵
1993 r.	100,0	402,6
1994 r.	290,4	261,9
1995 r.	798,7	223,0
1996 r.	1.348,6	198,6
1997 r. (9 m-cy)	1.133,1	75,2
RAZEM	3.670,8	1.161,3

Splata rat kapitałowych rozpoczęto – zgodnie z umową o kredyt – ale w wysokości uaktualnionej do zmniejszonej kwoty kredytu (w II półroczu 1996 r. – 2.234,6 tys. USD i w I półroczu 1997 r. – 2.181,3 tys. USD).

2.5.3. Z planowanej w latach 1993–1997 łącznej kwoty wydatków budżetowych MZiOS w kwocie 84,9 mln zł przeznaczonej na realizację Projektu i Projektu II wykorzystano 60,1 mln zł, w tym:

- w 1993 r. – 1.674,3 tys. zł
- w 1994 r. – 8.825,9 tys. zł
- w 1995 r. – 18,293,5 tys. zł
- w 1996 r. – 21.938,4 tys. zł
- w 1997 r. (9 m-cy) – 9.330,4 tys. zł

W 1993 r. Biuro ds. ZPPwOZ nie wykorzystało przewidzianej w jego budżecie kwoty 7,5 mln zł przeznaczonej na realizację zadań programowych Projektu.

Uwzględniając kursy dolara amerykańskiego na koniec okresu w latach 1993–1997⁴⁶ nakłady krajowe wyniosły 22,7 mln USD, co stanowiło 36,4% nakładów krajowych przewidzianych na realizację Projektu II.

⁴⁵ Opłata za gotowość wynosiła zgodnie z umową o kredyt 0,75%; w sierpniu 1996 r. Bank zmniejszył tę opłatę do 0,25%.

⁴⁶ Kurs 1 USD w zł:
 – 1993 r. – 1,91
 – 1994 r. – 2,36
 – 1995 r. – 2,45
 – 1996 r. – 2,83
 – 1997 r. – 3,23

Krajowe środki finansowe przeznaczone zostały na sfinansowanie w latach 1993–1997 (w mln zł):

- 1) działalności Biura ds. ZPPwOZ oraz biur trzech konsorcjów zdrowia – 22,6
w tym:
 - a) kosztów utrzymania ww. jednostek – 7,6
 - b) kosztów Projektu I i Projektu II – 15,0
- 2) remontów i modernizacji obiektów służby zdrowia (w ramach przeniesień planowanych wydatków) – 37,5

Z informacji uzyskanych w MZiOS wynika, że zadania merytoryczne związane z realizacją Projektu II były również finansowane w ramach budżetu poszczególnych wojewodów oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Środków tych jednak nie ewidencjonowano odrębnie i nie jest możliwe ich dokładne ustalenie. Z danych szacunkowych MZiOS wynika, że łączna kwota tych środków wynosi 116,8 mln zł⁴⁷.

2.6. Gospodarowanie środkami kredytu Banku Światowego

Z wykorzystanego do dnia 30 września 1997 r. kredytu w wysokości 49.121,9 tys. USD główne pozycje wydatków stanowiły zakupy:

- 1) aparatury medycznej i sprzętu w łącznej kwocie 41.717,0 tys. USD (84,9% wydatków),
- 2) usług konsultacyjnych w łącznej kwocie 6.094,1 tys. USD (12,4% wydatków).

Łącznie na ww. zakupy wydano 47.811,1 tys. USD, co stanowiło 97,3% kwoty wykorzystanego kredytu.

Zakupu aparatury i sprzętu dokonywano w ramach obydwu części i wszystkich 6 składników Projektu II. Wydatki te wyniosły (w tys. USD):

- | | |
|--------------------------------|----------|
| A. Strategia dla zdrowia | 23.598,7 |
| w tym: | |
| 1. Promocja zdrowia | – |
| 2. Podstawowa opieka zdrowotna | 3.862,8 |

3. Regionalna konsolidacja...	19.735,9
B. Rozwój zarządzania	18.118,3
1. Szkolenie kadry kierowniczej	–
2. Systemy wspomagające...	15.630,9
3. Monitoring i ocena	2.487,4

Zakupu aparatury medycznej i sprzętu dokonywano wg zasad i w trybie określonym w załączniku 4 do umowy o kredyt. Podstawową formą zakupu były międzynarodowe otwarte przetargi⁴⁸. Wartość nabytych dóbr – w innej formie niż międzynarodowe otwarte przetargi – wyniosła ok. 1,6 mln USD, co stanowiło 3,8% zakupionych dóbr.

Tylko w jednym przypadku (w 1996 r.) Biuro ds. ZPPwOZ zwróciło się do Banku Światowego o wyrażenie zgody na przeprowadzenie przetargu krajowego na komputerowe oprogramowanie aplikacyjne. Jakkolwiek Bank wyraził zgodę na taki przetarg, to jednak – po przedstawieniu dokumentów przetargowych – odmówił swojej akceptacji na przetarg krajowy.

Zakupione aparatura i sprzęt obejmowały w szczególności (w tys. USD):

1) następujące grupy rodzajowe i aparatury sprzętu medycznego:

- diagnostyka obrazowa
(np. aparaty: Rtg, USG, mammografy, gammakamery,
angiografy, endoskopy) 11.607,3
- diagnostyka laboratoryjna
(np. wielofunkcyjne analizatory, ergometry, koagulometry) 1.436,3
- kardiologia
(np. EKG metodą Holtera, EEG, wielofunkcyjne analizatory) 793,2
- wyposażenie sal operacyjnych i OIOM
(np. respiratory, autoklawy, defibrylatory,
urządzenia do anestezjologii ogólnej) 2.615,0
- położnictwo i noworodki

⁴⁷ Z ustaleń kontroli w urzędach wojewódzkich i publicznych ZOZ-ach wynika, że kwota ta jest zawyżona i brak jest możliwości ustalenia, czy i ile własnych środków budżetowych przeznaczono na zadania związane z realizacją umowy o kredyt.

⁴⁸ Prawidłowość przestrzegania przepisów wynikających z procedur Banku Światowego "Wytyczne dotyczące nabywania w ramach kredytów IBRD i kredytów IDA" z maja 1985 r. przedstawiono w informacji NIK; patrz - przypis 6. W toku obecnej kontroli spraw tych nie badano.

(np. stoły do resuscytacji, inkubatory, aparaty do resuscytacji)	725,8
• inny – ogólnego stosowania (np. akceleratory, symulatory, fantomy wodne, dozymetry, pompy infuzyjne)	8.504,0
2) sprzęt komputerowy	14.070,1

Podstawowe wydatki związane z zakupem aparatury i sprzętu dotyczyły zadań realizowanych w ramach składników (w tys. USD)⁴⁹:

a) regionalnej konsolidacji służby zdrowia i niezbędnego sprzętu medycznego	21.043,7
b) systemów wspomagających personel kierowniczy	20.590,2
c) podstawowej opieki zdrowotnej	3.796,4

2.6.1. Podstawą realizowanych – w ramach składnika „Regionalna konsolidacja służby zdrowia i niezbędnego sprzętu medycznego” Projektu II – zakupów aparatury medycznej i sprzętu były wyniki i ustalenia dokonane na podstawie:

- analiz z lat 1993–1994 wykonanych na terenie poszczególnych konsorcjów zdrowia z uwzględnieniem przyjętych wcześniej priorytetowych obszarów medycznych,
- opracowania wykonanego – w ramach pomocy technicznej Projektu – przez firmę „Sema-Chema”.

Zadanie zlecone firmie j.v. „Sema-Chema” z Belgii⁵⁰ dotyczyło opracowania zapotrzebowania na aparaturę i sprzęt medyczny (na terenie konsorcjów zdrowia) służący zwiększeniu standardu publicznych ZOZ-ów. Firmie tej wypłacono za wykonanie tego opracowania 1.177,0 tys. USD.

Należy nadmienić, że analizy, o których wyżej mowa, jak i opracowanie „Sema-Chema”, a także inna forma określenia zapotrzebowania na aparaturę i sprzęt (dotyczy to publicznych ZOZ-ów z terenów nie objętych działalnością konsorcjów zdrowia) były obarczone wadą

⁴⁹ W podanych kwotach wydatków uwzględniono zakup usług konsultacyjnych (doradczych).

