

Nr ewid. 184/1999/P/1998/129/DZK

SPIS TREŚCI

| | |
|---|-----------|
| I. CZĘŚĆ OGÓLNA | 2 |
| 1. CHARAKTERYSTYKA KONTROLI | 2 |
| 1.1. OZNACZENIE KONTROLI | 2 |
| 1.2. CEL KONTROLI | 2 |
| 1.3. ZAKRES PODMIOTOWY I PRZEDMIOTOWY ORAZ TERMIN PRZEPROWADZENIA KONTROLI | 2 |
| 1.3. TEMATYKA KONTROLI | 2 |
| 2. OCENA KONTROLOWANEJ DZIAŁALNOŚCI I SYNTEZA USTALEŃ KONTROLI | 3 |
| II. CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA | 11 |
| 1. CHARAKTERYSTYKA STANU PRAWNEGO W ZAKRESIE KONTROLOWANEJ DZIAŁALNOŚCI | 11 |
| 2. ISTOTNE USTALENIA KONTROLI | 18 |
| 2.1. W MINISTERSTWIE ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ | 18 |
| 2.2. W ORGANACH ZAŁOŻYCIELSKICH I SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ | 24 |
| 2.2.1. Działania dla usamodzielnienia publicznych zakładów opieki zdrowotnej | 24 |
| 2.2.2. Umowy o przekazywanie środków publicznych. | 27 |
| 2.2.3. Rachunkowość samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. | 33 |
| 2.2.4. Formy wyposażenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w majątek trwały i sposób gospodarowania tym majątkiem. | 34 |
| 2.2.5. Sprawowanie nadzoru nad działalnością samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez ich organy założycielskie. | 37 |
| 2.2.6. Celowość wykorzystywania dotacji budżetowych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. | 39 |
| 2.2.7. Rejestracja usług medycznych. | 41 |
| 2.2.8. Kontrakty o zarządzanie samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej. | 43 |
| 2.2.9. Zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. | 48 |
| 2.2.10. Wpływ usamodzielnienia publicznych zakładów opieki zdrowotnej na wielkość zatrudnienia i średniej płacy. | 52 |
| III. OPIS POSTĘPOWANIA KONTROLNEGO | 54 |

I. CZĘŚĆ OGÓLNA

1. Charakterystyka kontroli

1.1. Oznaczenie kontroli

Tworzenie i funkcjonowanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Nr P/98/129).

Kontrola została podjęta z inicjatywy Najwyższej Izby Kontroli.

Istnienie samodzielnych, publicznych zoz, przewidywała ustawa o zakładach opieki zdrowotnej¹, już w pierwotnym jej brzmieniu. Jednakże do 1996 r. ta forma działania i finansowania zakładów nie była praktycznie stosowana.

Wymogiem wprowadzanej od 1 stycznia 1999 r. reformy systemu ochrony zdrowia było, aby wszystkie publiczne zoz zostały do tego czasu przekształcone w samodzielne publiczne zoz. Tylko jednostki posiadające osobowość prawną mogą zawierać umowy z płatnikami (kasami ubezpieczeniowymi) i mieć na tej podstawie refundowane koszty wykonanych świadczeń zdrowotnych.

Problematyka przekształceń i funkcjonowania samodzielnych publicznych zoz nie była dotychczas badana przez Najwyższą Izbę Kontroli.

1.2. Cel kontroli

Celem kontroli była ocena działań Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, organów administracji rządowej lub samorządowej tworzących publiczne zoz oraz samych zakładów, w celu ich przekształcenia z jednostek lub zakładów budżetowych, w zakłady samodzielne, pokrywające koszty działalności i zobowiązań z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów, a także ocena legalności dokonywanych przekształceń i stosowanych w praktyce zasad finansowania zakładów samodzielnych.

1.3. Zakres podmiotowy i przedmiotowy oraz termin przeprowadzenia kontroli

Badania kontrolne trwały od 15 września 1998 r. do 15 lutego 1999 r. Uczestniczyły w nich wszystkie delegatury NIK oraz Departament Zdrowia i Kultury Fizycznej. Kontrolę przeprowadzono łącznie w 123 jednostkach, tj. w: Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, 37 urzędach wojewódzkich, 3 urzędach miejskich, 82 samodzielnych publicznych zoz.

Kontrolą objęto głównie działania, podejmowane przez jednostki kontrolowane w latach 1996 - 1998 (wykaz skontrolowanych jednostek stanowi zał. Nr 1 do Informacji).

1.3. Tematyka kontroli

W **Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej** dotyczyła działań dla intensyfikacji reform w służbie zdrowia, w tym przekształceń publicznych zoz z jednostek i zakładów budżetowych w samodzielne publiczne zoz.

W **organach założycielskich zoz** obejmowała działania tych organów dla usamodzielnienia podległych im zakładów, zasady finansowania zakładów, które uzyskały osobowość prawną, w tym przeciwdziałanie ich zadłużaniu się oraz formy i skuteczność nadzoru sprawowanego przez te organy nad działalnością i wykorzystaniem środków publicznych przez samodzielne zoz. Zbadano również stosowane formy zarządzania samodzielnymi publicznymi zoz, na podstawie tzw. kontraktów menedżerskich, zawieranych przez wojewodów.

W **samodzielnych publicznych zoz** badano ich przygotowanie do funkcjonowania w warunkach samodzielności finansowej, a także inicjatywy i działania podejmowane w tym celu, w szczególności dla zrównoważenia wydatków z uzyskiwanymi przychodami. Badano także sposób wykorzystania dotacji z celowych rezerw budżetu centralnego a także podjęto próbę wstępnej oceny zmian w stosunku do okresu przed przekształceniem, w szczególności w zakresie kształtowania się zatrudnienia i płac.

2. Ocena kontrolowanej działalności i synteza ustaleń kontroli

Najwyższa Izba Kontroli krytycznie ocenia stan przygotowania publicznych zoz do prowadzenia statutowej działalności w warunkach, jakie powstały z dniem 1 stycznia 1999 r. w wyniku reformy ubezpieczeń zdrowotnych. Podkreślić należy zwłaszcza nie przygotowanie zakładów do funkcjonowania w

¹ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej - Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm., zwana dalej „ustawą o zakładach opieki zdrowotnej” lub „ustawą o zoz”.

warunkach samodzielności finansowej, mimo podstaw prawnych dla usamodzielniania publicznych zoz, jakie stworzyła - od 1991 r. - ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Wynika stąd, że przewidziany przez ustawodawcę dość długi czas na przekształcenie zakładów - z jednostek budżetowych w zakłady samodzielne - nie został należycie wykorzystany. Procesu reform systemowych nie przyspieszyło również, w znaczący sposób, przeznaczenie przez Państwo na ten cel - w latach 1996-1998 - znacznych środków z rezerw celowych (w wysokości ponad 600 mln zł).

Trudności, na jakie napotkała reforma systemu ubezpieczeń zdrowotnych w początkowym okresie jej wdrażania w 1999 r., były - w ocenie NIK - w znacznym stopniu konsekwencją wieloletnich zaniedbań, przede wszystkim ze strony Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej oraz wojewodów, ponoszących konstytucyjną odpowiedzialność za stan, dostępność i organizację ochrony zdrowia obywateli.

Ocenę tę uzasadniają następujące ustalenia kontroli:

- Brak generalnej koncepcji co do sposobu wykorzystania środków z budżetu państwa, przeznaczonych na wsparcie procesu reform, czego konsekwencją było niskie tempo przekształceń systemowych, w okresie poprzedzającym wprowadzenie reformy. Okres ten nie został wykorzystany dla wprowadzenia zmian w organizacji i strukturze ochrony zdrowia, niezbędnych dla zrównoważenia potrzeb finansowych zakładów samodzielnych, z realnymi możliwościami pozyskania przez nie środków finansowych.
- Ograniczenie przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej uprawnień i roli wojewodów w programowaniu niezbędnych zmian w ochronie zdrowia, poprzez przypisanie sobie prawa do decydowania o rozmiarach dotacji z rezerw celowych budżetu dla poszczególnych zakładów, a nawet osób fizycznych, przy biernej postawie wojewodów.
- Niezajęcie przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej konsekwentnego stanowiska w sprawie zadłużenia zoz, działających w formie jednostek budżetowych. Podejmowane akcje oddłużania tych zakładów nie tylko nie zahamowały narastania zobowiązań, ale wręcz przeciwnie - sankcjonowały powszechną w zoz tendencję do zaciągania zobowiązań, nie mających pokrycia w ich planach finansowych.
- Osłabienie zainteresowania wojewodów usamodzielnianiem zakładów zadłużonych, z uwagi na obowiązek przejmowania przez nich, jako reprezentantów Skarbu Państwa, zobowiązań finansowych zakładów uzyskujących osobowość prawną. Systematyczny wzrost zobowiązań wymagalnych w zakładach działających jako jednostki budżetowe, w sposób istotny hamował więc tempo ich usamodzielniania, które do czasu wejścia w życie w dniu 5 grudnia 1997 r. nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, miało charakter fakultatywny i było uwarunkowane przeprowadzeniem przez organ założycielski m.in. oceny kondycji finansowej zakładu. Z tych samych względów tempo przekształceń nie zwiększyło się radykalnie również po dniu 4 grudnia 1997 r., mimo że usamodzielnienie zakładów nabrało charakteru obligatoryjnego i stanowiło wymóg formalny warunkujący wdrożenie zasad reformy.
- Nieprzelamanie zasadniczej wady dotychczasowego systemu finansowania służby zdrowia, charakteryzującej się finansowaniem zasobów, a nie rzeczywistych kosztów udzielanych świadczeń zdrowotnych. Umowy o świadczenie usług zdrowotnych osobom ubezpieczonym, zawierane przez wojewodów z samodzielnymi zoz, niekiedy z wielomiesięcznym opóźnieniem w stosunku do uzyskania przez nie osobowości prawnej, na ogół tylko w sposób formalny zmieniały dotychczasowy system finansowania tych zakładów jako jednostek budżetowych. Nie ulegała bowiem zmianie ani wysokość środków przekazywanych zakładom, ani też nie była ona wynikiem rzeczowej kalkulacji potrzeb dla określonego zakresu świadczeń.
- Niedokonywanie odpisów amortyzacyjnych w ciężar kosztów działalności zakładów, czemu sprzyjały niejasne zasady korzystania przez te zakłady z wydzielonego dla nich majątku oraz nieuwzględnianie tej sytuacji w przepisach o amortyzacji środków trwałych. Należy to ocenić jako zjawisko szczególnie groźne w dalszej perspektywie funkcjonowania zakładów samodzielnych, nie pozwalające na odtworzenie - z własnych środków - zużywającego się majątku trwałego.
- Niezrealizowanie przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej upoważnień do wydania szeregu aktów wykonawczych do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, w zakresie dotyczącym organizacji i funkcjonowania rejestrów usług medycznych, a ponadto podjęcie - w czerwcu 1998 r. - decyzji o zmianie koncepcji technicznego sposobu rejestracji tych usług, co w konsekwencji powstrzymało całkowicie lub częściowo prace wdrożeniowe systemu rejestracji usług medycznych, prowadzone przez wojewodów.
- Wykorzystanie przez 34 wojewodów - obarczonych poważnymi błędami formalnoprawnymi - wytycznych Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, do zawarcia w 1998 r. z kierownikami 259 samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej, umów cywilnoprawnych o zarządzanie tymi zakładami (tzw. kontraktów menedżerskich), w znacznej ich części na wyjątkowo korzystnych dla tych kierowników warunkach finansowych. W umowach zagwarantowano kierownikom zakładów samodzielnych wynagrodzenie dochodzące, w skrajnych przypadkach, do 16-krotnej średniej płacy krajowej, nie licząc prawa do premii i prowizji. Kierownikom tym przyznano atrakcyjne pakiety zabezpieczeń socjalnych, z

ograniczeniem, w wielu przypadkach, ich odpowiedzialności za szkody wyrządzone, nawet z winy umyślnej, do trzymiesięcznego wynagrodzenia. W umowach nie określono natomiast ani celu, którego realizacji powinna być podporządkowana działalność kierownika zakładu, ani sposobu rozliczania go z wykonania zadań. W szeregu przypadków wojewodowie powołali na menedżerów dotychczasowych kierowników zakładów, zadłużonych przed ich przekształceniem, co budziło uzasadnione wątpliwości odnośnie realnych możliwości wykonywania przez nich zadań w zreformowanym systemie ochrony zdrowia.

Skutkiem usamodzielnienia zakładów, dokonanego bez ich uprzedniego organizacyjnego i strukturalnego przygotowania, było utrzymanie się tendencji do zaciągania zobowiązań nie mających pokrycia w uzyskiwanych dochodach, grożących - w bliskiej perspektywie - upadłością niektórych zakładów, połączoną z koniecznością pokrycia ich zadłużenia przez jednostki samorządu terytorialnego, które z dniem 1 stycznia 1999 r. przejęły funkcje ich organów założycielskich.

W wyniku kontroli ustalono co następuje:

2.1. Brak aktywności, w zakresie przygotowania się do prowadzenia działalności w warunkach samodzielności finansowej, w pierwszej połowie lat 90., zarówno zakładów opieki zdrowotnej, jak i ich organów założycielskich, był spowodowany niewykonaniem do 1995 r. przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej delegacji art. 54 ust. 2, ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, dotyczącej określenia warunków, na jakich następuje przekazanie środków publicznych zakładom samodzielnym oraz sposobu kontroli wykorzystania tych środków² (*szczególty str. 28*).

2.2. Na przekształcenia systemowe w ochronie zdrowia, głównie na przyspieszenie usamodzielniania publicznych zoz, co warunkowało wejście w życie reformy systemu ubezpieczeń zdrowotnych, w latach 1996-1998 zostały przeznaczone środki z rezerw budżetowych w wysokości 604 mln zł. Stwierdzono, że określone w ustawach budżetowych przeznaczenie rezerw było interpretowane przede wszystkim, jako restrukturyzacja zadłużenia zakładów usamodzielnianych.

W ustawie budżetowej na 1998 r. przewidziano dodatkowo rezerwę w wysokości 150 mln zł - na dofinansowanie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zawieranych przez wojewodów w trybie art. 35 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej nie zapewnił warunków organizacyjnych do należytego merytorycznego rozpatrzenia wniosków, kierowanych do Ministerstwa w sprawie przyznania środków z rezerw. Wnioskując do Ministra Finansów o podział tych rezerw przypisał sobie, bez wymaganych ku temu upoważnień ustawowych, prawo do określania kwoty dotacji nie tylko dla poszczególnych województw, lecz również dla konkretnych zakładów opieki zdrowotnej, a nawet osób fizycznych.

Tym samym Minister Zdrowia i Opieki Społecznej wkroczył, w sposób nieuprawniony i niecelowy, w kompetencje wojewodów, ustawowo zobowiązanych do zapewnienia odpowiedniego poziomu usług zdrowotnych, a w związku z tym uprawnionych do dysponowania środkami przewidzianymi na ten cel w budżecie państwa³ (*szczególty str. 31 i dalsze*).

2.3. Wojewodowie nie wypełnili ustawowo przypisanej im aktywnej roli w inicjowaniu, programowaniu i motywowaniu zmian w strukturze i organizacji służby zdrowia, dostosowujących zakłady do funkcjonowania w warunkach samodzielności finansowej. Ich udział został w zasadzie sprowadzony do funkcji pośrednika między poszczególnymi zakładami i Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej.

Tymczasem zaprogramowania radykalnych zmian strukturalnych w ochronie zdrowia, dostosowujących podaż usług zdrowotnych na danym terenie do zapotrzebowania, wspartych środkami wspomnianych rezerw budżetowych, można było i należało oczekiwać jedynie od wojewodów, odpowiedzialnych za zapewnienie mieszkańcom zadowalającego poziomu świadczeń zdrowotnych (*szczególty str. 36 i dalsze*).

Oczekiwanego zaktywizowania procesu usamodzielniania publicznych zoz nie spowodował także scentralizowany sposób dystrybucji rezerw celowych. Wskazuje na to niewielka liczba zakładów, które zostały usamodzielnione do dnia 4 grudnia 1997 r., tj. w okresie, w którym decyzje te miały charakter fakultatywny i wskazywały na stopień przygotowania jednostek służby zdrowia do prowadzenia samodzielnej gospodarki finansowej (*szczególty str. 36*).

² Porównaj zarządzenie 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 wykorzystania - M.P. Nr 29, poz. 341. Zarządzenie utraciło częściowo podstawę prawną z dniem 5 grudnia 1997 r., i zgodnie z art. 23 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw, o której mowa w przypisie 8, obowiązywało, ze zmianami wynikającymi z tej ustawy, do 5 czerwca 1998 r.

³ Zgodnie z art. 6 ust. 1 i art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 5 stycznia 1991 r. Prawo budżetowe - Dz. U. z 1993 r. Nr 72, poz. 344 ze zm., obowiązującej do dnia 31 grudnia 1998 r., wojewodowie dysponowali wydatkami zaplanowanymi w ich częściach.

2.4. Z ustaleń kontroli, którą objęto 37 wojewodów, którzy na dzień zakończenia kontroli pełnili funkcję organu założycielskiego dla 683⁴ zakładów opieki zdrowotnej wynika, że według stanu na koniec września 1998 r. stanowiło to 82% utworzonych i utrzymywanych przez nich zakładów. Z tej liczby, do dnia 4 grudnia 1997 r., tj. do dnia wejścia w życie znowelizowanej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zostało przekształconych i uzyskało osobowość prawną 131 zakładów (około 19%).

Tylko w dwóch z kontrolowanych województw⁵ zostały usamodzielnione, w tym czasie, wszystkie zoz. W 10 województwach nie przekształcono żadnego⁶, natomiast w 10 następnych, osobowość prawną uzyskały w omawianym okresie 1 - 2 zakłady.

Stwierdzono, że spośród 37 urzędów wojewódzkich objętych kontrolą tylko w 10 został zachowany wymóg określony w art. 51 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej⁷, obligujący organy założycielskie do podejmowania decyzji zezwalających na usamodzielnienie publicznych zoz dopiero po przeprowadzeniu analiz dotyczących zakresu i charakteru działalności zakładu, w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych określonej grupy ludności oraz możliwości pozyskania przez zakład dodatkowych środków finansowych, bez ograniczania praw ludności do bezpłatnych świadczeń medycznych (*szczególty str. 36-38*).

2.5. Z dniem 5 grudnia 1997 r. weszła w życie nowelizacja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej⁸, która radykalnie zmieniła charakter przekształceń publicznych zoz w zakłady samodzielne. W miejsce możliwości takiego przekształcenia, jaką stwarzał art. 49 pkt 2 ustawy przed jej nowelizacją, wprowadzony został przepis art. 35b ust. 1, nakazujący prowadzenie zoz w formie zakładów samodzielnych. Zmiana ta nie spowodowała jednak istotnego zaktywizowania działań ani Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej ani wojewodów, dla dostosowania formy działania publicznych zoz do powyższych wymagań ustawowych. Przyspieszenie przekształceń nastąpiło dopiero w końcu 1998 r.

Do czasu zakończenia kontroli w urzędach wojewódzkich⁹, z 683 zakładów będących zadaniami kontrolowanych wojewodów, usamodzielniono tylko 361, to znaczy 52,8%. Znaczna część z pozostałych zakładów osobowość prawną uzyskała dopiero z dniem 1 stycznia 1999 r.¹⁰

Mimo iż po dniu 4 grudnia 1997 r.¹¹ znaczna część zakładów funkcjonowała nadal jako jednostki budżetowe, wojewodowie nie wydawali dla nich decyzji, wymaganych w art. 35c ust. 1 znowelizowanej ustawy, w przypadku gdy prowadzenie zakładu w formie samodzielnego publicznego zoz było niecelowe lub przedwczesne (*szczególty str. 39*).

2.6. Ze wspomnianych wyżej 361 samodzielnich publicznych zoz, 80 nie zawarło umów z wojewodami o przekazanie środków publicznych, i były one praktycznie do końca 1998 r. finansowane jak jednostki budżetowe. Wynika stąd, że z 683 zakładów nadzorowanych przez wojewodów objętych kontrolą - 402 zakłady (około 60%) nie zostały przygotowane do prowadzenia samodzielnego działalności finansowej, przed wejściem w życie, z dniem 1 stycznia 1999 r., ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym¹².

Należy również podkreślić, że z 281 samodzielnich publicznych zoz, które zawarły w 1998 r. umowy z wojewodami o finansowanie świadczeń zdrowotnych, 39 zakładów zawarło te umowy dopiero po upływie ponad 3 miesięcy od czasu uzyskania osobowości prawnej. Stan taki stwierdzono w 15 spośród 37 kontrolowanych województw. Łącznie 80 zakładów samodzielnych, posiadających osobowość prawną było finansowanych jak jednostki budżetowe, naruszając przepisy art. 55 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

⁴ Liczba ta nie jest ostateczną liczbą samodzielnych publicznych zoz, utworzonych w wyniku ich usamodzielnienia, ponieważ równoległe z procesami przekształceń, były podejmowane przez wojewodów decyzje o łączeniu lub podziale poszczególnych zakładów.

⁵ Dotyczy byłych województw koszalińskiego i słupskiego.

⁶ Dotyczy byłych województw: białkopodlaskiego, chełmskiego, ciechanowskiego, leszczyńskiego, nowosądeckiego, ostrołęckiego, tarnobrzeckiego, wałbrzyskiego, zamojskiego i zielonogórskiego.

⁷ W brzmieniu obowiązującym do dnia 4 grudnia 1997 r.

⁸ Porównaj ustawę z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw - Dz. U. Nr 104, poz. 661 ze zm.

⁹ Kontrolę poszczególnych urzędów wojewódzkich zakończono w okresie od 15 października 1998 r. do 15 stycznia 1999 r.

¹⁰ Z Informacji na temat stanu zaawansowania przekształceń zakładów opieki zdrowotnej - do 4 stycznia 1999 r., opracowanej przez Departament Przekształceń Systemowych MZiOS wynika, że na koniec 1998 r. osobowość prawną uzyskało 1.121 zakładów, tj. 77% wszystkich działających w tym czasie, przy czym tylko w 15 województwach osobowość prawną uzyskały w tym czasie wszystkie publiczne zoz.

¹¹ Zobacz ustawę, o której mowa w przypisie 3.

¹² Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym - Dz. U. Nr 28, poz. 153 i Nr 75, poz. 468.

Z 82 zakładów objętych kontrolą umowy zawarło 71, z których 17 zawarło je w okresie od 3 do 10 miesięcy po uzyskaniu osobowości prawnej. Z 11 zakładów, które do czasu kontroli nie zawarły umów, 4 uzyskały osobowość prawną w 1997 r., a jeden w 1996 r. (*szczegóły str. 40 - 42*).

2.7. Tryb w jakim były zawierane umowy z wojewodami, a także ich treść nie odpowiadały obowiązującym warunkom.¹³

Wymaga jednak podkreślenia, że Minister Zdrowia i Opieki Społecznej do końca 1998 r. nie wykonał ustawowej delegacji,¹⁴ dotyczącej określenia warunków, na jakich następuje przekazanie środków publicznych do samodzielnych publicznych zoz. Zarządzenie w tej sprawie obowiązujące od 1995 r. utraciło moc w wyniku wejścia w życie w grudniu 1997 r. zmiany ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Upoważnienie ustawowe, o którym mowa, zostało zrealizowane dopiero w dniu 31 grudnia 1998 r., tj. w czasie, kiedy miało to już znaczenie marginalne, ponieważ wydane na jej podstawie rozporządzenie¹⁵ nie ma zastosowania do umów zawieranych przez samodzielne publiczne zoz z kasami chorych.

Z 37 wojewodów, objętych kontrolą, 19 podpisywało wzmiankowane umowy z samodzielnymi zakładami, jako zleceniobiorcami, nie wymagając od nich niezbędnych dokumentów planistycznych, opracowań programowych i informacji o stanie i działalności zakładów. W 12 województwach zawarte umowy, z punktu widzenia ujętej w nich liczby świadczeń, jednostkowych kosztów świadczeń i globalnego kosztu udzielanych świadczeń, nie były zgodne z odpowiednimi wielkościami, zawartymi w planach rzeczowo finansowych opracowanych przez zakłady, a były ustalane w zależności od kwoty środków budżetowych, przeznaczonych przez wojewodę na finansowanie ochrony zdrowia, na zasadach analogicznych jak dla zakładów działających jako jednostki budżetowe (*szczegóły str. 41 i dalsze*).

2.8. Umowy podpisane przez 10 wojewodów, nie zawierały obligatoryjnych regulacji, dotyczących między innymi ustalenia rodzaju i liczby zadań objętych umową i stałym monitorowaniem, a także ilościowych i jakościowych wskaźników wykonania umowy. Nie ustalano sankcji finansowych dla zleceniodawców, z tytułu nieterminowego przekazywania środków finansowych, a także dla zleceniobiorców, w przypadku niewłaściwego wykonania umowy lub wykorzystania otrzymanych środków na cele niezgodne z umową (*szczegóły str. 43*).

2.9. W 20 spośród 71 umów, zawartych z kontrolowanymi samodzielnymi publicznymi zoz, stwierdzono brak postanowień dotyczących zakazu przenoszenia praw i obowiązków zleceniobiorcy na osoby trzecie, względnie odmienne uregulowanie tej sprawy, niż to wynikało z obowiązującego zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej¹⁶.

Możliwość zlecenia, za zgodą organu założycielskiego, wykonania zadań objętych umową, innym podmiotom została w praktyce wykorzystana do zawierania umów o świadczenie usług, przewidzianych w statutach zoz innym jednostkom, w szczególności zakładom niepublicznym oraz osobom uprawnionym do wykonywania zawodów medycznych. Jako podstawę do zawierania takich umów - zleceń, kierownicy samodzielnych publicznych zoz, działając na podstawie upoważnień lub pełnomocnictw udzielonych przez wojewodów, wykorzystywali przepisy art. 35 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Umowy takie zawierane były jednak z naruszeniem obowiązującego prawa, ponieważ art. 35 ust. 1 pkt 2 i pkt 3 powołanej ustawy stanowi, iż umowy tego typu mogą być zawarte z osobami: wykonującymi zawód medyczny, na podstawie uzyskanego zezwolenia i po uzyskaniu wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich,¹⁷ posiadającymi odpowiednie kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, które dysponują lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, odpowiadającymi wymaganiom przewidzianym dla zoz.

W praktyce warunki te były na ogół zapewniane przez zakład opieki zdrowotnej, który udostępniał, osobom z którymi podpisano umowy o udzielanie świadczeń medycznych (w większości przypadków będącym pracownikami zakładu, korzystającymi z urlopów bezpłatnych), odpowiednie pomieszczenia wraz z wyposażeniem, w drodze najmu lub do nieodpłatnego użyczenia (*szczegóły str. 44-46*).

Praktyka ta - w ocenie NIK - stanowiła wypaczenie ratio legis art. 35 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, który dopuszczał zlecenie przez wojewodów niepublicznym zoz i osobom uprawnionym do wykonywania

¹³ Do dnia 5 czerwca 1998 r. obowiązywały warunki, określone w zarządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, o którym mowa w przypisie 2.

¹⁴ Delegacja wynikająca z art. 54 ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, o której mowa w przypisie 1, w brzmieniu obowiązującym od 5 grudnia 1997 r.

¹⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 grudnia 1998 r. w sprawie warunków i trybu przekazywania samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej środków publicznych oraz sposobu kontroli ich wykorzystania - Dz. U. Nr 166, poz. 1266.

¹⁶ Zgodnie z § 10 zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, o którym mowa w przypisie 2, prawa i obowiązki stron nie mogły być przenoszone na osoby trzecie, chyba że strony wyraziły na to zgodę w umowie.

¹⁷ Zgodnie z art. 50 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 9 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza - Dz. U. Nr 28, poz. 152 ze zm.

zawodów medycznych, świadczenia usług zdrowotnych, w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jako uzupełnienie, a nie zastępowanie zakresu świadczeń oferowanego przez publiczną służbę zdrowia. Praktyka ta uległa znacznemu zintensyfikowaniu w 1998 r., w wyniku utworzenia celowej rezerwy budżetowej na dofinansowanie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w kwocie 150 mln zł (*szczegóły str. 35-36 oraz 44-46*).

2.10. Znaczna część zakładów (27 spośród 81 objętych kontrolą), które zostały usamodzielnione na mocy zarządzeń wojewodów, a następnie uzyskały osobowość prawną, w rzeczywistości nie przygotowały się do prowadzenia samodzielnej gospodarki finansowej. Dotyczy to zwłaszcza obowiązków wynikających z ustawy o rachunkowości.¹⁸ Nie wprowadziły one bowiem wymaganych form ewidencji księgowej, nie ustanowiły zakładowego planu kont oraz nie sporządziły kalkulacji kosztów i rachunku wyników (*szczegóły str. 47 - 48*).

2.11. Stwierdzono także, że 24 samodzielne publiczne zoz albo w ogóle nie uwzględniły w kosztach działalności odpisów amortyzacyjnych, albo sposób naliczania i przeznaczania tych odpisów budził wątpliwości, co do realnych możliwości odtworzenia tą drogą użytkowanego majątku trwałego.

Problem ten zbadano w 22 urzędach wojewódzkich stwierdzając, że połowa z nich nie egzekwowała dokonywania przez podległe samodzielne zakłady odpisów amortyzacyjnych i tworzenia przez te zakłady funduszy amortyzacyjnych, umożliwiających odtworzenie eksploatowanego majątku.

Stan ten stwarza realne niebezpieczeństwo dla jednostek samorządowych, będących organami założycielskimi samodzielnych publicznych zoz. Za kilka lat będą one zmuszone do poniesienia pełnych kosztów odtworzenia majątku, przekazanego w użytkowanie tym zakładom.

Zaniechania lub nieprawidłowości w naliczaniu odpisów amortyzacyjnych i zasilaniu nimi funduszu zakładu samodzielnego publicznego zoz¹⁹ pozostawały w związku z niejasnymi zasadami korzystania przez zoz z wydzielonego dla nich majątku Skarbu Państwa lub komunalnego oraz z nieuwzględnieniem tej szczególnej sytuacji w przepisach dotyczących amortyzacji środków trwałych.

Formę prawną wyposażenia samodzielnych publicznych zoz w mienie Skarbu Państwa lub komunalne zbadano w 57 kontrolowanych zakładach. Ustalono, że zarządzenia wojewodów o przekształceniu 31 zakładów objętych kontrolą, nie określały formy wyposażenia samodzielnych publicznych zoz w majątek trwały. Wymóg ten wynika z art. 53 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 51 ustawy o gospodarce nieruchomościami.²⁰ (*szczegóły str. 49-50*).

2.12. Część majątku trwałego przekazanego w użytkowanie kontrolowanym samodzielnym publicznym zoz była przez nie udostępniana, w drodze najmu lub dzierżawy, innym podmiotom. Stwierdzono, że w 17 zakładach czynności prawne podejmowane w tym zakresie w 1998 r. nie były poprzedzane uzyskaniem zgody organu założycielskiego. W świetle przepisu art. 53 ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej²¹ dawało podstawy do uznania, że czynności te były z mocy prawa nieważne (*szczegóły str. 50-52*).

2.13. Wojewodowie nie zapewnili rzetelnego nadzoru nad sposobem udzielania świadczeń zdrowotnych, w zakresie określonym w zawartych umowach, a także nie sprawdzali prawidłowości wydatkowania przez zakłady samodzielne przekazywanych im, na podstawie tych umów, środków publicznych. Obowiązek ten nałożyły na wojewodów przepisy § 12 zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 18 maja 1995 r.²² Nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono w 26 skontrolowanych urzędach wojewódzkich..

Akceptacja rozliczeń przedkładanych przez zakłady samodzielne z wykonania zawartych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, następowała bez należytej oceny stopnia realizacji zadań rzeczowych, a także przyjmowanych do rozliczeń kosztów jednostkowych, w stosunku do odpowiednich wielkości określonych w umowach. Stwierdzono, że jedynie w województwie białkopodlaskim, w którym w lipcu 1998 r. zakończono proces wdrażania systemu rejestracji usług medycznych, rozliczenie umów dokonywane było na podstawie danych o wielkości rzeczywiście udzielonych i zarejestrowanych świadczeń (*szczegóły str. 52 i dalsze oraz str. 59*).

2.14. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej nie wykonał delegacji, zawartej w art. 32e ust. 9 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zobowiązującej go do określenia, w porozumieniu z Ministrami Obrony Narodowej, Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Transportu i Gospodarki Morskiej, m.in. szczegółowych zasad i trybu rejestracji usług medycznych, wzoru książeczki usług medycznych i kuponu wolnego, sposobu ich wydawania i posługiwania się nimi, wykazu usług medycznych podlegających rejestrowaniu i ich kodów rejestrowych. W konsekwencji nie został wykonany obowiązek rejestrowania udzielanych usług medycznych, nałożony z dniem 5 grudnia 1997 r. na publiczne zoz oraz podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, na zasadach

¹⁸ Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości - Dz. U. Nr 121, poz. 591 ze zm.

¹⁹ Zobacz art. 58 ust. 1 pkt 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, o której mowa w przypisie 1.