⁵⁰ Wyboru firmy dokonano w drodze przetargu międzynarodowego, zgodnie z procedurami Banku Światowego „Wytyczne zatrudniania konsultantów przez Kredytobiorców Banku Światowego...” z sierpnia 1981 r.

wynikającą przede wszystkim z dużej różnicy w czasie między określeniem potrzeb a faktyczną realizacją dostaw⁵¹.

Z ustaleń kontroli wynika, że wielkość dostarczonej aparatury i sprzętu medycznego była zróżnicowana w przypadku poszczególnych publicznych ZOZ-ów.

Wojewódzki Szpital Zespolony w Ciechanowie otrzymał – w badanym okresie – aparaturę i sprzęt medyczny wartości 4.253,5 tys. zł, co stanowiło 51,5% wartości sprzętu posiadanego wg stanu na koniec 1996 r.

Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie otrzymał aparaturę i sprzęt wartości 2.503,1 tys. zł, co stanowiło 20,6% posiadanego sprzętu w dniu 30 września 1997 r.

Zróżnicowana była wartość poszczególnych zakupionych aparatów i sprzętu medycznego. Wynosiła ona od kilkuset do kilkudziesięciu tysięcy złotych.

Wartość ewidencyjna najdroższych aparatów i sprzętu przekazaniem np.:

- 1) Regionalnemu Szpitalowi Onkologicznemu w Szczecinie wynosiła:*
 - ścianka rentgenowska zdalnie sterowana z pulpitem 50 KW-RS110 – 637,1 tys. zł,*
 - ultrasonograf do badań ogólnych ALOKA SSD 2000 – 409,4 tys. zł,*
 - mammograf z urządzeniem do biopsji, pulpitem sterowniczym i ekranem MAM CH-ZZS – 249,1 tys. zł;*
- 2) Wojewódzkiemu Szpitalowi Zespolonemu w Kaliszu wynosiła:*
 - automatyczny analizator biochemiczny „Synchron” CX-5 – 271,6 tys. zł,*
 - zestaw RTG chirurgiczny z ekranem wizyjnym WHA 50N – 236,3 tys. zł.*

Z ustaleń kontroli wynika, że zakupiona aparatura i sprzęt medyczny stanowiły istotne wyposażenie publicznych ZOZ-ów oraz umożliwiły znaczące zwiększenie zakresu i jakości świadczeń zdrowotnych.

Zakupiona aparatura i sprzęt medyczny dostarczane były bezpośrednio do publicznych ZOZ-ów, które upoważniono do podejmowania wszelkich niezbędnych czynności dla dokonania odbioru towaru oraz zabezpieczenia roszczeń wobec dostawcy, w tym z tytułu wad jakościowych, z tytułu gwarancji, zainstalowania, uruchomienia i sporządzenia protokołu

⁵¹ Zainteresowane jednostki nie zawsze funkcjonowały w warunkach, które przewidywały przy pierwotnym zapotrzebowaniu, m.in. dokonywały zakupów w ramach posiadanych środków budżetowych lub otrzymywały aparaturę i sprzęt z innych zakupów centralnych MZiOŚ (finansowanych m.in. z budżetu państwa).

odbioru. Dokumentem potwierdzającym nie-odpłatne przekazanie towaru jest protokół zdawczo-odbiorczy oraz wpis do księgi inwentarzowej ZOZ-u.

Tylko w nielicznych przypadkach stwierdzono:

- niekompletność dostaw, złą jakość lub błędy w montażu,
- przedwczesne dokonanie zakupu lub w ilościach przekraczających rzeczywiste potrzeby albo aktualne możliwości zainstalowania.

Mimo iż Regionalny Szpital Onkologiczny w Szczecinie uczestniczył w pracach Biura ds. ZPPwOZ związanych z zakupem aparatury i sprzętu medycznego przeznaczonego dla tego Szpitala – to jednak nie spowodowało to zapobieżenia nieprawidłowościom polegającym na przedwczesnym zakupieniu części aparatury medycznej. Szpital ten otrzymał w 1996 r. m.in. 2 akceleratory, symulator, tomograf komputerowy i komputerowy system planowania leczenia, które instalowane były w 1997 r. w pomieszczeniach remontowanych i nie wykończonych. Wykorzystanie tej aparatury do leczenia chorych możliwe będzie dopiero po zakończeniu rozbudowy Oddziału Radioterapii⁵². W szpitalu tym stwierdzono również niesprawność ciemni RTG. Szpital wystąpił do dostawcy o jej uruchomienie lub dostarczenie innej wolnej od wad.

W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie stwierdzono m.in., iż:

- na skutek zdekompletowania niektórych dostaw w ogóle nie użytkowano sprzętu łącznej wartości 41,1 tys. zł,
- niektóre ośrodki zdrowia posiadały już lepszej klasy sprzęt niż przekazany, np. sterylizator parowy.

Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie otrzymała na doposażenie 2 Państwowych Szpitali Klinicznych aparaturę i sprzęt medyczny łącznej wartości ponad 3 mln zł. Część aparatury i sprzętu przekazano innym użytkownikom:

- 1) z przeznaczonego dla Regionalnego Ośrodka Kształcenia Lekarzy Rodzinnych 23 szt./kpl. sprzętu medycznego:*
 - 21 szt./kpl., wartości 26,9 tys. zł, w tym elektrokardiograf Multicard przekazano do Przychodni Lekarzy Rodzinnych, w której zatrudnieni są 4 lekarze – pracownicy naukowcy PAM
 - 2 szt., a mianowicie aparat ultrasonograficzny wartości 115,4 tys. zł i autoklaw wartości 2,6 tys. zł przekazano kierownikowi Zakładu Medycyny Rodzinnej PAM;
- 2) z 27 szt./kpl. aparatury i sprzętu przeznaczonego dla Kliniki Kardiochirurgii – 9 szt./kpl, w tym m.in. z aparatury do znieczulenia ogólnego po 79,2 tys. zł, 5 respiratorów Companion po 40,9 tys. zł i diatermię chirurgiczną Erbotom wartości 35,9 tys. zł – przekazano do innych jednostek PAM;*

⁵² Patrz – rozdział 2.7. pkt 2.7.1.

3) z 3 szt./kpl. aparatury i sprzętu przeznaczonego dla Katedry i Kliniki Ortopedii i Traumatologii – 1 szt., tj. respirator Puritan Bennet wartości 68,7 tys. zł – przekazano jednostce spoza PAM (świadczącej usługi na rzecz ww. Kliniki).

W Zespole Opieki Zdrowotnej w Słupcy otrzymaną aparaturę i sprzęt medyczny przekazywano do użytku w ciągu 3–14 miesięcy od daty dostawy, a aparatura i sprzęt łącznej wartości 4,4 tys. zł nie były wykorzystywane lub były użytkowane sporadycznie.

Zespół Opieki Zdrowotnej w Środzie Wlkp. otrzymał aparaturę i sprzęt medyczny ogólnej wartości 858,9 tys. zł. Znaczną część tego sprzętu przekazano do użytku z opóźnieniem nawet do 8 miesięcy od daty otrzymania. Część otrzymanej aparatury wykorzystywano w niewielkim zakresie. Dotyczyło to np. anoskopów w gminnych ośrodkach zdrowia oraz walizek reanimacyjnych.

Na tle sposobu realizowania dostaw aparatury i sprzętu medycznego stwierdzono jednak brak niezbędnej koordynacji i współdziałania. Dotyczyło to w szczególności:

- 1) przekazywania aparatury medycznej i sprzętu bez świadectw dopuszczenia do stosowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych⁵³,
- 2) nieinformowania właściwych wydziałów zdrowia (komórek równorzędnych) urzędów wojewódzkich o terminach i rodzaju przekazanej aparatury i sprzętu podległym im lub nadzorowanym publicznym ZOZ-om.

Jakkolwiek z przepisów rozporządzenia Ministra ZiOS z dnia 11 marca 1992 r. wynika, że z wnioskiem o wydanie świadectwa może wystąpić (poza producentem i dostawcą) publiczny ZOZ – to jednak wydaje się uzasadnione, aby świadectwo takie było dostarczane wraz z dostawą aparatury i sprzętu medycznego.

W toku kontroli stwierdzono, iż znaczna część przekazanej publicznym ZOZ-om aparatury i sprzętu medycznego użytkowana jest bez wymaganych świadectw dopuszczenia do stosowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

W Wielkopolskim Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Poznaniu na 6 urzędzeń, w tym 4 aparatów i sprzętu medycznego wartości blisko 1,5 mln zł – 5 urzędzeń nie miało świadectw (atestów).

W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie aparatura i sprzęt medyczny o łącznej wartości 2,1 mln zł, co stanowiło 83,2% dostaw, nie posiadały świadectw (atestów).

⁵³ Rozporządzenie Ministra ZiOS z dnia 11 marca 1992 r. w sprawie atestowania aparatury i sprzętu medycznego nabywanego przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 31, poz. 135).

Obowiązek poinformowania organu, który utworzył publiczny ZOZ o uzyskaniu aparatury i sprzętu medycznego jest konsekwencją rozwiązania przyjętego w art. 42 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Wojewoda, który ustala plan finansowy zoz-u powinien ponadto dysponować pełną wiedzą o poziomie zaspokojenia potrzeb zakładu (w tym w zakresie zaopatrzenia w sprzęt) oraz o przewidywanych kosztach eksploatacyjnych i zarazem możliwościach dostarczenia usług określonego rodzaju

Wydział Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Lesznie nie posiadał pełnej informacji o liczbie i rodzaju przekazanej ZOZ-om aparatury i sprzętu medycznego. W toku kontroli Wydział zebrał dane w powyższym zakresie. ZOZ-y otrzymały łącznie aparaturę i sprzęt wartości 4,9 mln zł, w tym m.in. tomograf komputerowy, aparaty RTG, USG, EKG – systemu Holtera, respiratory itp.

2.6.2. W ramach składnika „Systemy wspomagające personel kierowniczy” Projektu II – przewidywano m.in.

- opracowanie krajowego systemu informacyjnego, opartego na zestawie danych z przyjęć i wypisów szpitalnych oraz danych finansowych, który by usprawnił zarządzanie szpitalem oraz wspomógł w pracy decydentów oraz kadrę kierowniczą,
- zakup dla szpitali mających powyżej 200 łóżek (ok. 440 szpitali w kraju) i wojewódzkich komórek statystycznych służby zdrowia – komputerów i niezbędnego sprzętu biurowego,
- zakup oprogramowania użytkowego dla z informatyzowania podstawowych funkcji administracyjnych w szpitalach, takich jak przyjęcia - wypisy, księgowość, rachunek kosztów, gospodarowanie lekami, a także opracowanie i wdrożenie na potrzeby MZiOŚ metody strategicznego planowania systemów informacyjnych, zapewniających inicjowanie publikacji, wytycznych i przepisów dotyczących krajowych systemów informacyjnych w ochronie zdrowia.

W czasie kontroli stwierdzono, że w ramach ww. zadań Projektu II w latach 1995–1997 zakupiono jedynie sprzęt komputerowy o łącznej kwocie 14,1 mln USD.

W ocenie NIK realizacja procesu komputeryzacji służby zdrowia, zaczynająca się od zakupu sprzętu i tylko podstawowego oprogramowania biurowego, a następnie dopiero zakupu dedykowanego oprogramowania i przewidywanego zatrudnienia kierownika projektu ds. wdrażania oprogramowania za ok. 500 tys. USD, była co najmniej nieracjonalna. Prawidłowe działanie powinno się rozpocząć od przygotowania całościowego planu

informatyzacji, opracowania specyfikacji technicznej na sprzęt i oprogramowanie, a następnie przeprowadzenia przetargu, dostarczenia sprzętu i oprogramowania (po przetestowaniu na terenie wybranego konsorcjum zdrowia) oraz przeprowadzenia szkolenia.

Dotychczasowy stan realizacji systemu informatycznego – zdaniem NIK – stanowi wątpliwe wsparcie reformy służby zdrowia, której założeniem była m.in. rejestracja danych o pacjentach, rozliczanie i kalkulacja kosztów, a także budowa krajowego systemu informatycznego, uwzględniającego również instytucje ubezpieczeniowe w związku z wejściem w życie z dniem 1 stycznia 1999 r. przepisów ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym⁵⁴.

Z ustaleń kontroli wynika, że jakkolwiek podejmowane były wcześniej działania zmierzające do zapewnienia niezbędnej pomocy doradczej dla stworzenia systemów informatycznych w służbie zdrowia, to jednak działania te były wyłącznie cząstkowe i prowadzone w sposób nieefektywny, a nawet z naruszeniem zasad gospodarności.

W marcu 1994 r. podpisano umowę z firmą Price Waterhouse na kwotę 569 tys. USD i 77 tys. zł. Przedmiotem umowy było sporządzenie opracowań dot. informatyzacji szpitali powyżej 200 łóżek (m.in. specyfikacja wymagań dla oprogramowania aplikacyjnego, sprzętu komputerowego i sieci, specyfikacja norm i standardów, dokumenty przetargowe i specyfikacje techniczne informatyzacji szpitali pilotowych w konsorcjach zdrowia i w szpitalu Instytutu Gruźlicy i Chorób płuc (ocena modeli informatycznych szpitali, specyfikacje sprzętu itp.), a także strategii MZiOS we wprowadzaniu informatyzacji (plan systemów informatycznych dla MZiOS; projekty strategicznych inicjatyw informatycznych). Współpracę z firmą zakończono w końcu 1994 r. W Biurze ds. ZPPwOZ brak jest m.in. protokołu odbioru powyższych prac, a także dokumentu świadczącego o zakończeniu kontraktu. Prace w zakresie informatyzacji szpitali zostały negatywnie zaopiniowane przez Komisję ds. Informatyzacji, stwierdzono m.in. „brak kompletnego modelu danych, brak logicznego i jasnego określenia co dostarczone modele przedstawiają, z dokumentów nie wynika, że opisane w nich podstawowe systemy będą rozwijać się w kierunku zaawansowanych systemów informacyjnych planowanych dla polskiej służby zdrowia, strategia i kierunek rozwoju nie zostały pokazane”.

Po zakończeniu współpracy z firmą Price Waterhouse, powołany w dniu 12.10.1995 r. przez Ministra ZiOS – zespół działający przy Biurze Przekształceń Systemowych opracował w grudniu 1996 r. wymagania funkcjonalne modułu kosztów, ruchu chorych i gospodarki lekami – jednakże ostateczną wersję dokumentów przetargowych w zakresie oprogramowania przygotowano dopiero w 1997 r. w ramach umowy z Grupą Antares Sp. z o.o. z

⁵⁴ Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zm.

Warszawy. Do czasu zakończenia kontroli dokumenty przetargowe nie zostały zatwierdzone przez Bank Światowy.

Nie zostały wykonane zadania powołanego przez Ministra ZiOS w dniu 12 października 1995 r. zespołu ds. opracowania wymagań funkcjonalnych oprogramowania użytkowego dla ZOZ-ów i wojewódzkich zespołów metodycznych, działającego przy Biurze Przekształceń Systemowych w Ochronie Zdrowia MZiOS.

Nie zakończono prac związanych z kontraktem z dnia 22 stycznia 1996 r. ze Spółką z o.o. ICL Poland wartości 388,4 tys. USD na pomoc doradczą dla rozwoju systemu rozliczeń aptek w ramach wojewódzkich wydziałów zdrowia. Celem kontraktu było zaprojektowanie spójnego w skali kraju systemu rozliczeń wydatków na tzw. leki refundowane oraz m.in. kontroli wydawania narkotyków i leków psychotropowych. Kontrakt, którego realizację przewidywano w 4 etapach – przerwano już po 2 etapie na skutek braku niezbędnych unormowań (np. indeksu leków, usług medycznych) oraz podjęcia przez MZiOS decyzji o upowszechnieniu programu Rejestru Usług Medycznych.

W ocenie NIK decyzja o zaprzestaniu dalszego finansowania zadania realizowanego przez ww. Spółkę z o.o. ICL Poland znajduje uzasadnienie. Jednakże podjęcie go – bez dostatecznie jasno sprecyzowanego celu i w warunkach braku niezbędnych unormowań prawnych umożliwiających jego zrealizowanie należy ocenić jako nieracjonalne, ponieważ spowodowało nieuzasadnione wydatkowanie z kredytu, znacznych środków finansowych.