²⁰ Ustawa z dnia 21 sierpnia 1997 r. o gospodarce nieruchomościami - Dz. U. Nr 115, poz. 741 ze zm. Obowiązuje od 1 stycznia 1998 r.

²¹ Przepis wszedł w życie 5 grudnia 1997 r., na mocy art. 1 pkt 66 ustawy, o której mowa w przypisie 8.

²² Zobacz przypis 2.

określonych w art. 35 i 35a tej ustawy, zgodnie z postanowieniem art. 32e ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Nie realizując wspomnianych delegacji ustawowych, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej wystąpił z roboczą inicjatywą zmiany sposobu rejestracji usług medycznych, z systemu rejestracji przy użyciu książeczek usług medycznych²³, na system elektronicznego rejestrowania, przetwarzania i przekazywania informacji o usługach medycznych, przy użyciu indywidualnych kart elektronicznych, opatrzony roboczą nazwą „START”. W związku z powyższym, w czerwcu 1998 r. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej wystąpił do wojewodów o zatrzymanie procesu wdrażania systemu opartego na książeczkach wszędzie tam, gdzie nie zgromadzono jeszcze kompletu urządzeń i materiałów niezbędnych dla jego uruchomienia.

Powyższe działania, a także zaniechania Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, spowodowały trudne do oszacowania opóźnienia w praktycznym rozpoczęciu rejestracji usług medycznych. Były one także bezpośrednią przyczyną niewykonania art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej²⁴. Zobowiązał on Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej oraz wojewodów do utworzenia, najpóźniej do dnia 31 grudnia 1998 r., rejestrów usług medycznych, o których mowa w art. 32e znowelizowanej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Spowodowały też brak możliwości wykonania postanowień art. 16 ust. 2 tej ustawy, zobowiązujących kasy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego do przejęcia, z dniem 1 stycznia 1999 r., zadań związanych z prowadzeniem rejestrów usług medycznych. Z ustaleń kontroli wynika, że z 37 urzędów wojewódzkich objętych kontrolą, w 21 do końca 1998 r. nie zakończono procesu wdrożenia systemu rejestracji usług medycznych (*szczegóły str. 32-33 i 56-59*).

2.15. Do końca 1998 r. nie zostały także zrealizowane przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej inne upoważnienia do wydania aktów wykonawczych do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, dotyczące tworzenia warunków dla wprowadzania reform systemu ochrony zdrowia²⁵. Obowiązek wykonania tych delegacji powstał z dniem wejścia w życie powołanej ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r., to jest w dniu 5 grudnia 1997 r. (*szczegóły str. 33-34*).

2.16. Wychodząc poza zakres spraw, należących do właściwości Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, Ministerstwo podjęło w 1998 r. inicjatywę wykreowania nowej formy stosunków zatrudnienia, nawiązywanych między organami założycielskimi samodzielnych publicznych zoz, a kierownikami tych zakładów, na podstawie umów cywilnoprawnych.²⁶ W ramach tej inicjatywy Ministerstwo przesłało wojewodom - w maju 1998 r. - do wykorzystania wzór umowy o zarządzanie publicznym zoz, który zawierał rażące błędy formalnoprawne. Wzór ten ponadto proponował szczególnie korzystny dla kierowników zakładów poziom wynagrodzenia (dziesięciokrotną średnią płacę krajową) oraz niemożliwe do oszacowania z góry składniki dodatkowe, w tym prowizję od przychodów uzyskanych przez zakład samodzielny, poza środkami za odpłatne udzielanie świadczeń osobom objętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, a także pakiet zabezpieczający ich interesy, przy równoczesnym ograniczeniu ich odpowiedzialności za szkody wyrządzone zakładowi z winy umyślnej - do wysokości trzymiesięcznego wynagrodzenia.

Wzór umowy został przez wielu wojewodów bezkrytycznie powielony w 1998 r., narażając Skarb Państwa na ryzyko wysokich odszkodowań, w przypadku rozwiązania ich przez organy założycielskie tych zakładów, którymi z dniem 1 stycznia 1999 r., w związku z wejściem w życie reformy administracji publicznej, stały się w większości samorządy lokalne.

Według stanu na koniec grudnia 1998 r. tzw. umowy menedżerskie o zarządzanie samodzielnymi publicznymi zoz zawarło 34 wojewodów. Łącznie zawarto 259 tego typu umów. Z liczby tej 141 (54 %) zawarło w grudniu 1998 r., w tym 69 w ostatnich dwóch dniach 1998 r.

Kierownikom, z którymi zawarto umowy cywilnoprawne, zapewniono zapłatę kilkakrotnie wyższą od wynagrodzenia przyznanego dyrektorom powołanym na to stanowisko, a ponadto szczególnie korzystny zakres gwarancji socjalnych oraz praw do odszkodowań, na wypadek odstąpienia od umowy przez zleceniodawcę. Porównanie wynagrodzenia zasadniczego (bez składników dodatkowych), należnego na podstawie zawartych umów kierownikom zakładów samodzielnych za miesiąc grudzień 1998 r.²⁷, wykazało że wynosiło ono od 3.000 zł do 23.528 zł (*szczegóły Zał. nr 3, str. 34 i 35 oraz 59 i dalsze*).

²³ System wdrażany od dwóch lat na terenie całego kraju, na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 czerwca 1996 r. w sprawie książeczek usług medycznych - Dz. U. Nr 92, poz. 420.

²⁴ Ustawa, o której mowa w przypisie 8

²⁵ Dotyczy delegacji zawartych w: art. 13 ust. 5, art. 34 ust. 3, art. 35 ust. 7, art. 40 ust. 1, art. 66a ust. 6, art. 67 ust. 5 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, o której mowa w przypisie 1.

²⁶ Przewiduje to art. 44 ust. 4 ustawy, o której mowa w przypisie 1.

²⁷ W odniesieniu do osób, z którymi zawarto umowy z ważnością od 1 stycznia 1999 r., przyjęto uposażenie za styczeń 1999 r.

Wylansowana i wprowadzona przez Ministerstwo w życie, koncepcja umów o zarządzanie publicznymi zoz, w tak znacznym stopniu preferujących pozycję kierowników zakładów, nie znajduje uzasadnienia. Zauważyć należy, że ani ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, ani też wytyczne Ministerstwa, nie określiły szczególnego trybu oceny kandydatów na stanowisko kierownika zakładu, gwarantującego wybór osób o takim profesjonalnym przygotowaniu i doświadczeniu, które mogłyby uzasadniać proponowany stopień ich uprzywilejowania, w stosunku do osób (w wielu przypadkach tych samych), kierujących tymi zakładami na podstawie umów o pracę. Nie wymagano również, aby podmiot angażujący menedżera w drodze umowy cywilnoprawnej określił w kontrakcie cel, jakiemu miała służyć taka forma umowy, jak np. zwiększenie efektywności czy sprawności zarządzania, lub przeprowadzenie restrukturyzacji naprawczej. Nie ustanowiono także obowiązku określenia sposobu rozliczania menedżerów z wykonania powierzonych im zadań.

2.17. W 59 objętych kontrolą zakładach samodzielnych dokonano analizy kształtowania się zobowiązań wymagalnych - od momentu ich przekształcenia, do czasu kontroli²⁸. Wynika z niej, że 28 z nich (47%) prowadziło przed usamodzielnieniem racjonalną gospodarkę finansową. Nie posiadały bowiem zobowiązań wymagalnych lub skala tych zobowiązań była na tyle nieznaczna, że ich likwidacja nie wymagała angażowania środków zewnętrznych.

W toku przekształceń zakładów o których mowa, zobowiązania wymagalne 30 z nich (w wysokości 83,6 mln zł) zostały sfinansowane w 89% przez wojewodów, głównie środkami z rezerw budżetowych, przeznaczonych na restrukturyzację zadłużenia w ochronie zdrowia, a w pozostałej części - środkami z rezerw budżetowych na finansowanie programów przekształceniowych.

Przejęcie przez Skarb Państwa zobowiązań wymagalnych przekształcanych zakładów, ani zmiana formy ich finansowania, wynikająca z uzyskania osobowości prawnej, ani też podejmowanie ujętych w programach naprawczych działań oszczędnościowych, nie spowodowały zahamowania wzrostu zobowiązań wymagalnych. W 20 ze wspomnianych wyżej 30 zakładów, które przed przekształceniem zostały oddłużone. W IV kwartale 1998 r., stan zobowiązań wymagalnych kształtował się na poziomie 67 mln zł.

Fakt, że z 59 zakładów, w których dokonano oceny zmiany stanu zobowiązań po ich usamodzielnieniu, tylko w 20 stwierdzono występowanie zobowiązań wymagalnych, nie jest reprezentatywny dla ogółu samodzielnych publicznych zoz, bowiem kontrolą objęto zakłady przekształcone w pierwszej kolejności²⁹, a więc te które charakteryzowały się już na wstępie korzystniejszymi wskaźnikami ekonomicznymi (*szczegóły str. 64 i dalsze*).

2.18. Mało reprezentatywna, dla ogółu jednostek publicznej służby zdrowia, grupa samodzielnych zoz, która mogła być poddana kontroli, a także stosunkowo krótki okres ich działalności w warunkach osobowości prawnej i samodzielności finansowej, nie pozwoliły na dokonanie, na podstawie wyników kontroli, pogłębionych ocen skuteczności dokonanych zmian - dla poprawy kondycji finansowej i sprawności działania publicznych zoz. Wyniki kontroli wskazują na rysujące się korzystne tendencje, jakie wystąpiły w wielkości zatrudnienia i średniej płacy po usamodzielnieniu zakładów w połowie skontrolowanych zakładów samodzielnych, które rozpoczęły samodzielną gospodarkę przed 1998 r. (*szczegóły str. 70 i dalsze*).

2.19. W wyniku kontroli, w 8 jednostkach, z tego w 5 zakładach samodzielnych i 3 urzędach wojewódzkich, ujawniono uszczuplenia finansowe w globalnej kwocie **6.080,6 tys. zł**, w tym dla budżetu państwa **5.591,9 tys. zł**. Zostały one spowodowane głównie niezgodnym z przeznaczeniem rozdysponowaniem i wykorzystaniem środków z rezerw celowych, a także środków publicznych, przekazanych samodzielnym zakładom na podstawie umów o świadczenie usług zdrowotnych osobom ubezpieczonym. Równocześnie spowodowano zwrot do budżetu państwa środków, otrzymanych a niewykorzystanych na wdrożenie rejestru usług medycznych, w wysokości **2.894,9 tys. zł** (*szczegóły str. 52, 55-56*).

3. Wnioski

Wyniki kontroli uzasadniają przedstawienie wniosków ograniczających negatywne skutki niedostatecznego przygotowania jednostek publicznej opieki zdrowotnej do wprowadzonej - z dniem 1 stycznia 1999 r. - reformy ubezpieczeń zdrowotnych. Mając powyższe na uwadze, organy administracji rządowej i samorządowej, odpowiedzialne za stan i funkcjonowanie publicznej służby zdrowia, powinny dokonać analizy i oceny realizacji zadań własnych i podjąć działania dla nadrobienia opóźnień oraz eliminacji powstałych zagrożeń w funkcjonowaniu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych. Zdaniem NIK konieczne jest podjęcie następujących działań:

3.1. Przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej:

- **zapewnić poprawę skuteczności i terminowości wykonania zadań legislacyjnych Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, a w szczególności doprowadzić do możliwie**

²⁸ Dla niniejszej prezentacji przyjęto umownie koniec III kwartału 1998 r.

²⁹ Z 59 zakładów, o których mowa, 48 przekształcono w latach 1996-1997.

szybkiego zakończenia trwających dotychczas prac nad projektami aktów wykonawczych, związanych z reformą ochrony zdrowia;

- przyspieszyć prace nad określeniem warunków organizacji i wdrożeniem - w skali Kraju - systemu rejestracji usług medycznych, zapewniając - w możliwie najkrótszym terminie - możliwość jego praktycznej i powszechnej eksploatacji;

- rozważyć celowość przygotowania wniosku do Rady Ministrów, o wystąpienie z inicjatywą ustawodawczą, dotyczącą zmiany ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, w szczególności w celu:

- zmiany przepisu art. 44 ust. 4 ustawy, dopuszczającego możliwość nawiązywania stosunku pracy z kierownikiem samodzielnego publicznego zoz, w drodze umowy cywilnoprawnej;

- uzupełnienia przepisu art. 44a ustawy o wymóg stosowania określonego trybu kwalifikacyjnego, przy zawieraniu umów cywilnoprawnych o zarządzanie tymi zakładami;

- jednoznacznego określenia formy prawnej, na jakiej powinno nastąpić wyposażenie samodzielnego publicznego zoz w nieruchomości i majątek trwały, niezbędne do jego działalności.

3.2. Przez Ministra Finansów:

- rozważyć celowość zmiany rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 17 stycznia 1997 r. w sprawie amortyzacji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych (Dz. U. Nr 6, poz. 35 ze zm.), w celu stworzenia jednoznacznego prawnego obowiązku uwzględniania przez samodzielny publiczny zoz, w kosztach działalności, odpisów amortyzacyjnych od wartości majątku Skarbu Państwa i komunalnego, przejętego w użytkowanie.

3.3. Przez wojewodów:

- w województwach, gdzie nie zostały wykonane postanowienia art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw, zobowiązujące wojewodów do utworzenia w terminie do 31 grudnia 1998 r. rejestrów usług medycznych, podjąć intensywne działania dla wykonania tego zadania, gwarantujące rozpoczęcie praktycznej eksploatacji systemu przez kasy chorych w możliwie najkrótszym terminie,

- działając na podstawie art. 60 ust. 3, w związku z art. 47 ust. 1 przepisów wprowadzających ustawy reformujące administrację publiczną³⁰, przyspieszyć działania dla uporządkowania prawnych form władania mieniem, przez samodzielne publiczne zoz, które z dniem 1 stycznia 1999 r. stały się samorządowymi osobami prawnymi, dla których do tego czasu sprawy te nie zostały jednoznacznie rozstrzygnięte przez ich organy założycielskie.

3.4. Przez organy założycielskie samodzielnych publicznych zoz:

- przyspieszyć prace nad uregulowaniem stanu prawnego i stosunków własnościowych mienia jakim dysponują samodzielne publiczne zoz;

- zlecić wykonanie prawnych analiz, umów cywilnoprawnych o zarządzanie samodzielnymi publicznymi zoz, zawartych przez wojewodów przed 1999 r. i ustalić ich legalność oraz rozważyć w koniecznych przypadkach renegocjację, określonych w nich warunków; w szczególności należy ocenić zasadność określonego w umowach wynagrodzenia oraz sformułować podstawowe cele działalności kierowników samodzielnych publicznych zoz oraz wynikające stąd zadania, a także sposób rozliczania kierowników z ich wykonania;

³⁰ Zobacz ustawę z dnia 13 października 1998 r., o której mowa w przypisie 54.

- ustanowić skuteczne organizacyjne formy nadzoru nad działalnością samodzielnych publicznych zoz, w szczególności z punktu widzenia należytego wypełniania przez nie zadań oraz przestrzegania dyscypliny finansów publicznych;
- opracować i wprowadzić w ramach nadzoru, instytucjonalne formy systematycznej kontroli stanu zadłużenia samodzielnych publicznych zoz, przy wykorzystaniu do tego celu m.in. regionalnych izb obrachunkowych.

II. CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA

1. Charakterystyka stanu prawnego w zakresie kontrolowanej działalności

Podstawowe zasady tworzenia, funkcjonowania i finansowania samodzielnych publicznych zoz zostały określone jeszcze w 1991 r. przez ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Zasady te w wersji pierwotnie ustanowionej obowiązywały do dnia 4 grudnia 1997 r., to jest do dnia wejścia w życie nowelizacji³¹ ustawy.

Zgodnie z tymi zasadami podstawą do dokonania przekształcenia publicznego zakładu opieki zdrowotnej z jednostki lub zakładu budżetowego w samodzielny publiczny zoz, był przepis art. 49 pkt 2 ustawy, który stanowił, że gospodarka finansowa publicznych zoz może być prowadzona w formie samodzielnego zakładu pokrywającego, z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów, koszty swej działalności i zobowiązania na zasadach określonych w art. 51 - 62 tej ustawy.

Art. 51 ustawy upoważniający organ założycielski do podjęcia decyzji o przekształceniu zakładu w samodzielny publiczny zoz, określił równocześnie szereg warunków, których spełnienie powinno poprzedzać tę decyzję.