Z ustaleń kontroli wynika, że do skontrolowanych jednostek przekazano dużą liczbę sprzętu komputerowego, który m.in.:

- nie jest właściwie lub w pełni wykorzystywany,
- mógłby spełniać wyższe parametry techniczne (postęp techniczny) i być bardziej dostosowany do faktycznych potrzeb, gdyby był zakupiony we właściwym terminie, tj. w terminie późniejszym.

W konsekwencji relatywnie wyższe są zarówno koszty kredytu, jak i koszty funkcjonowania publicznych ZOZ-ów, które:

- albo wydatkują znaczne środki budżetowe na niezbędne oprogramowanie użytkowe dla własnych potrzeb,
- albo wykorzystują ten sprzęt do zwykłych czynności biurowych (maszynopisania).

Szpital Wojewódzki w Koszalinie w styczniu 1997 r. otrzymał 54 zestawy komputerowe, z których:

- 4 wykorzystywane są do obsługi oprogramowania szpitalnego,
- 2 do kontroli wszystkich aplikacji w sieci.

W 5 komórkach organizacyjnych (Stacja Dializ, Patomorfologia, biblioteka, magazyn i apteka szpitalna) użytkowane były specjalistyczne – własne programy.

Pozostałe zestawy wykorzystywano w ramach pakietu Office, głównie do sporządzania pism wewnętrznych i wypisów chorych.

Na zlecenie Szpitala opracowywane są kolejne programy: ruch chorych i magazynowy. Również na własny koszt Szpitala rozszerzono pamięć 4 komputerów i zakupiono 2 napędy CD-ROM i karty dźwiękowe.

Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu w listopadzie 1996 r. otrzymał 12 zestawów komputerowych IBM 486DX, serwer oraz 8 drukarek igłowych o łącznej wartości 79,3 tys. zł. Z uwagi na brak oprogramowania ww. zestawy służyły do maszynopisania oraz wyliczania prostych kosztów leczenia. W listopadzie 1997 r. zlecono – po przeprowadzeniu przetargu – opracowanie podstawowego oprogramowania.

Niektóre z jednostek już sfinansowały – z własnych środków – określone oprogramowanie. Np. Wojewódzki Szpital Zespolony w Ciechanowie – System finansowo-księgowy za 26,5 tys. zł.

Z analizy ustaleń kontroli wynika, że w zakresie oprogramowania komputerowego istnieje ewidentny chaos i brak elementarnych ustaleń koordynacyjnych. Skontrolowane jednostki podejmują różnego rodzaju działania zmierzające do przynajmniej częściowego wykorzystania sprzętu komputerowego. Działania takie przewidywane są również na szczeblu MZiOS, ale brak jest jednak w tym zakresie koniecznych decyzji a przede wszystkim analiz.

Według informacji Biura ds. ZPPwOZ przewidywany koszt oprogramowania aplikacyjnego dla szpitali w Polsce ma wynieść ok. 9,1 mln USD. Z ustaleń kontroli wynika jednak, iż brak jest pełnego uzasadnienia podanego wyżej kosztu przewidywanego oprogramowania, a także określenia podstawowej specyfikacji kosztów całego przedsięwzięcia.

2.6.3. W ramach składnika „Podstawowej opieki zdrowotnej” w Projekcie II przewidywano m.in. zakupienie standardowych zestawów sprzętu dla lekarzy rodzinnych. W ramach tego składnika zakupiono 221 zestawów standardowych oraz 250 zestawów o ograniczonym (zróżnicowanym) zakresie wyposażenia. Koszt zakupu ww. zestawów wyniósł łącznie 3,3 mln USD.

Z ustaleń kontroli wynika, że sprzęt przeznaczony dla lekarzy rodzinnych przekazywany był bez odpowiedniego rozeznania faktycznego stanu zatrudnienia lekarzy w charakterze lekarzy rodzinnych. Stwierdzono, iż we wszystkich skontrolowanych jednostkach liczba przekazanych zestawów sprzętu była większa od zawartych kontraktów⁵⁵ z lekarzami rodzinnymi.

W woj. gorzowskim z przekazanych 19 zestawów zgodnie z przeznaczeniem wykorzystywano tylko 7 zestawów.

W woj. koszalińskim z przekazanych 19 zestawów standardowych – zgodnie z przeznaczeniem wykorzystywano 10.

W Szczecinie część zestawów sprzętu przekazano do 27 gabinetów lekarza rodzinnego, a na stanie magazynowym znajdował się sprzęt wartości 229,6 tys. zł.

Stwierdzono, że ani MZiOS, ani Biuro ds. ZPPwOZ nie wyciągnęło właściwych wniosków z informacji przekazanej przez misję Banku Światowego dot. bardziej racjonalnego gospodarowania sprzętem przeznaczonym dla lekarzy rodzinnych.

W notatce z misji Banku z dnia 5–8 marca 1996 r. stwierdzono m.in.: „znaczna część sprzętu dla lekarza rodzinnego została rozdzielona pomiędzy tych lekarzy bez podpisania z nimi kontraktów na świadczenie usług lekarza rodzinnego”.

Ustalono również, że zarówno Ministerstwo, jak i Biuro ds. ZPPwOZ nie określiło zasad i trybu przekazywania sprzętu przeznaczonego na wyposażenie gabinetów lekarza rodzinnego.

Publiczne ZOZ-y, które otrzymały zestawy sprzętu dla lekarzy rodzinnych – zagospodarowywały go stosownie do potrzeb i możliwości, a w przypadkach zatrudniania lekarzy na stanowiskach lekarzy rodzinnych – przekazywały im sprzęt na podstawie (odpowiednio):

- umowy użyczenia (np. w Gorzowie Wlkp., Piła),
- umowy najmu (np. w Koszalinie),
- umowy dzierżawy (np. Kołobrzeg),
- umowy sprzedaży (np. Czarnków),

⁵⁵ Rozporządzenie Ministra ZiOS z dnia 5 sierpnia 1993 r. w sprawie ogólnych warunków i trybu zawierania i rozwiązywania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz trybu ustalania i rozliczania należności za te świadczenia (Dz.U. Nr 76, poz. 363).

- umowy leasingu (np. Szczecin).

W ocenie NIK – jakkolwiek możliwa jest sprzedaż lub udostępnienie w formie umowy leasingu (który po upływie określonego czasu prowadzi do przeniesienia własności) aparatury i sprzętu, zakupionych ze środków kredytu Banku Światowego - to jednak powinno to następować pod warunkiem, że cena odzwierciedli rzeczywiście poniesione wydatki. Ewentualna sprzedaż na warunkach preferencyjnych powinna natomiast wiązać się co najmniej ze zobowiązaniem do wyrównania różnicy w przypadkach zaniechania pracy w charakterze lekarza rodzinnego.

2.6.4. Z ustaleń kontroli wynika, że również część innych wydatków poniesionych ze środków kredytu nie była w pełni efektywna.

W styczniu 1994 r. zawarto umowę z firmą NHS Overscas Enterprises z Wielkiej Brytanii na „Techniczne wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego w celu sformułowania planów rozwoju i organizacji ośrodków zdrowia w konsorcjach Pomorskim i Wielkopolskim”. Za pracę 3 konsultantów zapłacono 46,4 tys. GBP i 5,9 tys. zł. Z opinii lidera Projektu Zdrowie Psychiczne z konsorcjum Wielkopolskiego wynika, że nie zrealizowano w pełni założeń konsultacji; m.in. nie przeprowadzono konsultacji czy krótkich warsztatów „np. z personelem dużych szpitali”.

W maju 1994 r. podpisano kontrakt z firmą Medical Service Corporation w Arlington na kwotę 199,6 tys. USD na „Krótkoterminowe szkolenie kierownictwa polskiej służby zdrowia”. Z 3 przewidywanych wyjazdów studyjnych zrealizowano tylko 2 i nie przeprowadzono przewidywanego szkolenia w Polsce dla 60–75 osób. Za częściową realizację kontraktu zapłacono 144,2 tys. USD. Ze sprawozdania uczestnika grupy studyjnej wynika, że w czasie szkolenia poruszano m.in. tematy nieprzydatne (opieka medyczna dla migrantów, wizyta w zakładzie produkcyjnym domków prefabrykowanych).

2.7. Gospodarowanie środkami budżetowymi

Z wykorzystanych do dnia 30 września 1997 r. środków budżetowych w łącznej wysokości 60,1 mln zł, główne pozycje wydatków stanowiły:

- 1) remonty obiektów służby zdrowia – 37,5 mln zł (62,4%),

- 2) zadania programowe (merytoryczne) realizowane przez biura konsorcjów zdrowia – 15,0 mln zł (25%),
- 3) utrzymanie Biura ds. ZPPwOZ oraz biur konsorcjów zdrowia – 7,6 mln zł (12,6% wydatków).

2.7.1. Podstawą gospodarowania środkami budżetowymi przeznaczonymi na remonty i modernizacje obiektów służby zdrowia oraz zadania programowe były plany pracy i plany finansowe biur konsorcjów zdrowia. Plany te były jednak zatwierdzane z opóźnieniem.

Miały miejsce przypadki znacznych opóźnień w zatwierdzaniu planów biur konsorcjów zdrowia przez Biura ds. ZPPwOZ. Np. plan pracy i plan finansowy Pomorskiego Konsorcjum Zdrowia na 1995 r. zatwierdzono (z zastrzeżeniami) w dniu 4 września 1995 r., a ostatecznie w dniu 6 listopada 1995 r.

Z reguły dopiero w IV kwartale dokonywano przeniesień planowanych wydatków z części 35 do części 85 budżetu państwa, przeznaczonych na remonty obiektów służby zdrowia. Powodowało to istotne utrudnienia we właściwym zagospodarowaniu i wykorzystaniu tych środków, a niekiedy nieprzestrzeganie art. 48 ustawy z dnia 5 stycznia 1991 r. – Prawo budżetowe stanowiącego, iż nie zrealizowane kwoty planowanych wydatków budżetowych wygasają z upływem roku budżetowego.

Jednostki służby zdrowia w woj. gorzowskim otrzymywały środki budżetowe np.:

- w 1994 r. w dniach 29.11. i 19.12.1994 r.
- w 1995 r. w dniu 28.11.1995 r.
- w 1996 r. w dniach 18 i 28.11. oraz 16 i 20.12.1996 r.

W woj. szczecińskim jednostki służby zdrowia otrzymywały środki np.:

- w 1994 r. w dniu 6.12.1994 r.
- w 1995 r. w dniach 24.11 i 22.12.1995 r.
- w 1996 r. w dniach 9 i 20.12.1996 r.
- w 1997 r. w dniu 10.10.1997 r.

Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie w dniu 22 grudnia 1995 r. został powiadomiony o zwiększeniu planowanych wydatków na restrukturyzację systemu opieki zdrowotnej o kwotę 447,8 tys. zł. Przyznaną kwotę wykorzystano:

- 113,1 tys. zł przeznaczono na zapłacenie rachunków za wcześniej wykonane roboty remontowe,
- pozostałą kwotę, tj. 334,7 tys. zł na spłatę zobowiązań.

W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Ciechanowie nie wykorzystane środki budżetowe w 1995 i 1996 r. (łącznie 1,1 mln zł) przekazywano w końcu roku na konto sum depozytowych.

Z ustaleń kontroli wynika jednak, że środki budżetowe przeznaczone na remonty wykorzystane były z reguły zgodnie z przeznaczeniem.

W woj. ciechanowskim do końca września 1997 r. przekazano jednostkom służby zdrowia 2,6 mln zł na sfinansowanie 50 zadań modernizacyjno-remontowych, w tym:

- *22 zadań w szpitalach dla umożliwienia zainstalowania aparatury medycznej i sprzętu zakupionych ze środków kredytu,*
- *21 zadań w obiektach podstawowej opieki zdrowotnej, głównie w celu ich dostosowania do potrzeb lekarza rodzinnego.*

Należy jednak nadmienić, że miały miejsce – zwłaszcza w początkowym okresie realizacji Projektu – przypadki finansowania zadań nie mających bezpośredniego związku z Projektem lub zadań, z których w wyniku zmiany Projektu i bieżących zmian Projektu II zrezygnowano.

Na terenie Ciechanowskiego Konsorcjum Zdrowia zlecono i wykonano m.in.:

- *wymianę kompletnych 443 okien drewnianych na PCV w całym budynku szpitala w Działdowie. Wartość zadania wg zawartej umowy w dniu 23.09.1994 r. wyniosła 448,4 tys. zł,*
- *docieplenie ścian zewnętrznych i wykonanie elewacji pawilonu oddziału zakaźnego w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w ilości 1793 m². Wartość zadania wg zawartej umowy w dniu 6.10.1994 r. wyniosła 69,6 tys. zł.*

W Pomorskim Konsorcjum Zdrowia – na realizację rozbudowy Regionalnego Szpitala Onkologicznego w Szczecinie (do istniejącego budynku o pow. 2 tys. m² dobudowywany jest nowy o pow. 1,5 tys. m² – koszt inwestycji wynosi 10,2 mln zł) – przeznaczono 2,8 mln zł. Stan zaawansowania inwestycji na koniec września 1997 r. wynosił ok. 55%. Środki dla tego Szpitala przeznaczone np. w 1996 r. w wysokości 1,7 mln zł stanowiły 87% środków przyznanych dla woj. szczecińskiego na zadania remontowe, objęte Projektem II.

Biuro ds. ZPPwOZ zleciło w 1995 r. za łączną kwotę 93,8 tys. zł opracowanie tzw. audytów energetycznych m.in. dla Szpitala Bielańskiego w Warszawie i Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Tworach. Wykonanych audytów nie wykorzystano z uwagi na zrezygnowanie w Projekcie II z realizacji zadań dot. oszczędności energii.

Z ustaleń kontroli dokonanych w urzędach wojewódzkich wynika, że zadania remontowe związane z realizacją Projektu i Projektu II były również w części finansowane z własnych

środków budżetowych wojewodów (poza przeniesieniem planowanych wydatków z części 35 do części 85 budżetu państwa). Były to jednak środki wielokrotnie mniejsze niż podane przez MZiOS⁵⁶.

Z informacji MZiOS wynika, iż np.:

- w woj. koszalińskim przekazano 5,5 mln zł – w toku kontroli stwierdzono, że nie przekazywano własnych środków;
- w woj. poznańskim przekazano 51,2 mln zł – w czasie kontroli stwierdzono, że przekazano 22,2 mln zł;
- w woj. szczecińskim przekazano 4,7 mln zł – w toku kontroli stwierdzono, iż przekazano 80,5 tys. zł.

2.7.2. Łączne wydatki związane z bezpośrednią realizacją Projektu i Projektu II wyniosły 14.995,3 tys. zł, w tym:

- a) Biura ds. ZPPwOZ – 9.274,5 tys. zł
- b) Biura konsorcjów zdrowia – 5.720,8 tys. zł

z tego:

- Ciechanowskie KZ – 1.488,6 tys. zł
- Pomorskie KZ – 1.702,2 tys. zł
- Wielkopolska KUZ – 2.530,0 tys. zł

Wydatki Biura ds. ZPPwOZ obejmowały głównie koszty opłat celnych i podatku VAT od zakupionych ze środków kredytu aparatury medycznej i sprzętu oraz koszty dokumentacji przetargowej, ekspertyz, opinii, usług agencji celnych, operacji bankowych itp. Środki te wykorzystywano zgodnie z przeznaczeniem. Tylko w kilku przypadkach stwierdzono, iż poniesione wydatki nie były uzasadnione, albo że uzyskane opracowania nie zostały właściwie wykorzystane.

W 1996 r. wypłacono kwotę 5,1 tys. zł za przeprowadzenie kontroli w biurach konsorcjów zdrowia przez pracowników MZiOS. Uzasadnieniem dla wypłacenia dodatkowego wynagrodzenia był wydłużony do 12 godzin na dobę czas pracy kontrolerów.

W 1996 i 1997 r. wypłacono pracownikom Biura, w tym dyrektorowi, łącznie 14,2 tys. zł za opracowanie m.in. regulaminu organizacyjnego i regulaminu pracy Biura ds. ZPPwOZ oraz projektu zarządzenia i jednolitego tekstu zarządzenia Ministra ZiOS w sprawie utworzenia Biura ds. ZPPwOZ.

⁵⁶ Patrz – Rozdział 2.5. pkt 2.5.3.