Dotyczyły one:

- *przeprowadzenia analizy zakresu i charakteru działalności zoz, w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych dotychczasowych odbiorców świadczeń tego zakładu oraz analizy możliwości pozyskania przez zakład dodatkowych środków,*
- *stwierdzenia, że pozyskiwanie dodatkowych środków, o których mowa wyżej, nie ograniczy praw ludności do bezpłatnych świadczeń, określonych w odrębnych ustawach,*
- *zapewnienia przez organ podejmujący decyzję, możliwości nadzoru nad gospodarką finansową oraz nad jakością świadczonych usług.*

W dniu 6 lutego 1997 r. Sejm R.P. uchwalił ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym³², w której art. 166³³ ust. 1 zobowiązał wszystkie organy, które tworzą i utrzymują publiczne zoz, do przekształcenia ich, do dnia wejścia w życie ustawy, to znaczy do 1 stycznia 1999 r., w samodzielne publiczne zakłady. Jedyny wyjątek od tej powszechnie obowiązującej zasady ustawa stworzyła w ust. 2 tego artykułu, dla publicznych zoz, tworzonych i utrzymywanych przez Ministrów Obrony Narodowej, Spraw Wewnętrznych i Administracji, Sprawiedliwości, bądź Transportu i Gospodarki Morskiej, które mogły być zwolnione z tego obowiązku przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej na wniosek tych ministrów.

Wynikało stąd, że po 1 stycznia 1999 r. wszelkie świadczenia medyczne, w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, miały być udzielane jedynie przez samodzielne publiczne zoz oraz te, które uzyskały stosowne zwolnienia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, na podstawie wspomnianego wyżej przepisu art. 166 ust. 2 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Następnie Sejm R.P. nowelizując w dniu 20 czerwca 1997 r. ustawę o zakładach opieki zdrowotnej,³⁴ dokonał radykalnej zmiany zasad przekształcania publicznych zoz, z jednostek lub zakładów budżetowych w samodzielne publiczne zoz. W miejsce fakultatywnego przepisu art. 49 pkt 2 ustawy o zoz przed nowelizacją, który jedynie dopuszczał możliwość prowadzenia publicznego zoz w formie samodzielnego zakładu, został wprowadzony przepis art. 35b znowelizowanej ustawy. Stanowi on, że powszechnie obowiązującą normą dla prowadzenia publicznych zoz, utworzonych przez organy określone w art. 8 ust. 1 pkt 1 - 3 ustawy, to jest

³¹ Zobacz przypis 8.

³² Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym - Dz. U. Nr 28, poz. 153 i Nr 75, poz. 468.

³³ Należy zauważyć, że przepis art. 166 wszedł w życie dopiero z dniem 9 września 1998 r. na mocy art. 15 pkt 1 ustawy z dnia 18 lipca 1998 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw - Dz. U. Nr 117, poz. 756.

³⁴ Zobacz ustawę z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw, wymienioną w przypisie 8.

naczelny lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę lub organ gminy albo związku międzygminnego, stała się, z dniem wejścia w życie tego przepisu, formą samodzielnego zakładu, pokrywającego z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i zobowiązań.

Z zasady tej ustawa wyłączała jedynie:

- *na mocy art. 35d - publiczne zoz utworzone w celu, określonym w art. 1 ust. 2 ustawy o zoz, w tym dla prowadzenia badań naukowych, prac badawczo - rozwojowych oraz realizacji zadań dydaktycznych oraz utworzone przez P.P. „Polskie Koleje Państwowe”,*
- *na mocy art. 35c ust. 1 - te publiczne zakłady utworzone przez organy określone w art. 8 ust. 1 pkt 1 - 3, dla których formą samodzielnego publicznego zoz byłaby niecelowa lub przedwczesna. Zgodnie z tym przepisem, decyzję w tej sprawie miał podjąć organ, który utworzył zakład, po dokonaniu analiz analogicznych do wymaganych przez omówiony wyżej art. 51 ustawy o zoz w wersji obowiązującej do dnia 4 grudnia 1997 r., z wyłączeniem oceny zapewnienia przez organ podejmujący decyzję, możliwości nadzoru nad gospodarką finansową oraz nad jakością świadczonych usług. Zgodnie z ust. 2 tego artykułu (35c) zakłady te prowadzą gospodarkę finansową na zasadach określonych w Prawie budżetowym, z uwzględnieniem przepisu art. 50 ust. 2 ustawy o zoz, w myśl którego, publiczny zoz, prowadzony w formie jednostki budżetowej, pozostawia w swojej dyspozycji 70 % środków budżetowych nie wykorzystanych w danym roku, a prowadzony w formie zakładu budżetowego - 70% wpłaty przeznaczanej dla budżetu.*

Z treści powyższych przepisów wynika, że w zasadzie po dniu 4 grudnia 1997 r. prowadzenie publicznego zoz, utworzonego przez organ wymieniony w art. 8 ust. 1 pkt 1-3 ustawy o zoz, w innej formie niż wynikało to z art. 35b ust. 1 ustawy, w tym w formie jednostki budżetowej lub zakładu budżetowego, powinno mieć charakter wyjątku od reguły i być poprzedzone decyzją organu, który zakład utworzył, wydaną po dokonaniu analiz określonych w art. 35c ust. 1 ustawy.

Ustawa nie przesądziła co prawda jednoznacznie jaką formę prawną powinna mieć decyzja, o której mowa w art. 35c ustawy, jednakże biorąc pod uwagę brzmienie art. 104 kpa, należy przyjmować, że powinna to być decyzja administracyjna.

W świetle wspomnianego wyżej przepisu art. 166 ust. 1 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, termin ważności tych decyzji nie powinien wykraczać poza 31 grudnia 1998 r.

Należy stwierdzić, że omówione wyżej przepisy nakazujące dokonanie przekształceń publicznych zoz w zakłady samodzielne, nie były całkowicie jednoznaczne.

Art. 35b ustawy o zoz nie rozstrzygał, czy z chwilą wejścia w życie jego postanowień przekształcenie publicznych zoz w zakłady samodzielne nastąpiło z mocy prawa, czy też wymagane były w tym celu zarządzenia właściwego ministra lub wojewody albo uchwały organu gminy lub zgromadzenia związku gmin, jak to przewiduje dla tworzenia, przekształcenia i likwidacji publicznego zoz art. 36 ustawy o zoz. W tych warunkach nie w pełni jasne było znaczenie przepisu art. 166 ust. 1 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, który ogłoszony w marcu 1997 r. wszedł w życie dopiero w dniu 9 września 1998 r.³⁵

Przyjmując, że po dniu 4 grudnia 1997 r. przekształcenie zakładu z jednostki budżetowej w samodzielny publiczny zoz powinno nastąpić w drodze zarządzenia tegoż organu, to zgodnie z brzmieniem art. 35b ust. 1 ustawy, powinno ono w zasadzie mieć charakter obligatoryjny, chyba że wspomniane analizy wykazały, że przekształcenie to byłoby niecelowe lub przedwczesne i na tej podstawie organ, który zakład utworzył, wydał decyzję o prowadzeniu po tym terminie publicznego zoz w formie jednostki budżetowej.

Równocześnie jednak art. 14 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zoz stanowił, że organy, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1 - 3 ustawy o zoz miały obowiązek dokonać analiz i ocen działalności utworzonych przez siebie publicznych zoz, w celu ustalenia możliwości prowadzenia tych zakładów w formie samodzielnych zakładów, najpóźniej do 31 grudnia 1998 r.

Jak wspomniano wyżej utworzone samodzielne publiczne zoz uzyskiwały osobowość prawną z chwilą wpisania ich do rejestru publicznych zoz, prowadzonego przez sąd rejestrowy, którym jest sąd rejonowy właściwy według siedziby zakładu (art. 52 ust. 1 i 2 ustawy przed nowelizacją)³⁶. Nowelizacja ustawy o zoz, która weszła w życie z dniem 5 grudnia 1997 r., wprowadziła dodatkowo jako warunek wpisu do rejestru sądowego, uzyskanie przez zakład wpisu do rejestru, o którym mowa w art. 12 tej ustawy (art. 35b ust. 4).

Wymóg ten miał istotne znaczenie, bowiem zgodnie z art. 13 ust. 1 ustawy o zoz podstawą wpisu do rejestru, o którym mowa w art. 12, jest stwierdzenie przez organ prowadzący rejestr, że zoz spełnia obowiązujące wymagania fachowe i sanitarne oraz dysponuje odpowiednio kwalifikowaną kadrą medyczną dla udzielania

³⁵ Zobacz przypis 38.

³⁶ Z dniem 5 grudnia, tj. z chwilą wejścia w życie ustawy, o której mowa w przypisie 8, sprawy powyższe regulują przepisy art. 35b ust. 3 - 5 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, wymienionej w przypisie 1.

świadczeń zdrowotnych. Wykreślenie zakładu z tego rejestru skutkuje wykreśleniem go również z rejestru, prowadzonego przez sąd rejestrowy (art. 35b ust. 9).

Art. 14 ust. 1 ustawy o zoz nakłada na zoz obowiązek³⁷ zgłoszenia organowi prowadzącemu rejestr zmiany stanu faktycznego i prawnego odnoszące się do zakładu, powstałe po wpisie do rejestru i dotyczące danych zawartych w rejestrze, w terminie 14 dni od dokonania zmiany. Zmiana zakresu udzielanych przez zakład świadczeń może nastąpić dopiero po wpisie tej zmiany do rejestru (art. 14 ust. 2). Zmiana wpisu do rejestru, podobnie jak wpis, powinna być dokonana w drodze decyzji administracyjnej (art. 14 ust. 4). Oznacza to, że w przypadku przekształcenia publicznego zoz z jednostki budżetowej w zakład samodzielny po dniu 4 grudnia 1997 r., decyzję dotyczącą zmiany wpisu do rejestru, o którym mowa w art. 12 ustawy o zoz, zakład powinien uzyskać przed złożeniem wniosku o wpis do rejestru sądowego.

Zgodnie z art. 44 ust. 1 ustawy o zoz odpowiedzialność za zarządzanie publicznym zoz ponosi kierownik zakładu, z którym w myśl przepisu ust. 4 tego artykułu stosunek pracy może być nawiązany na podstawie powołania, umowy o pracę lub na podstawie umowy cywilnoprawnej.

Regulacja ta musi budzić uzasadnione wątpliwości, bowiem rozumiana dosłownie nakazywałaby umową cywilnoprawną, zawieraną na zasadach Kodeksu cywilnego, nawiązywać stosunek pracy, który z definicji podporządkowany jest regułom Kodeksu pracy. Oparcie relacji organu założycielskiego, jako zleceniodawcy z kierownikiem samodzielnego publicznego zoz, na zasadach prawa cywilnego rodzi kolejne wątpliwości, co do charakteru zlecenia objętego umową, a w szczególności czy może ono być uznane za zlecenie świadczenia usług, w rozumieniu ustawy o zamówieniach publicznych.

Przyjęcie takiej interpretacji uzasadniałaby definicja „usługi” zawarta w art. 2 pkt 1 ustawy o zamówieniach publicznych³⁸, która jest niezwykle szeroka i obejmuje wszelkie prace, które nie są robotami budowlanymi ani dostawą. W takim przypadku poprawny byłby wniosek o obowiązkowe stosowanie ustawy o zamówieniach publicznych do umów cywilnoprawnych, zawieranych z kierownikami samodzielnymi publicznymi zoz. Pominięcie tej procedury rozdziłoby, zgodnie z art. 72 ust. 2 ustawy o zamówieniach publicznych, skutek w postaci nieważności umowy.

Wątpliwości budzi również przepis art. 44a ust. 1 pkt 1 ustawy o zoz, który dla obsadzenia stanowiska kierownika samodzielnego publicznego zoz, w odróżnieniu od publicznego zoz, nie posiadającego osobowości prawnej, nie przewiduje żadnej procedury kwalifikacyjnej.

Art. 44b ustawy o zoz przewiduje, że przy publicznym zoz działa rada społeczna³⁹, którą powołuje i odwołuje podmiot, który utworzył publiczny zoz (art. 45 ust. 8), a która jest organem inicjującym i opiniodawczym tego podmiotu oraz organem doradczym kierownika zakładu.

Skład rady społecznej oraz czas trwania jej kadencji określa statut publicznego zoz (art. 47 ust. 1), z tym że art. 45 ustawy ustala organy, których przedstawiciele wchodzi w skład rady. Członkiem rady nie może być pracownik danego zakładu (art. 45 ust. 5).

Statut publicznego zoz uchwała rada społeczna i przedkłada go do zatwierdzenia organowi, który utworzył zakład (art. 39 ust. 2). Zgodnie z art. 11 ustawy o zoz statut określa ustrój zakładu oraz inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania, które nie zostały uregulowane w ustawie o zoz.

W szczególności statut określa: nazwę zakładu odpowiadającą zakresowi udzielanych świadczeń, cele i zadania zakładu, siedzibę i obszar działania, rodzaje i zakres udzielanych świadczeń, organy i strukturę organizacyjną, formę gospodarki finansowej.

Postanowieniem art. 12 ustawy o zmianie ustawy o zoz⁴⁰, organy określone w art. 8 ust. 1 pkt 1-3 ustawy o zoz, które na podstawie dotychczasowych przepisów utworzyły publiczne zoz, zostały zobowiązane do dostosowania w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy (to znaczy do dnia 5 czerwca 1998 r.) statutów i regulaminów zoz oraz składów rad społecznych, do wymagań znowelizowanej ustawy o zoz.

Samodzielność publicznego zoz, wynikająca z uzyskania osobowości prawnej, została ograniczona, mocą art. 53 ust. 2 ustawy o zoz (w brzmieniu obowiązującym po dniu 4 grudnia 1997 r.), w odniesieniu do gospodarowania majątkiem trwałym. Zgodnie bowiem z tym przepisem zbycie, wydzierżawienie lub wynajęcie majątku trwałego samodzielnemu publicznemu zoz, albo wniesienie tego majątku do spółek lub fundacji, jest nieważne bez zgody organu, który utworzył zakład.

Zgodnie z art. 54 ust. 1 ustawy o zoz, samodzielny publiczny zoz może uzyskiwać środki finansowe w szczególności: z odpłatnych świadczeń zdrowotnych, z prowadzenia innej, przewidzianej w statucie, działalności gospodarczej, z darowizn, zapisów i spadków

³⁷ Zobacz przypis 13.

³⁸ Ustawa z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych - j. t. Dz. U. z 1998 r. Nr 119, poz. 773.

³⁹ Do dnia 4 grudnia 1997 r. funkcję tę pełniły rady nadzorcze, zgodnie z art. 45 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, przed jej nowelizacją.

⁴⁰ Ustawa, o której mowa w przypisie 8.

oraz ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego, z zastrzeżeniem wynikającym z art. 42 ustawy.⁴¹

Art. 55 ustawy o zoz przewiduje ponadto możliwość otrzymania przez samodzielny publiczny zoz dotacji budżetowej, od organu, który go utworzył. Cele na jakie mogą być przyznane samodzielnemu zakładowi dotacje budżetowe określa ust. 1 tego artykułu. Nie obejmują one finansowania kosztów eksploatacyjnych zakładu, w tym kosztów świadczenia usług zdrowotnych dla osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Podstawą gospodarki samodzielnego publicznego zoz jest plan finansowy ustalany przez kierownika zakładu (art. 53 ust. 3, w brzmieniu obowiązującym po dniu 4 grudnia 1997 r.)⁴². Zakład samodzielny samodzielnie decyduje o podziale wypracowanego zysku,⁴³ a także pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy (art. 60 ust. 1).

W myśl art. 60 ust. 2 ustawy o zoz ujemny wynik finansowy samodzielnego publicznego zoz nie może być podstawą do zaprzestania działalności, jeżeli jest ona uzasadniona celami i zadaniami, dla których realizacji został on utworzony, a których nie może przejąć inny zakład w sposób zapewniający nieprzerwane sprawowanie opieki zdrowotnej nad ludnością. Jeżeli natomiast ujemny wynik finansowy nie może być pokryty przez zakład samodzielny, obowiązek ten przechodzi na organ który utworzył samodzielny publiczny zoz (ust. 4), który jest równocześnie zobowiązany do wydania zarządzenia lub podjęcia uchwały o zmianie formy gospodarki finansowej zakładu lub o jego likwidacji (ust. 3).

Zgodnie z art. 61 ust. 1 ustawy o zoz, rachunkowość samodzielnego publicznego zoz powinna być prowadzona na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

Do określenia w drodze rozporządzenia szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, został zobowiązany Minister Zdrowia i Opieki Społecznej postanowieniem art. 62 ustawy o zoz. Rozporządzenie to zostało jednak wydane dopiero w dniu 22 grudnia 1998 r. i weszło w życie z dniem 1 stycznia 1999 r.⁴⁴

Na podstawie art. 23 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zoz, do czasu wydania tego rozporządzenia, nie dłużej jednak niż do dnia 5 czerwca 1998 r., miały zastosowanie przepisy zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 czerwca 1992 r. w sprawie szczegółowych zasad ewidencji dochodów i kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej⁴⁵, z uwzględnieniem zmian wynikających z tej ustawy.

Samodzielne publiczne zoz podlegają przepisom ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych,⁴⁶ z tym że według art. 17 ust. 1 pkt 4 tej ustawy, zwolnione od podatku są dochody podatników, których celem statutowym jest m.in. działalność w zakresie ochrony zdrowia i pomocy społecznej, w części przeznaczonych na te cele. Zgodnie z art. 17 ust. 1b, zwolnienie to ma zastosowanie również wówczas, jeżeli dochód jest przeznaczony i wydatkowany na nabycie środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych, służących bezpośrednio realizacji tych celów.

Jeżeli natomiast samodzielny publiczny zoz prowadzi wydzieloną działalność gospodarczą, przewidzianą statutem zakładu na podstawie art. 54 ust. 1 pkt 3 ustawy o zoz, inną niż udzielanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 54 ust. 1 pkt 1 tej ustawy, wówczas dochód z tej działalności podlega opodatkowaniu.

Zgodnie z art. 9 ust. 1 ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych, samodzielny publiczny zoz jako podatnik tego podatku, jest zobowiązany do prowadzenia ewidencji rachunkowej w sposób zapewniający ustalenie wysokości dochodu lub straty, podstawy opodatkowania i należnego podatku. Wynika stąd obowiązek naliczania amortyzacji składników majątkowych, stosownie do rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie amortyzacji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych⁴⁷.

⁴¹ Przepis art. 42 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, w brzmieniu obowiązującym po dniu 4 grudnia 1997 r. stanowi, że publiczny zoz może dokonać zakupu lub przyjąć darowiznę aparatury i sprzętu medycznego wyłącznie o przeznaczeniu i standardzie określonym przez podmiot, który zakład utworzył, oraz po wyrażeniu przez ten podmiot zgody.

⁴² Art. 46 pkt 2 lit. a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej przewiduje, jako zadanie rady społecznej, przedstawianie kierownikowi publicznego zoz, opinii w sprawach planu finansowego i inwestycyjnego.

⁴³ Art. 46 pkt 2 lit. d ustawy o zakładach opieki zdrowotnej przewiduje, jako zadanie rady społecznej, przedstawianie kierownikowi publicznego zoz, opinii w sprawie podziału zysku.

⁴⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej - Dz. U. Nr 164, poz. 1194.

⁴⁵ Zobacz M. P. Nr 19, poz. 143 i z 1997 Dz. U. Nr 104, poz. 661.

⁴⁶ Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych - Dz. U. z 1993 r. Nr 106, poz. 482 ze zm.

⁴⁷ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 17 stycznia 1997 r. w sprawie amortyzacji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych - Dz. U. Nr 6, poz. 35 ze zm., obowiązuje od 1 stycznia 1997 r.

Zgodnie z § 5 ust. 1 tego rozporządzenia, podatnicy podatku dochodowego dokonują odpisów amortyzacyjnych od zaktualizowanej, według obowiązujących przepisów, wartości początkowej między innymi środków trwałych stanowiących ich własność lub współwłasność, albo środków przyjętych do odpłatnego korzystania, jeżeli środki te są zaliczane do składników ich majątku, a także środków trwałych otrzymanych od Skarbu Państwa lub gminy w nieodpłatne użytkowanie.

Równocześnie jednak § 5 ust. 4 pkt 7 tego rozporządzenia stanowi, że amortyzacji nie dokonuje się od środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych nabytych nieodpłatnie, jeżeli nabycie to nie stanowi przychodu w naturze albo dochód z tego tytułu jest zwolniony od podatku dochodowego.

Odpisów amortyzacyjnych od środków trwałych dokonuje się przy zastosowaniu stawek określonych w wykazie stawek amortyzacyjnych, stanowiącym zał. do rozporządzenia. Przepisy § 9 rozporządzenia określają warunki oraz skalę zmiany wielkości odpisów amortyzacyjnych, jaka może być dokonana przez podatnika.

Zgodnie z przepisem § 9 ust. 3 pkt 3 lit. g tego rozporządzenia, dla maszyn i urządzeń zaliczonych do grupy 4-6 klasyfikacji,⁴⁸ poddanych szybkiemu postępowi technicznemu, podatnicy mogą podwyższać stawki amortyzacyjne w stosunku do ustalonych w wykazie, przy zastosowaniu współczynników nie wyższych niż 2,0.

W myśl art. 53 ust. 1 ustawy o zoz, w brzmieniu obowiązującym po dniu 4 grudnia 1997 r., samodzielny publiczny zoz gospodaruje przekazanymi mu w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub komunalnym oraz majątkiem własnym. Sprawę formy prawnej, na jakiej następuje wyposażenie w niezbędne nieruchomości, państwowej osoby prawnej z chwilą jej utworzenia, nieco inaczej reguluje ustawa o gospodarce nieruchomościami⁴⁹. Zgodnie bowiem z art. 51 ust. 1 i ust. 2 tej ustawy, państwowa osoba prawna z dniem jej utworzenia jest wyposażana w nieruchomości niezbędne do jej działalności, odpowiednio przez Ministra Skarbu Państwa, organ założycielski lub organ nadzorujący, w drodze przeniesienia na jej rzecz własności nieruchomości albo oddaniu jej nieruchomości gruntowych w użytkowanie wieczyste.

Sprawa uległa dalszemu skomplikowaniu z dniem 1 stycznia 1999 r. bowiem na mocy art. 47 oraz art. 60 - 61 przepisów wprowadzających ustawy reformujące administrację publiczną,⁵⁰ z tą datą jednostki samorządu terytorialnego przejęły uprawnienia organów administracji rządowej, które utworzyły samodzielne publiczne zoz. Powołane wyżej przepisy tej ustawy określiły równocześnie tryb i zasady przejścia tych zakładów oraz przeznaczenie i sposób nabycia mienia będącego do tego czasu we władaniu przejmowanych instytucji i państwowych jednostek organizacyjnych.

Na podstawie art. 54 ust. 2 ustawy o zoz, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej wydał w 1995 r. zarządzenie⁵¹, które regulowało warunki, przekazania środków publicznych przez organ, który utworzył zakład, lub inny podmiot, określony w art. 8 ust. 1 pkt 1 - 3 ustawy o zoz, będący dysponentem tych środków (zleceniodawca), do samodzielnego publicznego zoz (zleceniobiorca), w celu udzielania świadczeń zdrowotnych. Zarządzenie określało ponadto sposób kontroli wykorzystania tych środków.

Przepisy tego zarządzenia zawierały między innymi następujące podstawowe regulacje.

Przekazanie przez zleceniodawcę środków publicznych na rzecz zleceniobiorcy następuje na podstawie umowy, (§ 3 ust. 1), która może być zawarta tylko z zakładem wpisanym do rejestru samodzielnych publicznych zoz (§ 4), a więc posiadającym osobowość prawną.

Punktem wyjścia do zawarcia umowy jest przedłożenie zleceniodawcy przez zleceniobiorcę planu rzeczowo - finansowego (§ 5) na okres, ustalony przez strony umowy, który powinien zawierać w szczególności: liczbę przewidywanych świadczeń zdrowotnych, koszt jednostkowy świadczenia zdrowotnego, zestawienie kosztów w układzie kalkulacyjnym oraz rachunek wyników według sposobu określonego w ustawie o rachunkowości⁵².

W tym dniu utraciło moc rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 20 stycznia 1995 r. w sprawie amortyzacji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych a także wyceny środków trwałych - Dz. U. Nr 7, poz. 34, Nr 73, poz. 362 i Nr 122, poz. 590.

⁴⁸ Zobacz ust. 3 wyjaśnień do wykazu rocznych stawek amortyzacyjnych, stanowiącego zał. do rozporządzenia Ministra Finansów, o którym mowa w przypisie 47. Z wyjaśnień tych wynika, że przez maszyny i urządzenia grupy 4-6 poddane szybkiemu postępowi technicznemu, o których mowa w § 9 ust. 3 pkt 3 lit. g rozporządzenia, rozumie się maszyny, urządzenia i aparaturę, w których zastosowane są układy mikroprocesorowe lub systemy komputerowe spełniające założone funkcje dzięki wykorzystaniu w nich najnowszych zdobyczy techniki, a także pozostałą aparaturę naukowo-badawczą i doświadczalno-produkcyjną.

⁴⁹ Ustawa z dnia 21 sierpnia 1997 r. o gospodarce nieruchomościami - Dz. U. Nr 115, poz. 741 ze zm.

⁵⁰ Ustawa z dnia 13 października 1998 r. - Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną - Dz. U. Nr 133, poz. 872 ze zm.

⁵¹ Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej wymienione w przypisie 2.

⁵² Zobacz przypis 21.

Informacja o wynikach kontroli tworzenia i funkcjonowania samodzielnych publicznych zoz

Ponadto zakład zawierający umowę, lub wnioskujący o jej przedłużenie powinien przedstawić zleceniodawcy - jako warunek wstępny zawarcia umowy - dokumentację określoną w załączniku do zarządzenia (§ 8), obejmującą:

- *informację na temat dotychczasowej i obecnej działalności zakładu lub działalności planowanej - w przypadku nowo utworzonego zakładu, a w tym m.in.: pozostającą w dyspozycji zakładu wielkość i strukturę zasobów kadrowych i rzeczowych, wielkość i strukturę świadczeń zdrowotnych, dostarczanych przez zakład dla osób uprawnionych, informacje o dotychczasowych działaniach dla poprawy gospodarki zasobami i zarządzania zakładem, a także na rzecz jakości świadczeń oraz o skutkach tych działań, informacje o kwalifikacji i doświadczeniu zawodowym osób pracujących na stanowiskach kierowniczych w zakładzie,*
- *strategiczny plan rozwoju zakładu, obejmujący m. in. projektowane działania: na rzecz podniesienia kwalifikacji kadr zatrudnionych w zakładzie, na rzecz rozwoju systemów informacji, jej obiegu i udostępniania, związane z zmianą wielkości, struktury i własności majątku trwałego, na rzecz podnoszenia jakości świadczeń zdrowotnych oraz ochrony i realizacji praw pacjenta.*

Umowa, o której mowa wyżej, miała być zawierana na czas nie oznaczony lub na czas oznaczony, nie krótszy jednak niż rok, z możliwością jej przedłużenia (§ 7).

Powinna ona określać m.in.: rodzaj świadczeń zdrowotnych i przewidywaną ich liczbę, zasady rejestracji pacjentów, organizację udzielania świadczeń, w tym maksymalny czas oczekiwania na świadczenie, zasady kontroli przez zleceniodawcę realizacji umowy, zobowiązanie się zleceniobiorcy do ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, sumę należności z tytułu realizacji umowy oraz sposób i terminy jej przekazywania przez zleceniodawcę, warunki, w których może nastąpić renegocjacja umowy, zastrzeżenie, że przekazane na realizację umowy środki publiczne nie mogą być wykorzystane na inne cele niż określone w umowie, zasady stosowania sankcji finansowych, w przypadku zwłoki w uiszczeniu należności przez zamawiającego, oraz niewywiązywania się z zobowiązań umownych przez zleceniobiorcę.

Prawa i obowiązki stron nie mogły być przenoszone na osoby trzecie, chyba że strony wyraziły na to zgodę w umowie (§ 10).

Zarządzenie ani ustawa nie określiły wprost warunków w jakich mogłyby być dopuszczone w umowie przekazanie praw i obowiązków stron osobom trzecim. Należy jednak zauważyć, że z treści art. 11 ust. 2 pkt 4 ustawy o zoz (w brzmieniu obowiązującym po 4 grudnia 1997 r.), w związku z art. 12 ust. 1 i art. 13 ust. 1 tej ustawy wynika, że zoz może prowadzić legalnie jedynie tę działalność, która została określona w statucie zakładu. Konkludując należy stwierdzić, że zleceniodawca mógł zawierać umowę ze zleceniobiorcą, tylko o realizację takiego zakresu świadczeń medycznych, który został określony w statucie przedmiotowego zakładu. Tylko bowiem w tym przypadku, określone ustawą warunki rejestracji zakładu opieki zdrowotnej, dają gwarancję, że świadczenia objęte umową będą wykonywane we właściwych warunkach technicznych i sanitarnych, przez osoby posiadające odpowiednie przygotowanie zawodowe.

Należy ponadto przyjąć, że dopuszczona w § 10, omawianego zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, możliwość wyrażenia w umowie zgody na przeniesienie praw i obowiązków stron na osoby trzecie, mogła dotyczyć tylko takich podmiotów, które zgodnie z obowiązującymi przepisami mogą (legalnie) wykonywać zlecony im zakres zadań.

Zleceniodawca był zobowiązany do kontroli wykonania umowy i wydawania zaleceń pokontrolnych, a także do prowadzenia analiz obejmujących m.in. (§ 12):

zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne na obszarze podlegającym jego działaniu, koszty usług zdrowotnych świadczonych na podstawie zawieranych umów w porównaniu z kosztami analogicznych świadczeń udzielanych przez inne zoz lub osoby wykonujące zawody medyczne, jeżeli były one finansowane ze środków publicznych, sposób i efekty zdrowotne, realizacji umowy przez zleceniobiorcę, a w tym rodzaj i ilość udzielanych świadczeń oraz liczbę osób objętych tymi świadczeniami, czas oczekiwania na świadczenia, częstość zakażeń wewnątrzszpitalnych, nie planowanych ponownych hospitalizacji, zgonów pacjentów nie będących w stanach terminalnych itp.

Celem kontroli (§ 13 ust. 2), do wykonywania której był zobowiązany zleceniodawca miało być w szczególności:

badanie sposobu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, sprawdzenie prawidłowości wydatkowania środków publicznych, wykrywanie nieprawidłowości w

wykonywaniu zadań objętych umową, wskazywanie ich przyczyn oraz sposobów zapobiegania i usunięcia.

Zleceniobiorca był zobowiązany rozliczyć się ze zleceniodawcą z wykonania zakresu rzeczowego i finansowego realizowanej umowy, w terminie do 15 dni po wygaśnięciu lub rozwiązaniu umowy, a w przypadku umów zawartych na czas nieoznaczony, lub dłuższy niż 1 rok - po zakończeniu roku obrachunkowego (§ 16 ust. 1 i 2). W razie braku odmiennych postanowień, należność z tytułu wykonywania umowy miała być wypłacana zaliczkowo w terminach miesięcznych, w wysokości 80 % kwoty miesięcznej należności. Pozostała część należności miesięcznej miała być wypłacana po przedstawieniu przez zleceniobiorcę informacji o wykonanych zadaniach, wynikających z umowy (§ 16 ust. 5).

Na podstawie art. 35 ustawy o zoz, w brzmieniu obowiązującym po dniu 4 grudnia 1997 r., organy założycielskie publicznych zoz były uprawnione do udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne:

- **niepublicznemu zoz, w zakresie określonym w statucie tego zakładu, osobie wykonującej zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki, osobie legitymującej się nabyciem odpowiednich kwalifikacji fachowych, dysponującej lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, odpowiadającymi wymaganiom przewidzianym dla zoz oraz spełniającej warunki określone w przepisach o działalności gospodarczej.**

Zasady udzielania tego typu zamówień zostały określone kolejnymi rozporządzeniami Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, wydanymi w 1993, a następnie w 1998 r.⁵³.

Przepisy ustawy o zoz nie przewidują wprawdzie możliwości przekazywania przez organy założycielskie (województw) swoich uprawnień, wynikających z art. 35 tej ustawy innym podmiotom; należy jednak przyjąć, że możliwość udzielenia pełnomocnictwa do dokonywania określonego rodzaju czynności prawnych, określonej osobie, w tym dyrektorowi samodzielnego publicznego zoz, wynika z przepisów art. 95 i 96 Kodeksu cywilnego. W tej sytuacji należy uznać za prawnie dopuszczalne zawieranie przez dyrektora samodzielnego publicznego zoz umów o świadczenia zdrowotne z osobą wykonującą zawód medyczny, w tym z lekarzem, zatrudnionym uprzednio w tym zakładzie na podstawie umowy o pracę, jeżeli już w trakcie postępowania kwalifikacyjnego, tj. w momencie składania oferty, posiadała ona status osoby wykonującej zawód medyczny w ramach praktyki indywidualnej, na zasadach określonych w art. 35 ust. 1 pkt 2 ustawy o zoz.