Na opracowanie oceny działalności konsorcjów zdrowia w 1995 r. wydano łącznie 19,4 tys. zł. Opracowanego w tej sprawie raportu wybitnych polskich ekspertów w ogóle nie wykorzystano.

Wydatki biur konsorcjów zdrowia obejmowały koszty realizacji zadań związanych głównie ze składnikiem „Strategia dla zdrowia”, w tym:

- promocję zdrowia (1.105,1 tys. zł),
- podstawową opiekę zdrowotną (2.259,2 tys. zł),
- regionalną konsolidację (1.208,7 tys. zł),
- szkolenie (1.208,7 tys. zł).

Wyniki kontroli w biurach konsorcjów zdrowia nie wykazały istotniejszych nieprawidłowości w wydatkowaniu środków budżetowych.

W Ciechanowskim Konsorcjum Zdrowia:

- *dokonano realizacji 10 rachunków na kwotę 1,6 tys. zł za szkolenia przed terminem ich faktycznego przeprowadzenia,*
- *wydatkowanie kwoty 8,2 tys. zł na wykonanie 2 tys. kalendarzy na 1997 r. nie zostało poprzedzone zawarciem umowy z wybranym w trybie zapytania o cenę oferentem.*

Z ustaleń kontroli wynika, że biura konsorcjów zdrowia w sposób prawidłowy i właściwy realizowały zadania, zwłaszcza w zakresie promocji zdrowia. W ocenie niektórych publicznych ZOZ-ów realizacja programów opracowanych - w ramach konsorcjów zdrowia - umożliwiła szerszą prezentację w społeczeństwie zadań promujących zdrowie.

Pozytywnie należy ocenić działania prowadzone w konsorcjach zdrowia na rzecz podstawowej opieki zdrowotnej, a w szczególności działania związane z wdrażaniem instytucji lekarza rodzinnego. Biura konsorcjów zdrowia w szerokim zakresie prowadziły szkolenia kadry kierowniczej oraz w systemie pozaetatowym, tj. tzw. „krótką ścieżką” szkolenia lekarzy rodzinnych oraz szkolenie pielęgniarek i położnych środowiskowo-rodzinnych.

W Ciechanowskim Konsorcjum Zdrowia szkoleniem i doskonaleniem kwalifikacji personelu kierowniczego służby zdrowia w zakresie zarządzania objęto łącznie 859 osób.

We wszystkich 3 konsorcjach zdrowia szkoleniem lekarzy rodzinnych objęto łącznie 415 osób, a szkoleniem pielęgniarek i położnych – ok. 1000 osób. Stwierdzono równocześnie, że liczba lekarzy zatrudnionych na stanowiskach lekarza rodzinnego wynosi łącznie 133 osoby, co stanowi ok. 40% lekarzy z dyplomem lekarza rodzinnego.

Jakkolwiek – w ocenie NIK – brak jest podstaw do kwestionowania dotychczasowych rozmiarów prowadzonego szkolenia i dokształcania kadr służby zdrowia, to jednak ponoszone z tego tytułu wydatki budżetowe⁵⁷ uznać należy za relatywnie wysokie w stosunku do uzyskanych efektów. Zasadne zatem jest zwrócenie większej uwagi na wykorzystanie wyszkolonych lekarzy rodzinnych. Tym bardziej, że w wielu publicznych ZOZ-ach (dla których szkolono lekarzy i przekazano odpowiednie wyposażenie) nie zatrudnia się w ogóle lekarzy na stanowiskach lekarza rodzinnego.

W woj. kaliskim 24 lekarzy uzyskało dyplom lekarza rodzinnego, a część placówek wyposażona została – ze środków kredytu – w sprzęt dla lekarzy rodzinnych. Do czasu zakończenia kontroli nie zawarto ani jednego kontraktu z lekarzem rodzinnym.

2.7.3. Aparatura medyczna i sprzęt z chwilą przekazania publicznym ZOZ-om powinny być objęte ewidencją ZOZ-ów. Podstawą tej ewidencji powinny być protokoły zdawczo-odbiorcze.

We wszystkich skontrolowanych publicznych ZOZ-ach stwierdzono, że protokoły zdawczo-odbiorcze sporządzane były z opóźnieniem, wynoszącym nawet ponad rok od dnia przekazania aparatury i sprzętu do użytkowania. Powodowało to opóźnienia w ich zaewidencjonowaniu, a w konsekwencji naruszenie przepisów art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.

Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie nie ujęła w ewidencji 6 sztuk aparatury i sprzętu medycznego (lamp czołowych ze źródłem światła zimnego, automatu hematologicznego, analizatora chemicznego oraz pulsoksymetrów) włączonych do eksploatacji w okresie czerwiec 1996 r. – październik 1997 r. bez protokołu zdawczo-odbiorczego. Przewoźny zestaw rtg SIREMOBIL 2000 włączony do eksploatacji w sierpniu 1995 r. ujęto w ewidencji dopiero w listopadzie 1997 r.

⁵⁷ Szacuje się, że wydatki na szkolenie prowadzone w konsorcjach zdrowia wyniosły w latach 1993–1997 (do 30 września 1997 r.) łącznie ok. 3 mln zł, co stanowi ponad 50% wydatków programowych.

Należy nadmienić, że w publicznych ZOZ-ach, w których prowadzona jest ewidencja dochodów i kosztów⁵⁸ nie zaewidencjonowanie otrzymanej aparatury medycznej i sprzętu wpływa na zniekształcenie ewidencji i kosztów tych zakładów.

2.8. Funkcjonowanie konsorcjów zdrowia oraz zakładów opieki zdrowotnej w ramach konsorcjów zdrowia

Z ustaleń kontroli wynika, że Minister ZiOS nie zapewnił właściwych warunków do realizacji przez Biuro ds. ZPPwOZ i konsorcja zdrowia zadań ustalonych w:

- a) założeniach i opisie Projektu,
- b) zarządzeniach Ministra ZiOS w sprawie utworzenia Biura ds. ZPPwOZ i biur konsorcjów zdrowia⁵⁹ w zakresie umożliwiającym wykonanie podstawowego celu zaciągnięcia kredytu w Banku Światowym, a mianowicie:

- celu określonego w uchwale Nr 42/92 Rady Ministrów z dnia 22 kwietnia 1992 r.⁶⁰, którym m.in. była restrukturyzacja systemu ochrony zdrowia,
- celu określonego w Projekcie, którym były m.in. wspieranie realizowanej przez Rząd reformy gospodarczej przez poprawę stanu zdrowia, zwiększenie wkładu służby zdrowia do systemu bezpieczeństwa socjalnego i zmniejszenie obciążenia budżetu państwa wydatkami na ochronę zdrowia, a także pilotażowa – w tym zakresie – rola konsorcjów zdrowia.

Stwierdzono w szczególności, iż nie zapewniono konsorcjom zdrowia realnych i formalnych możliwości działania na rzecz integrowania różnych sektorów opieki zdrowotnej oraz koordynacji działań podmiotów uczestniczących w realizacji Projektu.

Po zmianie Projektu w 1994 r. MZiOS nie tylko że nie wzmocniło zadań i roli konsorcjów zdrowia, ale w stopniu znaczącym wprowadziło zadania realizowane w skali kraju oraz polegające na wykorzystywaniu środków kredytu na zakup aparatury medycznej i sprzętu. Wykorzystanie środków kredytu Banku Światowego w 81,1% na zakup

⁵⁸ Zarządzenie Ministra ZiOS z dnia 15 czerwca 1992 r. w sprawie szczegółowych zasad ewidencji dochodów i kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (MP Nr 19, poz. 143).

⁵⁹ Patrz – przypisy 30 i 44.

⁶⁰ Patrz – rozdział 1 pkt 1.1.

aparatury medycznej i sprzętu⁶¹ jednoznacznie potwierdza przyjęte i realizowane preferencje określone w Projekcie II.

Wyniki kontroli wykazały, że w toku realizacji Projektu i Projektu II główną uwagę poświęcono doposażeniu jednostek służby zdrowia w sprzęt i aparaturę medyczną.

Jakkolwiek, w ramach Projektu i Projektu II, konsorcja zdrowia realizowały ważne zadania związane zwłaszcza z promocją zdrowia oraz szkoleniem kadr – to jednak nie miały one istotnego wpływu na wykonanie głównych celów związanych z zaciągniętym kredytem Banku Światowego.