W odniesieniu do lekarzy powyższe kwestie reguluje art. 50 ust. 1 pkt 3 ustawy o zawodzie lekarza⁵⁴, w myśl którego warunkiem wykonywania indywidualnej praktyki lekarskiej jest m.in. uzyskanie zezwolenia oraz wpis do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, zaś warunkiem uzyskania zezwolenia i wpisu jest, zgodnie z art. 50 ust. 4 pkt 2 powołanej ustawy o zawodzie lekarza, między innymi dysponowanie odpowiednim pomieszczeniem, w którym lekarz zamierza wykonywać indywidualną praktykę oraz odpowiednim wyposażeniem. Nie jest więc dopuszczalne zawieranie umów, o których mowa z osobami, które w momencie składania oferty nie dysponowały lokalem i odpowiednim sprzętem medycznym, oraz nie miały zezwolenia i wpisu do rejestru.

Podporządkowanie gospodarki finansowej samodzielnym publicznym zoz rygorom ustawy o rachunkowości⁵⁵ oznacza w szczególności obowiązek sporządzenia rocznego sprawozdania finansowego, nie później niż w ciągu trzech miesięcy od dnia bilansowego (art. 52). Sprawozdanie to podlega zatwierdzeniu przez organ zatwierdzający nie później niż 6 miesięcy od dnia bilansowego. Przed zatwierdzeniem podlega ono badaniu zgodnie z zasadami określonymi w art. 64-67 ustawy o rachunkowości

Naruszenie przepisów tej ustawy, dotyczących rzetelnego prowadzenia ksiąg rachunkowych, a także sporządzania sprawozdania finansowego, poddawania go badaniu i przedkładania wskazanym w ustawie organom, jest zagrożone odpowiedzialnością karną, określoną w art. 77-79 ustawy.

Znowelizowana ustawa o zoz wprowadziła z dniem 5 grudnia 1997 r., na mocy przepisu art. 32e ust. 1, powszechny obowiązek rejestracji i monitorowania wszystkich usług medycznych udzielanych przez publiczne zoz, a także przez podmioty świadczące te usługi na zamówienie określonych w ustawie organów administracji rządowej i samorządowej, w systemie ewidencyjno - informatycznym, zwanym rejestrem usług medycznych (RUM). W tym celu mocą ustawy (art. 32e ust. 2) zostały utworzone następujące jednostki organizacyjne:

⁵³ 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 świadczenia - Dz. U. Nr 76, poz. 363 ze zm. Przepisy tego rozporządzenia obowiązywały, z uwzględnieniem zmian wynikających z ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, o której mowa w przypisie 8, do dnia 5 czerwca 1998 r. Z dniem 31 lipca 1998 r. weszły w życie przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne - Dz. U. Nr 92, poz. 592.

⁵⁴ Zobacz ustawę, o której mowa w przypisie 20.

⁵⁵ Zobacz przypis 21.

centralny rejestr usług medycznych - prowadzony przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, wojewódzki rejestr usług medycznych - prowadzony przez wojewodę, terenowe rejestry usług medycznych prowadzone przez jednostki organizacyjne, które wskazuje i których obszar działania określa wojewoda.

Na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zoz oraz o zmianie niektórych innych ustaw, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej oraz wojewodowie zostali zobowiązani do utworzenia powyższych rejestrów usług medycznych, najpóźniej do dnia 31 grudnia 1998 r.

Na mocy art. 16 ust. 2 tej ustawy, z dniem 1 stycznia 1999 r. zadania związane z prowadzeniem rejestrów, o których mowa, stały się zadaniami kas powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Dokumentowanie usług medycznych udzielonych przez zakłady, powinno mieć miejsce w książeczkach usług medycznych, wydawanych przez jednostki organizacyjne, prowadzące terenowe rejestry usług medycznych, lub w kuponach wolnych wydawanych przez zoz, jeżeli usługa medyczna miała być udzielona osobie nie mogącej okazać książeczki usług medycznych (art. 32e ust. 3, 4, 5). Szczegółowy wykaz aktów wykonawczych, warunkujących praktyczne wdrożenie tych postanowień, do wydania których ustawa zobowiązała Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, określa art. 32e ust. 9. Akty te nie zostały dotychczas wydane.

Odnosnie książeczek usług medycznych, do dnia 6 czerwca 1998 r. obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w tej sprawie⁵⁶, wydane w 1996 r. Przewidywało ono wydanie książeczek usług medycznych wszystkim osobom objętym ubezpieczeniem społecznym i uprawnionym do bezpłatnej pomocy leczniczej na podstawie odrębnych przepisów. Do wydania książeczek zobowiązani zostali wojewodowie, właściwi ze względu na miejsce stałego pobytu osoby uprawnionej. Harmonogram wprowadzania książeczek usług medycznych, stanowiący zał. do rozporządzenia przewidywał, że wydawanie książeczek usług medycznych w 23 województwach⁵⁷ zostanie zakończone do dnia 31 grudnia 1997 r., a w pozostałych 26 - do dnia 31 grudnia 1998 r.

2. Istotne ustalenia kontroli

2.1. W Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej

W wyniki kontroli stwierdzono, że Minister Zdrowia i Opieki Społecznej do 1995 r. nie wykorzystał dla właściwego przygotowania publicznych zoz do funkcjonowania w warunkach samodzielności finansowej, możliwości i podstaw prawnych, jakie w tym zakresie stworzyła od 1991 r. ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zoz.

Przepisy art. 49 pkt 2 tej ustawy, zezwalające na prowadzenie gospodarki finansowej publicznych zoz, jako zakładu samodzielnego, posiadającego osobowość prawną i pokrywającego koszty swej działalności z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów, do 1995 r. praktycznie nie mogły być stosowane z braku niezbędnych przepisów wykonawczych.

Do tego czasu nie została bowiem wykonana przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej delegacja zawarta w art. 54 ust. 2, powołanej ustawy o zoz, dotycząca określenia warunków na jakich następuje przekazanie środków publicznych samodzielnym publicznym zoz, oraz sposobu kontroli wykorzystania tych środków. Dopiero z chwilą wejścia w życie zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 18 maja 1995 r. w sprawie warunków, na jakich następuje przekazanie środków publicznych do samodzielnych publicznych zoz, oraz sposobu kontroli ich wykorzystania⁵⁸ zostały ustanowione niezbędne regulacje, warunkujące finansowanie kosztów działalności, a więc powstała możliwość funkcjonowania zakładów samodzielnych.

Analiza kolejnych regulaminów organizacyjnych Ministerstwa wykazała, że do roku 1995, struktura tego Urzędu nie zapewniała należytego nadzoru nad przebiegiem procesów przekształceniowych w ochronie zdrowia.

Dopiero w wyniku zmiany regulaminu dokonanej Zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1

⁵⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 czerwca 1996 r. w sprawie książeczek usług medycznych - Dz. U. Nr 92, poz. 420, wydane na podstawie art. 6 ust. 4 ustawy z dnia 27 września 1991 r. o zasadach odpłatności za leki i artykuły sanitarne - Dz. U. Nr 94, poz. 422 ze zm. Rozporządzenie to utraciło moc obowiązującą, w związku ze zmianą z dniem 5 grudnia 1997 r. art. 6 ust. 4 wskazanej wyżej ustawy, dokonaną na mocy art. 6 ustawy o zmianie ustawy o zoz, o której mowa w przypisie 8. Na mocy art. 23 tej ustawy, przepisy rozporządzenia, z uwzględnieniem zmian wynikających z tej ustawy, miały zastosowanie do czasu wydania przepisów wykonawczych, przewidzianych w ustawie (art. 32e ust. 9 znowelizowanej ustawy o zoz), nie dłużej jednak niż przez 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, tj. do dnia 5 czerwca 1998 r.

⁵⁷ Dotyczyło to województw: bielskiego, ciechanowskiego, elbląskiego, gdańskiego, gorzowskiego, jeleniogórskiego, kaliskiego, koszalińskiego, legnickiego, lubelskiego, olsztyńskiego, opolskiego, ostrołęckiego, pilskiego, płockiego, poznańskiego, skierniewickiego, słupskiego, suwalskiego, szczecińskiego, tarnobrzemeskiego, wałbrzyskiego i zielonogórskiego.

⁵⁸ Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, o którym mowa w przypisie 2.

czerwca 1995 r., w strukturze Ministerstwa utworzono Biuro Przekształceń Systemowych w Ochronie Zdrowia, do którego zadań należało między innymi opracowywanie analiz i propozycji modyfikacji i usprawniania systemu ochrony zdrowia, w tym także w zakresie jej finansowania.

Od tego roku Ministerstwo podjęło wprawdzie działania na rzecz usamodzielnienia publicznych zoz, prowadzących gospodarkę finansową w formie jednostek budżetowych, jednakże działania te były adresowane do wyselekcjonowanej grupy zakładów, charakteryzujących się bardziej korzystnymi wskaźnikami, w tym zwłaszcza ekonomiczno - finansowymi. Nie mogły one więc dać podstaw do rzetelnej oceny skali trudności, a szczególnie rozmiarów potrzeb finansowych, których zaspokojenie było jednym z istotnych warunków usamodzielnienia publicznych zoz.

W styczniu 1996 r. opracowano w Ministerstwie program pilotażowy przekształceń w ochronie zdrowia, do którego na podstawie specjalnie przygotowanych ankiet zakwalifikowano 64 jednostki z terenu całego kraju. W wyniku negocjacji Minister Zdrowia i Opieki Społecznej zawarł porozumienia z wojewodami, będącymi organami założycielskimi tych jednostek, w których ustalano zakresy i harmonogramy realizacji zadań dla poszczególnych zakładów, oraz wielkość środków finansowych potrzebnych dla ich dostosowania do nowych zasad funkcjonowania, głównie dla poprawy ich infrastruktury. Łącznie przeznaczono na ten cel kwotę 70.000 tys. zł. z rezerwy celowej stworzonej w ustawie budżetowej na 1996 r.⁵⁹

Program nie przewidywał wykorzystania tych środków na oddłużanie zakładów, bowiem zgodnie z zasadami jego funkcjonowania, zaakceptowanymi na posiedzeniu Kierownictwa Ministerstwa w dniu 13 czerwca 1996 r., mogły w nim uczestniczyć jedynie zakłady, które na mocy decyzji organu założycielskiego, prowadziły już gospodarkę finansową w formie zakładu samodzielnego, a więc nie generowały zobowiązań obciążających budżet państwa.

Założenia te w praktyce nie były jednak przestrzegane. Z 64 zakładów zakwalifikowanych do programu i korzystających ze związanego z tym dofinansowania, do końca 1996 r. przekształconych zostało tylko 49 jednostek, a w ciągu następnego kwartału, to znaczy do końca marca 1997 r., usamodzielniono zaledwie 5 dalszych jednostek budżetowych.

W ustawie budżetowej na 1997 r. utworzono rezerwę celową w wysokości 224 mln zł, przeznaczoną na stworzenie warunków do przekształceń jednostek budżetowych ochrony zdrowia w zakłady samodzielne. Ministerstwo opracowało „Program Restrukturyzacji Systemu Ochrony Zdrowia”, który zakładał wykorzystanie tych środków na sanację finansów usamodzielnianych zoz poprzez restrukturyzację ich zadłużenia. Program określał szczegółowy tryb opracowywania przez zakłady wniosków o dofinansowanie i ich wstępnej aprobaty przez organy założycielskie, oraz zakładał, że ostateczne zakwalifikowanie zakładów do udziału w programie nastąpi na podstawie porozumienia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej i tych właśnie organów.

W Ministerstwie nie zapewniono warunków organizacyjnych do wnikliwego, merytorycznego rozpatrzenia tych wniosków dla efektywnego, zgodnego z przeznaczeniem, wykorzystania środków celowej rezerwy budżetowej, dla przyspieszenia procesu usamodzielniania się jednostek ochrony zdrowia. Mimo iż w 1997 r. zgłoszono do Ministerstwa około 600 tego typu wniosków, i mimo krótkiego czasu jaki pozostawał dla przygotowania wniosku do Ministra Finansów o uruchomienie środków z rezerwy celowej, sprawą tą zajmowały się w Ministerstwie tylko 4 osoby. W konsekwencji wnioski, o których mowa, zgłoszone do Ministerstwa nie zostały nawet zarejestrowane, a dla zakwalifikowanych ostatecznie do finansowania w ramach programu łącznie 297 zakładów, z 47 województw, odstąpiono od podpisywania z ich organami założycielskimi odpowiednich porozumień. Na wsparcie finansowe tych zakładów przeznaczono 201,9 ml zł, to znaczy około 90% wspomnianej rezerwy budżetowej, pozostawiając pozostałą jej część do wykorzystania w 1998 r.

Łącznie do końca listopada 1997 r. osobowość prawną uzyskało tylko 145 zakładów opieki zdrowotnej, to znaczy mniej niż połowa z 297 jednostek, które otrzymały środki budżetowe, w ramach omawianego programu, a w tym 59 jednostek, dla których przeznaczono 13,3 ml zł, usamodzielniono jeszcze w 1996 r. Zgodnie z założeniami Programu Restrukturyzacji Systemu Ochrony Zdrowia oraz przeznaczeniem wspomnianej wyżej, celowej rezerwy budżetowej, jednostki, które zostały już usamodzielnione w 1996 r., nie powinny być finansowane z tych środków.

Wprowadzona z dniem 5 grudnia 1997 r. nowelizacja ustawy o zoz⁶⁰, mimo że nadała obligatoryjny charakter przekształceniom publicznym zoz, nie spowodowała jednak istotnego zaktywizowania działań ani Ministra

⁵⁹ Zobacz cz. 83, dz. 97, rozdz. 9718, poz. 33 ustawy budżetowej na 1996 r.

⁶⁰ Zobacz ustawę z dnia 20 czerwca 1997 r., o której mowa w przypisie 8.

Zdrowia i Opieki Społecznej ani wojewodów, dla dostosowania formy działania publicznych zoz do wymagań ustawowych.

Na koniec maja 1998 r. liczba jednostek samodzielnych wyniosła 204. Oznacza to, że od końca listopada usamodzielniono 59 jednostek, natomiast do usamodzielnienia pozostawało jeszcze 780 jednostek utworzonych przez wojewodów i 1.400 jednostek samorządowych.

Dopiero po powołaniu przez Prezesa Rady Ministrów, w dniu 5 czerwca 1998 r., Międzyresortowego Zespołu do Spraw Wdrażania Reformy Ochrony Zdrowia, skierowano w dniu 17 czerwca, do wszystkich wojewodów pismo wicepremierów Leszka Balcerowicza i Janusza Tomaszewskiego oraz Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, nakazujące podjęcie skutecznych działań dla przyspieszenia procesów przekształceń systemowych w ochronie zdrowia. W piśmie tym ustalono jako graniczny termin wystąpienia zakładów o rejestrację sądową, dzień 31 sierpnia 1998 r.

Skuteczność tych działań w praktyce okazała się również niedostateczna, bowiem na dzień 26 października 1998 r.⁶¹ przekształconych zostało ogółem tylko 425 zakładów, co stanowiło zaledwie 31 % ogólnej liczby działających w tym czasie publicznych zakładów opieki zdrowotnej, natomiast na dzień 31 grudnia 1998 r. osobowość prawną uzyskało łącznie 1.121 zakładów, to jest 77 % wszystkich działających w tym czasie.

Ustawa budżetowa na 1998 r. ustanowiła rezerwę celową w cz. 83, poz. 28, w wysokości 310 ml zł, przeznaczoną na reformy systemowe w ochronie zdrowia. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej dopiero w sierpniu 1998 r powołał Komisję problemową ds. opracowania metodologii podziału tej rezerwy, oraz oceny programów restrukturyzacyjnych, przedkładanych przez zoz, ubiegające się o powyższe środki, nie zapewniając właściwego nadzoru ani nad formą, ani wynikami jej pracy.

Komisja ta, kierowana przez Dyrektora Departamentu Przekształceń Systemowych, nie wykonała zadań wskazanych w zarządzeniu o jej powołaniu. Przewodniczący komisji nie opracował nawet regulaminu jej pracy i nie przedłożył go do akceptacji Podsekretarzowi Stanu w Ministerstwie. Komisja nie opracowała też metodologii ani nie ustaliła kryteriów rozdziału środków. Działalność komisji nie była należycie zorganizowana i dokumentowana a z jej posiedzeń nie sporządzano protokółów.

Ostatecznie metodologia i kryteria podziału środków omawianej rezerwy celowej zostały ustalone przez Kierownictwo Ministerstwa dopiero 27 listopada 1998 r., a następnie uzgodnione z Ministerstwem Finansów. W konsekwencji tak późnego ustalenia zasad podziału środków, faktyczne ich uruchomienie nastąpiło decyzjami Ministra Finansów w drugiej połowie grudnia 1998 r., co oznacza, że nie mogły one być efektywnie wykorzystane zgodnie z przeznaczeniem w 1998 r., na przygotowanie zakładów opieki zdrowotnej do działania w formie samodzielnej. Łącznie rozdysponowano tylko około 42% całkowitej kwoty przedmiotowej rezerwy, przekazując te środki do wykorzystania 185 zoz, na wydatki inwestycyjne.

Na podstawie delegacji wynikającej z art. 37 ust. 2 ustawy o zoz, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powinien był ustalić plan rozmieszczenia szpitali publicznych. Plan ten mógł stać się impulsem dla działań wojewodów w zakresie zaprogramowania radykalnych zmian strukturalnych ochrony zdrowia, na podległym im terenie.

Wojewodowie bowiem jako organy odpowiedzialne za zapewnienie mieszkańcom województwa, zadowolającego poziomu świadczeń zdrowotnych byli też uprawnieni do ustalania na ten cel niezbędnych środków finansowych, w ramach budżetu województwa. Wykorzystanie środków wspomnianych rezerw budżetowych na wsparcie tego typu zmian strukturalnych, umożliwiłoby wdrożenie rzeczywistych zmian, dostosowujących podaż usług zdrowotnych na danym terenie do zapotrzebowania.

Delegacja o której mowa, nie została jednak wykonana, natomiast Minister Zdrowia i Opieki Społecznej na podstawie art. 31c ust. 4 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, wydał rozporządzenie z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych⁶², dokonując jedynie podziału już istniejących szpitali na poszczególne poziomy referencyjne, w miejsce przygotowania docelowej koncepcji rozmieszczenia szpitali w Polsce.

⁶¹ Według raportu o stanie zaawansowania przekształceń zoz z dnia 27 października 1998 r. opracowanego przez Zespół ds. Monitoringu i Koordynacji Przekształceń Zakładów Opieki Zdrowotnej Departamentu Przekształceń Systemowych MZiOS, oraz informacji na temat stanu zaawansowania przekształceń zakładów opieki zdrowotnej - do 4 stycznia 1999 r., opracowanej przez Departament Przekształceń Systemowych MZiOS w dniu 4 stycznia 1999 r.

⁶² Dz. U. Nr 164, poz. 1193

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej przypisał natomiast sobie, bez wymaganych ku temu upoważnień, prawo do określania kwoty dotacji z omawianych rezerw budżetowych, nie tylko dla poszczególnych województw, lecz również dla konkretnych zakładów, na określone cele.

Zdaniem NIK stanowiło to nieuprawnione i niecelowe wkroczenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w kompetencje wojewodów, ustawowo zobowiązanych do zapewnienia odpowiedniego poziomu usług zdrowotnych, a w związku z tym uprawnionych do dysponowania środkami określonymi na ten cel w budżecie państwa. Zgodnie z postanowieniami art. 6 ust. 1 i art. 41 ust. 1 Prawa budżetowego⁶³, wojewodowie dysponują wydatkami zaplanowanymi w ich częściach.

Warunki i tryb przekazywania samodzielnym publicznym zoz środków publicznych były regulowane zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 18 maja 1995 r.⁶⁴. Zarządzenie to obowiązywało tylko do dnia 5 czerwca 1998 r. Pomimo to Minister Zdrowia i Opieki Społecznej nie wykonał delegacji zawartej w art. 54 ust. 2 znowelizowanej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i do końca 1998 r. nie uregulował tego problemu. Rozporządzenie w przedmiotowej sprawie zostało wydane dopiero z dniem 31 grudnia 1998 r.⁶⁵. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej nie zapewnił należytego przygotowania organizacyjnego, technicznego i legislacyjnego procesu wdrażania rejestracji usług medycznych.

Na podstawie delegacji zawartej w art. 6 ust. 4 ustawy o zasadach odpłatności za leki i artykuły sanitarne⁶⁶ Minister Zdrowia i Opieki Społecznej wydał w dniu 26 czerwca 1996 r. rozporządzenie w sprawie książeczek usług medycznych⁶⁷.

W rozporządzeniu tym ustalono zarówno wzór książeczek, oraz sposób ich wypełniania, jak też tryb i harmonogram ich wydawania przez wojewodów, ustalający termin zakończenia dystrybucji książeczek na dzień 31 grudnia 1998 r.

Na podstawie tych przepisów w latach 1996 - 1998 powołano w województwach odpowiednią sieć biur rejestracji usług medycznych, przygotowując je stopniowo do wykonywania zadań. Równocześnie postępował druk i dystrybucja indywidualnych książeczek usług medycznych. W wielu województwach książeczki te wydrukowano praktycznie dla wszystkich mieszkańców.

Powołane wyżej rozporządzenie utraciło wprawdzie moc obowiązującą w dniu 6 czerwca 1998 r., jednak już w dniu 5 grudnia 1997 r. wszedł w życie przepis art. 32e ust. 9 znowelizowanej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zawierający delegację dla Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej do wydania aktów wykonawczych, będących kontynuacją i rozwinięciem dotychczasowych rozwiązań ustawowych w odniesieniu do rejestracji usług medycznych.

Wspomniana delegacja zobowiązała Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej do określenia w drodze rozporządzenia, w porozumieniu z Ministrami Obrony Narodowej, Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Transportu i Gospodarki Morskiej, m.in. szczegółowych zasad i trybu rejestracji usług medycznych, wzoru książeczki usług medycznych i kuponu wolnego, sposobu ich wydawania i posługiwania się nimi, wykazu usług medycznych podlegających rejestrowaniu i ich kodów rejestrowych.

Delegacji tej Minister Zdrowia i Opieki Społecznej nie wykonał, podjął natomiast inicjatywę zmiany sposobu rejestracji usług medycznych, z wdrażanego od dwóch lat na terenie całego kraju, systemu rejestracji przy użyciu książeczek usług medycznych, na system elektronicznego rejestrowania, przetwarzania i przekazywania informacji o usługach medycznych, przy użyciu indywidualnych kart elektronicznych, opatrzony roboczą nazwą START.

Pismem z dnia 17 czerwca 1998 r., skierowanym do wojewodów Minister Zdrowia i Opieki Społecznej zapowiedział powyższą zmianę, zalecając równocześnie wszędzie tam, gdzie nie zgromadzono kompletu urządzeń i materiałów dla uruchomienia systemu opartego na książeczkach usług medycznych, zatrzymać proces wdrażania tego systemu, do czasu opublikowania standardów informatycznych systemu START, co miało nastąpić w III kwartale 1998 r.

Inicjatywa ta spowodowała, że w niektórych województwach, gdzie nie zostały zakończone prace nad organizacją i wdrożeniem systemu opartego na książeczkach usług medycznych, wojewodowie zaniechali kontynuowania tych prac, czując się zwolnionymi z obowiązku utworzenia, do końca 1998 r. wojewódzkich i terenowych rejestrów usług medycznych.

Nie zostało więc wykonane postanowienie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zoz oraz o zmianie niektórych innych ustaw, mocą którego Minister Zdrowia i Opieki Społecznej oraz wojewodowie

⁶³ Ustawa z dnia 5 stycznia 1991 r. Prawo budżetowe - j. t. Dz. U. z 1993 r. Nr 72, poz. 344 ze zm.

⁶⁴ Zobacz przypis 2.

⁶⁵ Zobacz przypis 18.

⁶⁶ Ustawa z dnia 27 września 1991 r. o zasadach odpłatności za leki i artykuły sanitarne - Dz. U. Nr 94, poz. 422 ze zm., w brzmieniu obowiązującym do dnia 4 grudnia 1997 r.

⁶⁷ Zobacz przypis 61.

Informacja o wynikach kontroli tworzenia i funkcjonowania samodzielnych publicznych zoz

zostali zobowiązani do utworzenia, najpóźniej do dnia 31 grudnia 1998 r., centralnego, wojewódzkich i terenowych rejestrów usług medycznych.

W zaistniałej sytuacji kasy chorych zostały pozbawione, w bliżej nieokreślonej perspektywie, możliwości wykonywania zadań, związanych z prowadzeniem rejestrów usług medycznych, a co za tym idzie podstaw racjonalnego gospodarowania środkami przeznaczonymi na finansowanie kosztów ubezpieczeń zdrowotnych, które to zadania na mocy postanowienia art. 16 ust. 2 powołanej wyżej ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r., podlegały przejściu przez kasy z dniem 1 stycznia 1999 r.

Oprócz wymienionych wyżej, nie zostały wykonane przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej inne delegacje do wydania aktów wykonawczych do ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zoz oraz ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zoz oraz o zmianie niektórych innych ustaw, dotyczące tworzenia warunków dla wprowadzania reform systemu ochrony zdrowia.

Obowiązek wykonania tych delegacji powstał z dniem wejścia w życie wzmiankowanej ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r., to jest w dniu 5 grudnia 1997 r. Na mocy art. 23 tej ustawy, do czasu wydania przewidzianych w niej przepisów wykonawczych, obowiązywały przepisy dotychczasowe z uwzględnieniem zmian wynikających z ustawy, nie dłużej jednak niż przez 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy - tj. do dnia 5 czerwca 1998 r.

Do końca 1998 r. nie zostały natomiast wydane przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej akty wykonawcze wynikające między innymi z niżej wymienionych delegacji zawartych w ustawie o zoz:

- *art. 13 ust. 5 (w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania),*

- *art. 34 ust. 3 (w sprawie sposobu ustalania opłat za świadczenia zdrowotne udzielane osobom nieuprawnionym w rozumieniu art. 33 ust. 1),*

- *art. 35 ust. 7 (w sprawie dodatkowych warunków, jakie musi spełnić przyjmujący zamówienie w celu wykonywania zadań publicznego zoz, oraz szczegółowych zasad wykonywania tych zadań; szczegółowych zasad ustalania, przekazywania i rozliczania środków za udzielone zamówienie; szczegółowych zasad sprawowania nadzoru i kontroli nad realizacją udzielonego zamówienia),*

- *art. 40 ust. 1 (w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zoz).*

- *art. 66a ust. 6 (w sprawie szczegółowych zadań konsultantów krajowych i regionalnych),*

- *art. 67 ust. 5 (w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zoz).*

Analiza stanu zaawansowania prac legislacyjnych oraz przyczyn opieszałości w przygotowaniu projektów aktów prawnych, o których mowa we wskazanych wyżej delegacjach, wykazała niewydolność jednostek organizacyjnych Ministerstwa zobowiązanych do opracowania tych projektów. Regulamin organizacyjny Ministerstwa, znacznie rozbudowany we wrześniu 1998 r., zatarł granice odpowiedzialności poszczególnych pracowników jednostek organizacyjnych, zobowiązanych m.in. do udziału w pracach legislacyjnych. Za niewystarczającą należy także uznać aktywność departamentów merytorycznych w zakresie prac legislacyjnych podobnie jak nadzór nad ich działaniami w tym zakresie, ze strony właściwych podsekretarzy stanu.

Wychodząc natomiast poza zakres spraw, należących do właściwości Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, Ministerstwo powołując się na przepis art. 44 ust. 4 ustawy o zoz, podjęło inicjatywę wykreowania nowej formy stosunków pracy, nawiązywanych na podstawie umów cywilnoprawnych, pomiędzy organami założycielskimi samodzielnych publicznych zoz, a kierownikami tych zakładów.

W dniu 25 maja 1998 r. Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej skierował do wojewodów pismo, przy którym przesłał do praktycznego wykorzystania wzór umowy o zarządzanie publicznym zoz. Wzór ten nie był wcześniej przedmiotem opinii prawnej i zawierał rażące błędy formalnoprawne, a ponadto proponował szczególnie korzystny dla kierowników zakładów, poziom wynagrodzenia (dziesięciokrotna średnia płaca krajowa) oraz pakiet zabezpieczeń ich interesów, przy równoczesnym, niezrozumiałym ograniczeniu ich odpowiedzialności za szkody wyrządzone zakładowi z winy umyślnej, do wysokości trzymiesięcznego wynagrodzenia.

Powyższy wzór umowy został przez wielu wojewodów bezkrytycznie wykorzystany w 1998 r., narażając skarb państwa na ryzyko wysokich odszkodowań, w przypadku odstąpienia od tak zawartych umów.

Wylansowanej i wprowadzonej przez Ministerstwo w życie, koncepcji umów o zarządzanie publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, w znacznym stopniu preferujących pozycję kierowników zakładów, nie towarzyszyło określenie ani w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, ani wzmiankowanych wytycznych Ministerstwa, szczególnego trybu oceny kandydatów na stanowisko kierownika zakładu, gwarantującego wybór osób o takich kwalifikacjach i doświadczeniu, które mogłyby uzasadniać proponowany stopień ich uprzywilejowania, w stosunku do osób kierujących tymi zakładami na podstawie umów o pracę. Z krytyczną reakcją Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej omawiana inicjatywa spotkała się dopiero w styczniu 1999 r., , kiedy to w wyniku kontroli NIK, została ona poddana ocenie Departamentu Prawnego Ministerstwa.

Pismem z dnia 21 stycznia 1999 r. znak PR-023-MT-105/99, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powiadomił wojewodów, że wzór umowy przekazany do wykorzystania w maju 1998 r., posiadał liczne wady i nie powinien być stosowany. Reakcja ta była jednak zdecydowanie spóźniona i praktycznie bezskuteczna. Z dniem 1 stycznia 1999 r., w związku z wejściem w życie reformy administracji publicznej, zaprzestali działalności wojewodowie, którzy zawarli przedmiotowe umowy z kierownikami samodzielnych publicznych zoz (często w ostatnich dniach grudnia 1998 r.), a funkcje organów założycielskich tych zakładów przejęły w większości samorządy lokalne, które w wyniku tego zostały uprawnione do nawiązywania stosunków pracy z kierownikami tych zakładów na mocy art. 44 ust. 4 ustawy o zoz. Oznacza to, że wojewodowie, będący adresatami cytowanego pisma Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, z dnia 21 stycznia 1999 r., nie mają już kompetencji w tym zakresie.

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zoz dopuściła możliwość zawierania przez organy administracji rządowej oraz samorządowej umów z sektorem prywatnym o udzielanie świadczeń zdrowotnych, jako uzupełnienie oferty usług medycznych publicznej służby zdrowia, przez niepubliczne zoz i przez prywatnie praktykujących lekarzy oraz inne osoby wykonujące zawód medyczny. Zasady zawierania takich umów zostały określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 sierpnia 1993 r. a następnie z dnia 13 lipca 1998 r.⁶⁸

Przy aktywnym udziale Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej możliwość ta została wykorzystana do zawierania przez kierowników publicznych zoz, działających na mocy pełnomocnictw, lub upoważnień udzielonych im przez wojewodów, umów - zleceń o udzielanie świadczeń zdrowotnych, z pracownikami kierowanego zakładu, którzy na okres trwania tych umów, korzystali z urlopów bezpłatnych. Praktyka ta uległa znacznemu zintensyfikowaniu w 1998 r., ponieważ umowy te były znacząco dofinansowywane, za aprobatą Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, ze środków rezerwy celowej ustanowionej w ustawie budżetowej na 1998 r.,⁶⁹ w kwocie 150.000 tys. zł, przeznaczonej na uzupełnienie środków na wprowadzenie systemu zawierania oraz finansowania umów o realizację świadczeń zdrowotnych z osobami wykonującymi zawody medyczne lub innymi podmiotami upoważnionymi do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Metodologia dofinansowania umów z rezerwy celowej, o której mowa wyżej, została sformułowana w sierpniu 1998 r., przez Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej. Określała ona wskaźniki naliczania kwot przyznawanych poszczególnym osobom wykonującym zawód medyczny, w wysokości 400% poprzednio otrzymywanego wynagrodzenia dla anestezjologów oraz 300% dla pozostałych zawodów. Wnioski o dofinansowanie kierowane były przez wojewodów do Ministerstwa z tym że dla części z nich, Ministerstwo stosując podane wyżej wskaźniki, przyznało środki w kwotach wyższych niż wnioskowane przez wojewodów.

Należy podkreślić, że środki zapewnione w budżecie na 1998 r. w formie przedmiotowej rezerwy, miały być przeznaczone na wdrożenie systemu zawierania i finansowania umów o realizację świadczeń zdrowotnych, nie zaś na zaspokojenie finansowych ambicji wąskiej grupy pracowników służby zdrowia. Biorąc natomiast pod uwagę jednorazowy charakter przedmiotowej rezerwy, musiało to oznaczać, że z chwilą wejścia w życie, z początkiem 1999 r., ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i przejęcia obowiązku finansowania kosztów świadczeń medycznych dla osób ubezpieczonych przez kasy chorych, nie będzie warunków, ani uzasadnienia dla kontynuowania, a tym bardziej upowszechnienia tego typu eksperymentów płacowych, podjętych przez Ministerstwo w 1998 r.