Brak jest podstaw do stwierdzenia, że w wyniku realizacji umowy o kredyt:

- a) działalność konsorcjów zdrowia spowodowała zmiany strukturalne w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej na terenie objętym działalnością konsorcjów,
- b) publiczne zakłady opieki zdrowotnej funkcjonują inaczej niż dotychczas lub inaczej niż na terenie nie objętym działalnością konsorcjów zdrowia.

Z przedstawionych powyżej faktów wynika, iż podstawową i wymierną korzyścią z dotychczasowego wykorzystania środków kredytu oraz dodatkowych środków budżetowych (dodatkowych dla ZOZ-ów funkcjonujących w konsorcjach zdrowia) jest:

- uzyskana aparatura medyczna i sprzęt,
- lepsze warunki lokalowe placówek służby zdrowia, w wyniku już przeprowadzonych remontów i modernizacji,

zwłaszcza w tych dziedzinach medycyny, które – w konsorcjach zdrowia – wybrane zostały, jako priorytetowe (kardiologia, onkologia, psychiatria, pomoc w nagłych wypadkach, opieka nad matką i dzieckiem).

Uzyskane doposażenie publicznych ZOZ-ów w aparaturę i sprzęt medyczny miało znaczący udział w zwiększeniu liczby, zakresu i jakości diagnozowania i leczenia pacjentów, przy jednoczesnej poprawie ich bezpieczeństwa przed, w czasie i po zabiegach operacyjnych, wpłynęło na rozszerzenie zakresu świadczeń zdrowotnych oraz skrócenie okresu hospitalizacji.

W wyniku prac adaptacyjno-modernizacyjnych w Klinice Kardiologii i Chirurgii PSK Nr 2 Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie w okresie od 1996 r. do końca III kwartału 1997 r. wykonano m.in.:

⁶¹ Patrz – rozdział 2.5. pkt 2.5.1. i rozdz. 2.6. pkt 2.6.1. - 2.6.3.

- 96 cewnikowań serca,
- 448 angiografii,
- 1947 koronografii,
- 402 angioplastyki tętnic wieńcowych,
- 173 implantacji stenów,
- 259 wszczepień stymulatorów,
- 8,2 tys. badań USG serca,
- 1,3 tys. badań holterowskich,
- 2,3 tys. innych badań.

W Szpitalu Wojewódzkim w Koszalinie m.in. uruchomiono drugą salę operacyjną w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, zmodernizowano Dział Rehabilitacji oraz zmodernizowano Oddział Internistyczno-Kardiologiczny. Umożliwiło to poprawienie możliwości diagnostycznych i terapeutycznych oraz usprawnienie pracy. M.in. w 8 przypadkach uruchomiono nowe usługi medyczne, w 9 zastąpiono zużyte urządzenia, w 4 przyspieszono diagnozowanie, w 9 uściślono diagnozowanie, w 11 zwiększono niezawodność procedur, w 9 zwiększono liczbę świadczeń, w 11 – inne (np. skrócenie czasu oczekiwania, rozszerzenie zakresu badań itp.).

Wg oceny ordynatora OIOM w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kaliszu, wykonane prace remontowo-modernizacyjne „poprawiły jego architekturę i funkcjonalność, a tym samym zbliżyły Oddział do norm Unii Europejskiej”. Spowodowały też docieplenie Oddziału i zmniejszyły awaryjność instalacji gazów medycznych.

W przypadku niektórych, zwłaszcza mniejszych, jednostek stwierdzono, że ich wyposażenie w respirator (np. ZOZ w Górcie) spowodowało zmniejszenie liczby pacjentów przewożonych karetką „R” do szpitali wojewódzkich.

W wyniku realizacji programów w zakresie promocji zdrowia oraz szkolenia kadry kierowniczej zwiększono zainteresowanie społeczeństwa własnym zdrowiem oraz wiedzę personelu służby zdrowia (medyczną i ekonomiczną), która powinna zaowocować w toku przeprowadzonych reform w sferze ochrony zdrowia.

2.9. Nadzór i kontrola nad realizacją umowy o kredyt

Zgodnie z uchwałą Nr 42/92 Rady Ministrów z dnia 22 kwietnia 1992 r. w sprawie zaciągnięcia kredytu w Międzynarodowym Banku Odbudowy i Rozwoju (Banku

Światowym) na sfinansowanie przekształceń systemowych w służbie zdrowia – Minister ZiOS został zobowiązany do nadzoru i realizacji zadań wynikających z umowy o kredyt.

Z ustaleń kontroli wynika, że w MZiOS brak jest dokumentów (korespondencji, decyzji, ustaleń itp.) ilustrujących sprawowanie nadzoru nad realizacją umowy o kredyt.

Poza decyzjami członków Kierownictwa MZiOS aprobującymi wyniki przetargów i zawieranych kontraktów na zakup określonych dóbr i usług – jedyną udokumentowaną formą nadzoru są ustalenia z „posiedzeń tzw. ścisłego Kierownictwa” oraz dwa opracowania ilustrujące wykorzystanie środków kredytu oraz realizację Projektu II.

Kierownictwo MZiOS w latach 1994–1996 na 14 posiedzeniach przyjęło różnego rodzaju ustalenia związane z kredytem. Ustalenia te dotyczyły m.in.:

- *problemów lokalowych Biura ds. ZPPwOZ,*
- *renegocjacji pożyczki Banku Światowego,*
- *powołania międzyresortowego zespołu do oceny działalności konsorcjów zdrowia⁶²,*
- *powierzenia dyrektorowi Biura ds. ZPPwOZ funkcji pełnomocnika Ministra ZiOS⁶³,*
- *konkretnych decyzji o zagospodarowaniu środków kredytu.*

Z inicjatywy lub na zlecenie MZiOS opracowane zostały:

- *raport z marca 1995 r. zespołu powołanego do oceny działalności konsorcjów zdrowia,*
- *informacja (analiza) z września 1995 r. dla Komisji Zdrowia Sejmu RP dot. realizacji przez MZiOS programów pomocy zagranicznej (Bank Światowy i PHARE).*

Mimo iż w raporcie powołanego przez Ministra ZiOS zespołu ds. oceny działalności konsorcjów zdrowia przedstawiono szczególnie istotne stwierdzenia i wynikające z nich problemy, a w szczególności iż:

- 1) konsorcja pełnią rolę regionalnych rad zdrowia integrujących działania międzywojewódzkie na rzecz rozwiązywania problemów zdrowotnych,
- 2) priorytetowymi dziedzinami w finansowaniu z pożyczki Banku Światowego powinny być działania związane z podstawową opieką zdrowotną i promocją zdrowia – dotychczasowe wdrażanie programów w konsorcjach wydaje się rozmiąć z deklaracjami,

⁶² Przyjętych ustaleń nie zrealizowano.

⁶³ Przyjętych ustaleń nie zrealizowano.

- 3) warunkiem skutecznej regionalizacji powinno być prawne umocowanie struktur konsorcjów, a brak uregulowań centralnych jest przeszkodą w prawidłowym rozwoju tej formy organizacyjnej i relacji z innymi podmiotami mającymi w statutowych zadaniach problematykę ochrony zdrowia,
 - 4) należy rozważyć, w jakim zakresie należy kontynuować finansowanie eksperymentu i jakie modyfikacje należy wprowadzić szczególnie w finansowaniu przedsięwzięć inwestycyjnych oraz wydatków administracyjnych,
 - 5) konieczne jest jasne stanowisko MZiOS odnośnie przyszłości konsorcjów zdrowia,
- to jednak nie podjęto nawet próby ich wykorzystania.

Z protokołu ustaleń Kierownictwa MZiOS z dnia 29 czerwca i 1 lipca 1995 r. wynika, iż po zapoznaniu się z tym raportem przyjęto kierunkowe ustalenia o utrzymaniu konsorcjów zdrowia pod warunkiem realizacji zadań mieszczących się w głównych kierunkach reformowania systemu opieki zdrowotnej i przybliżających do samodzielności publiczne ZOZ-y.

Z kolei w informacji (analizie) dot. realizacji przez MZiOS programów pomocy zagranicznej (Bank Światowy i PHARE) poza ogólnymi informacjami związanymi z dotychczasową realizacją umowy o kredyt oraz zmianą realizowanego Projektu – przedstawiono szczególnie deklaracje, iż „do końca 1997 r. pożyczka zostanie wykorzystana w całości (100 mln USD)”.

Działający w Biurze Dyrektora Generalnego Wydział Nadzoru i Kontroli w latach 1994–1996 przeprowadził łącznie 7 kontroli gospodarowania środkami budżetowymi w Biurze ds. ZPPwOZ oraz w 3 biurach konsorcjów zdrowia. Jedną z istotnych nieprawidłowości, jaką ujawniono w toku tych kontroli było finansowanie ze środków budżetowych biur konsorcjów zdrowia wydatków związanych z zakupami wyposażenia i remontami w publicznych ZOZ-ach. Nieprawidłowość tę wyeliminowano⁶⁴.

Z ustaleń kontroli wynika, że poza ww. działaniami brak jest w MZiOS innych udokumentowanych form nadzoru nad realizacją umowy o kredyt. Należy przy tym nadmienić, że problematyki tej nie poruszano już na posiedzeniach Kierownictwa MZiOS w latach 1996–1997.

W ocenie NIK zwraca uwagę fakt, że w zakresie nadzoru nad realizacją umowy o kredyt istotną rolę odgrywał Bank Światowy.

⁶⁴ Patrz – rozdział 2.2. i przypis 25.

W latach 1993–1997 przeprowadził 14 misji nadzorczych i kontrolnych (z reguły wielodniowych) i każdą z nich zakończono sporządzeniem notatki (aide memoire, memorandum), w której przedstawiano m.in. charakter misji, zakres ustaleń, opis dotychczasowych osiągnięć, problemów, zaleceń oraz osiągniętych porozumień dot. dalszych działań.

W dokumentach MZiOS oraz Biura ds. ZPPwOZ brak jest jednak informacji lub notatek ilustrujących zakres i sposób realizacji wniosków ww. misji Banku Światowego.

Z 14 notatek Banku Światowego:

- *6 przetłumaczono na język polski,*
- *z 6 sporządzono tłumaczenia robocze lub streszczenia, w tym streszczenia wykonane w toku kontroli w Biurze ds. ZPPwOZ,*
- *2 notatek w ogóle nie przetłumaczono i nie streszczono.*

Z analizy notatek Banku Światowego wynika, że zawarte w nich informacje wskazywały na istotne problemy związane z zaawansowaniem Projektu i Projektu II oraz jego wdrażaniem. Stanowiły niejako zachętę do wzmożenia nadzoru i kontroli ze strony MZiOS, a przede wszystkim inicjowały potrzebę działania.

W notatce z misji w dniach 6–13 czerwca 1994 r. stwierdzono, iż nadal możliwe jest osiągnięcie dalszych oszczędności rzędu przynajmniej 10 mln USD i że decyzja w tej sprawie zostaje oddalona o 12 miesięcy.

W notatce z misji w dniach 27–30 sierpnia 1996 r. stwierdzono, iż wizyta w konsorcjach zdrowia wykazała, że chociaż koncepcja konsorcjów zdrowia nie mogła być zrealizowana z powodu braku koniecznych podstaw legislacyjnych – to jednak ich kluczowe cele pozostały aktualne i wytyczają kierunek dalszej reformy.

Na tle podanych wyżej przykładów, a także wspomnianego wcześniej⁶⁵ przykładu dot. przekazywania sprzętu dla lekarzy rodzinnych bez podpisania kontraktów na świadczenie usług lekarza rodzinnego – z ustaleń kontroli wynika, że MZiOS do czasu zakończenia kontroli nie podjęło działań zmierzających m.in. do:

- 1) zmniejszenia wysokości kredytu do 90 mln USD,
- 2) zrealizowania koncepcji konsorcjów zdrowia,
- 3) zapewnienia przekazywania wyposażenia gabinetów lekarza rodzinnego zgodnie z przeznaczeniem.

⁶⁵ Patrz – rozdział 2.6. pkt 2.6.3.

Można zatem na tej podstawie stwierdzić, że zalecenia i uwagi misji nadzorczych i kontrolnych Banku Światowego zmierzające do racjonalnego wykorzystania kredytu nie były w sposób właściwy dyskutowane przez MZiOS.

III. PRZEBIEG POSTĘPOWANIA KONTROLNEGO I DZIAŁAŃ PODJĘTYCH PO ZAKOŃCZENIU KONTROLI

W związku z kontrolą, na mocy art. 29 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, w 38 przypadkach zasięgnięto informacji w jednostkach nie kontrolowanych. Na podstawie art. 51 ust. 4 ustawy o NIK w jednym przypadku poinformowano kierownika jednostki kontrolowanej o ustaleniach wskazujących na nieprawidłowości w działalności jednostki kontrolowanej. Stwierdzone nieprawidłowości wyeliminowano w toku kontroli.

Wszystkie protokoły sporządzone w wyniku postępowania kontrolnego zostały podpisane bez zastrzeżeń.

Wyniki kontroli zostały omówione na 13 naradach pokontrolnych oraz przedstawione wraz z ocenami, uwagami i wnioskami w 29 wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do kierowników jednostek skontrolowanych.

Adresaci wystąpień pokontrolnych nie zgłosili zastrzeżeń do ocen i uwag zawartych w wystąpieniach.

W wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do dyrektorów publicznych zakładów opieki zdrowotnej, rektora Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie oraz wojewodów, zawarto wnioski zmierzające do usunięcia ujawnionych w toku kontroli nieprawidłowości, a dotyczących zwłaszcza:

- przestrzegania obowiązujących przepisów prawnych, a zwłaszcza dot. Prawa budżetowego, rachunkowości i zamówień publicznych,
- pilnego zaewidencjonowania w publicznych ZOZ-ach aparatury medycznej i sprzętu,
- uzyskania brakujących świadectw dopuszczenia aparatury i sprzętu medycznego do stosowania w publicznych ZOZ-ach,
- przeanalizowania stanu aparatury medycznej i sprzętu pod względem przydatności i wykorzystania oraz podjęcia działań na rzecz ich właściwego zagospodarowania,
- wzmocnienia nadzoru nad właściwym wykorzystaniem aparatury medycznej i sprzętu ze strony wydziałów zdrowia (komórek równorzędnych) urzędów wojewódzkich.

W wystąpieniu pokontrolnym skierowanym w dniu 22 grudnia 1997 r. do Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej przedstawiono krytyczną ocenę realizacji umowy o kredyt, a we wnioskach wniesiono o podjęcie działań opisanych w części I rozdział 3.

Nadesłane dotychczas informacje o wykorzystaniu przez jednostki skontrolowane zawartych w wystąpieniach uwag i wniosków, wskazują na podejmowanie postulowanych działań, leżących w możliwościach tych jednostek. Dotyczy to w szczególności porządkowania ewidencji księgowej, uzyskiwania świadectw dopuszczenia aparatury i sprzętu medycznego do stosowania w publicznych zoz-ach oraz właściwego zagospodarowania aparatury medycznej i sprzętu.

Z informacji dyrektora Biura ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia wynika, że wydała odpowiednie polecenia zmierzające do realizacji uwag i wniosków pokontrolnych NIK, leżących w granicach kompetencji Biura oraz, że w grudniu 1997 r. złożyła rezygnację ze stanowiska dyrektora Biura ds. ZPPwOZ.

Z informacji Ministra ZiOS Pana Wojciecha Maksymowicza wynika, że w celu zapobieżenia wskazanym przez NIK zaniedbaniom i niedociągnięciom zamierza do końca I kwartału 1998 r. m.in.:

- dokonać analizy i oceny części realizowanego dotychczas Projektu oraz uzyskanych efektów,
- dokonać aktualizacji treści i ew. terminu zakończenia realizowanego Projektu,
- wystąpić do Rady Ministrów o dokonanie stosownych zmian i uzupełnień uchwały Nr 42/92 z dnia 22 kwietnia 1992 r.

Dyrektor Departamentu
Zdrowia i Kultury Fizycznej

Akceptuję:

WICEPREZES

dr Dorota SAFJAN

NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI

Piotr KOWNACKI

Warszawa, 1998.04.**28**

Zatwierdzam:

P R E Z E S

NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI

Janusz WOJCIECHOWSKI

Warszawa, 1998.04.**30**