Znamienne jest uzasadnienie przyjętego przez Ministerstwo sposobu podziału środków, jakie przedłożył Radzie Ministrów w dniu 13 listopada 1998 r. Podsekretarz Stanu w MZiOS, w ramach stanowiska do uwag resortów, zgłoszonych do informacji Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej nt. uruchamiania rezerw celowych z budżetu państwa w 1998 r. Miała to być: *„...próba określenia wartości pracy lekarza / pielęgniarki - mając na uwadze ich wysokie kwalifikacje oraz bardzo dużą odpowiedzialność.”*, zważywszy na fakt, że *„Nikt do tej pory nie*

⁶⁸ Zobacz przypis 58.

⁶⁹ Cz. 83 - Rezerwy celowe, dział 97 - Różne rozliczenia, rozdział 9718 - Rezerwy ogólne i celowe, poz. 33.

próbował nawet realnie ocenić tej pracy.” oraz biorąc pod uwagę, że „ Zawierane umowy i kształtujący się rynek usług medycznych w roku 1999 i następnym latach zweryfikują powyższe sumy w górę lub w dół.”

2.2. W organach założycielskich i samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej

2.2.1. Działania dla usamodzielnienia publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Wyniki kontroli, a także sformułowane na ich podstawie uwagi i oceny, odnoszące się do organów założycielskich dotyczą w przeważającej mierze wojewodów, bowiem z 40 objętych niniejszą kontrolą organów założycielskich 37 to byli wojewodowie.

Wojewodowie ci, według stanu stwierdzonego w czasie kontroli, nadzorowali 683 publiczne zakłady opieki zdrowotnej, z których do dnia 4 grudnia 1997 r. osobowość prawną uzyskało tylko 131 zoz, a do czasu zakończenia kontroli w poszczególnych urzędach wojewódzkich, tj. w okresie od 15 października 1998 do 15 stycznia 1999 r. łącznie 361 zoz.

Do dnia 4 grudnia wszystkie zoz usamodzielnione zostały tylko w województwach Koszalińskim - 22 zakłady i Słupskim - 7 zakładów.

W tym czasie w województwach: białkopodlaskim, chełmskim, ciechanowskim, leszczyńskim, nowosądeckim, ostrołęckim, tarnobrzeskim, wałbrzyskim, zamojskim i zielonogórskim, osobowości prawnej nie uzyskał żaden zakład. W dziesięciu następnych województwach usamodzielniono w tym czasie 1-2 zakładów.

Tryb i warunki przekształcenia publicznych zoz w jednostki samodzielne, posiadające osobowość prawną, określone w 1991 r. w ustawie o zoz, przewidywały w tym procesie decydującą rolę organów założycielskich tych zakładów, zarówno w zakresie ocen i analiz, które powinny poprzedzać przekształcenie, jak też decyzji⁷⁰. W praktyce rola ta, w procesie przygotowania zakładów do usamodzielnienia, została znacznie ograniczona i sprowadzona w zasadzie do funkcji pośrednika pomiędzy zakładami, ubiegającymi się o przekształcenie a Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej, który przypisał sobie prawo jednostkowych decyzji dotyczących dystrybucji środków finansowych, przeznaczanych przez Państwo na wspieranie reform systemowych oraz restrukturyzację zadłużenia w ochronie zdrowia.

Faktem jest natomiast także i to, że ograniczenie roli i uprawnień organów administracji terenowej, nie spotkało się z ich protestem, bowiem powszechne trudności w zaspokojeniu potrzeb finansowych służby zdrowia, w ramach budżetów wojewodów, uzasadniały aprobatę dla wszelkiego rodzaju ingerencji władz centralnych, jeżeli wiązały się one z możliwością uzyskania dodatkowych środków finansowych. Dość powszechna była natomiast obawa o stopniowe ograniczanie środków przeznaczanych na finansowanie zakładów samodzielnych.

W styczniu 1997 r. Wojewoda Chełmski powołał Zespół ds. Monitorowania Przekształceń w Ochronie Zdrowia, nie określając jednak ani celu powołania Zespołu ani jego zadań. Zespół mimo licznych spotkań, do połowy 1998 r. nie podejmował żadnych inicjatyw, ani nie formułował żadnych wniosków dotyczących usamodzielniania zoz. Wyjaśnia to stanowisko wydziału zdrowia Urzędu Wojewódzkiego, który reprezentował pogląd, że kwota środków przekazywanych zakładom przechodzącym na samodzielność zmniejsza się z roku na rok. Stąd należy przemyśleć decyzję wcześniejszego usamodzielniania się.

W maju 1996 r. Wojewoda Ostrołęcki zgłosił do MZiOS wszystkie zoz w województwie do przekształcenia. W marcu 97 każdy z zoz opracował dokumentację obejmującą podstawowe informacje rzeczowe i ekonomiczne dotyczące jego działalności, w tym harmonogram restrukturyzacji zadłużenia, harmonogram stworzenia warunków do usamodzielnienia oraz zestawienie kosztów restrukturyzacji z podziałem na bieżące i inwestycyjne. Dokumentacja ta została przekazana do Biura Przekształceń Systemowych w Ochronie Zdrowia MZiOS. W styczniu 1997 r. Wojewoda powołał wieloosobowy zespół do opracowania i konsultowania reform w ochronie zdrowia w latach 1997 - 1998. Zespół odbył 2 posiedzenia, bez większego wpływu na tempo i zakres przekształceń. Zbyt liczne grono prezentowało przeciwstawne opinie i oceny, nie pozwalające na formułowanie konstruktywnych propozycji i wniosków.

Działania wojewodów sprowadzały się w zasadzie do organizacyjnego zapewnienia - przygotowania przez zakłady opieki zdrowotnej, materiałów analitycznych i programowych odpowiadających wymaganiom Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, określonym dla zakładów ubiegających się o wsparcie finansowe

⁷⁰ Zobacz art. 36 i art. 51 ustawy, o której mowa w przypisie 1, w brzmieniu obowiązującym do dnia 4 grudnia 1997 r.

związane ze zmianami systemowymi. Materiały te nie były jednak przedmiotem merytorycznej oceny ze strony urzędów wojewódzkich.

Ustawa o zoz nakładała natomiast na organy założycielskie obowiązek⁷¹ poprzedzania, do dnia 4 grudnia 1997 r., decyzji o usamodzielnieniu zakładu, przeprowadzeniem szeregu analiz i ocen dotyczących charakteru działalności zakładu w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych ludności oraz możliwości pozyskania dodatkowych środków finansowych. Jednak ustawa ta nie określiła w swej treści żadnych bliższych wymagań co do formy i podstaw sporządzania tych analiz, ani też nie przewidywała odpowiedniego aktu wykonawczego. Spowodowało to, że obowiązek ten był realizowany przez wojewodów w różny sposób.

Tylko w 10 województwach przekształcenie zakładów było poprzedzane wykonaniem takich analiz. W pozostałych województwach albo nie wymagano od zakładów ubiegających się o przekształcenie, przedłożenia określonych dokumentów, które mogłyby być podstawą przeprowadzenia wymaganych analiz, albo przyjmowano dane i materiały fragmentaryczne, nie odpowiadające wymaganiom określonym w art. 51 ustawy o zoz.

W Województwie Ciechanowskim przekształcenie zoz poprzedzono analizami przeprowadzonymi na podstawie planów rzeczowo - finansowych i kart informacyjnych zoz. Uznano za zbędne sporządzanie odrębnych dokumentów analitycznych skoro Minister Zdrowia i Opieki Społecznej nie określił w jakiej formie należy te analizy sporządzać.

Przedłożone przed przekształceniem Samodzielnego Publicznego Zespołu ZOZ w Kamieniu Pomorskim dokumenty nie zawierały analizy możliwości pozyskania dodatkowych środków finansowych. Uznano bowiem, że środki takie, są to zawsze doraźne źródła finansowania. Nie mogą one być integralną składową budżetu, który powinien być stabilny i racjonalnie konstruowany, i nie może opierać się na wątpliwych źródłach finansowania.

W 1996 r. Wojewoda Gorzowski przekształcił 5 jednostek (ZOZ w: Choszczynie, Skwierzynie, Kostrzynie n/O, Międzyrzeczu i Ślubicach), bez przeprowadzenia analiz, o których mowa w art. 51 ustawy o zoz. Podstawą dla wojewody było zakwalifikowanie tych jednostek przez Ministerstwo do programu pilotażowego, po analizie dokumentacji przedstawionej przez te jednostki. Urząd wojewódzki nie posiadał nawet kopii tych dokumentów.

W lutym 1997 r. Wojewoda Koszaliński wydał decyzję zmieniającą zasady gospodarki finansowej Publicznego ZOZ w Kołobrzegu na zgodne z zasadami art. 49 pkt 2 ustawy o zoz. Decyzja o przekształceniu została poprzedzona sporządzeniem w 1996 r. raportu informacyjnego o zakładzie, który jednak nie spełniał wymogów art. 51 ustawy o zoz. Nie zawierał analizy możliwości pozyskania dodatkowych środków ani propozycji co do działalności zoz po przekształceniu. Materiał nie był podpisany przez dyrektora i nie nosił śladów przekazania go komukolwiek.

Wojewoda Koszaliński decyzją wydana w lutym 1996 r. zdecydował, że Przychodnia Rejonowa w Bobolicach będzie prowadzona w formie zakładu samodzielnego. Przed podjęciem decyzji organ założycielski nie sporządził, ani nie żądał od zakładu, analiz i ocen wynikających z art. 51 ustawy o zoz.

We wrześniu i grudniu 1996 r. Wojewoda Warszawski wydał zarządzenia o przekształceniu dwóch szpitali: Szpitala Położniczo - Ginekologicznego Św. Zofii i Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. Prof. Jana Bogdanowicza w Warszawie przy ul. Niekańskiej. Zarządzenia wojewody o przekształceniu tych szpitali nie były poprzedzone wykonaniem analiz, o których mowa w art. 51 ustawy o zoz. Urząd dysponował jedynie zbiorczymi opracowaniami, nie stanowiącymi analiz poszczególnych zoz, takimi jak: analiza kadry zatrudnionej w jednostkach ochrony zdrowia województwa wg stanu na koniec 95 r., analiza funkcjonowania zasobów łóżkowych, wstępne założenia restrukturyzacji szpitali województwa. Sami autorzy tych opracowań uznali je za mało wiarygodne z uwagi na niekompletne dane wyjściowe (ankiety) służące do ich opracowania.

Wojewoda Koszaliński do końca III kwartału 1997 r. przekształcił wszystkie 22 podległe mu zakłady opieki zdrowotnej, jednakże w Urzędzie nie stwierdzono dokumentów wskazujących, że decyzje te były poprzedzone analizami wymaganymi w art. 51 ustawy o zoz. W uzasadnieniach do decyzji zamieszczono jedynie stwierdzenia, że jednostka spełnia kryteria i warunki zawarte w tym przepisie.

⁷¹ Zobacz art. 51 ustawy wymienionej w przypisie 1, w brzmieniu obowiązującym do dnia 4 grudnia 1997 r.

Wojewoda Słupski w maju 1997 r. przekształcił 7 podległych mu zoz. Zarządzenia w tej sprawie zostały poprzedzone analizami wykonania w latach 1995 - 1997 świadczeń zdrowotnych w zakresie liczby hospitalizowanych, porad ambulatoryjnych, wykonanych protez i dobokaretek. Brak natomiast informacji o wykonaniu analiz wg art. 51 ustawy o zoz.

Z dniem 5 grudnia 1997 r. w związku z wejściem w życie znowelizowanej ustawy o zoz, uległ zmianie charakter przekształceń zoz w zakłady samodzielne, z fakultatywnego na obligatoryjny. Organy założycielskie zostały zwolnione z obowiązku poprzedzania decyzji o przekształceniu zakładów, określonymi analizami i ocenami, w związku z czym decyzje te przybrały formę działań administracyjnych. Został natomiast ustalony ostateczny termin usamodzielnienia wszystkich publicznych zoz na dzień 31 grudnia 1998 r.

Zmiany powyższe nie spowodowały jednak radykalnego przyspieszenia procesów przekształceniowych, bowiem jak już podano wcześniej, o ile na dzień 4 grudnia 1997 r. liczba usamodzielnionych zakładów, podległych wojewodom objętym kontrolą, wynosiła 131, to znaczy 19% wszystkich zakładów nadzorowanych przez tych wojewodów, to do czasu zakończenia kontroli w urzędach wojewódzkich, to znaczy przez blisko rok, liczba ta zwiększyła się do 361, to znaczy zaledwie do 52,8%.

W okresie I półrocza 1998 r., w 19 województwach objętych kontrolą żaden zakład nie uzyskał osobowości prawnej, a w 7 następnych przekształcono 1 - 2 zakładów. Łącznie z 230 zakładów usamodzielnionych w 1998 r. (do zakończenia kontroli), w I półroczu przekształcono tylko 59, to znaczy zaledwie około 25%.

Stopień przekształceń wszystkich zoz podległych poszczególnym wojewodom, do czasu zakończenia kontroli, wahał się od niespełna 12% do 100%. Wszystkie podległe zakłady usamodzielniono tylko 7 wojewodów⁷², a mniej niż połowę aż 17, w tym w 7 województwach⁷³ osobowość prawną uzyskało do tego czasu poniżej 25% zoz.

Ponad 40%, z tych kontrolowanych zakładów, które uzyskały osobowość prawną po dniu 4 grudnia 1997 r. nie przestrzegały wymogu uzyskania wcześniejszej aktualizacji danych zawartych w rejestrze, o którym mowa w art. 12 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.⁷⁴ Z łącznej liczby 27 kontrolowanych zakładów, które uzyskały osobowość prawną po dniu wejścia w życie ustawy o zmianie ustawy o zoz⁷⁵ aż 11 nie dopełniło tego obowiązku.

Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego w Warszawie ul. Krypska 39 uzyskał wpis do rejestru sądowego w dniu 29.12.97 a decyzję o zmianie rejestru, o którym mowa w art. 12 ustawy o zoz, wojewoda wydał dopiero 13 października 98. Zakład nie występował z wnioskiem w tej sprawie.

Wojewódzki Szpital Zespolony w Białej Podlaskiej uzyskał osobowość prawną w dniu 1 kwietnia 1998 r. Do czasu zakończenia kontroli nie zaktualizowano rejestru prowadzonego przez Wojewodę. Szpital nie występował w tej sprawie z wnioskiem do wojewody uznając, że przekazanie wojewodzie postanowienia sądu jest tożsame z wnioskiem.

Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Branicach uzyskał wpis do rejestru sądowego w kwietniu 1998 r.. Szpital nie wystąpił z wnioskiem o aktualizację rejestru wojewody, ponieważ uważał że po przekształceniu szpitala przez wojewodę zmiana zapisu w rejestrze nastąpi automatycznie. Decyzję o aktualizacji zapisu w rejestrze wojewoda wydał dopiero w październiku 1998 r

W żadnym z kontrolowanych województw nie był honorowany przepis art. 35c ustawy o zoz, który przewidywał możliwość prowadzenia, po dniu 4 grudnia 1997 r., publicznego zakładu opieki zdrowotnej w formie jednostki budżetowej, na podstawie decyzji organu założycielskiego, po stwierdzeniu, że usamodzielnienie tego zakładu byłoby niecelowe lub przedwczesne.

Mimo że jak wynika z powyższych ustaleń, znaczna część zakładów przez cały 1998 r. funkcjonowała jako jednostki budżetowe, wojewodowie nie sankcjonowali tego stanu decyzjami w trybie wspomnianego wyżej art. 35c ustawy.

Zaniechanie wydawania tych decyzji tłumaczono albo przekonaniem, że przepis ten nie dotyczy zakładów, które kontynuowały działalność jako jednostki budżetowe, a tylko nowotworzonych, albo twierdzeniem jakoby

⁷² Dotyczy wojewodów: Elbląskiego, Koszalińskiego, Radomskiego, Skierniewickiego, Słupskiego, Suwalskiego i Włocławskiego.

⁷³ Dotyczy byłych województw: chełmskiego, częstochowskiego, ostrołęckiego, rzeszowskiego, tarnobrzęskiego, wrocławskiego i zielonogórskiego.

⁷⁴ Zobacz przypis 13.

⁷⁵ Zobacz przypis 8.

jednostki te znajdowały się w trakcie procesu przygotowania do przekształcenia. Faktem jest natomiast, że decyzji nie wydawano nawet dla takich zakładów, których usamodzielnienie nie było w ogóle planowane, jak np. wojewódzkie kolumny transportu sanitarnego, wojewódzkie zespoły metodyczno organizacyjne, czy wojewódzkie ośrodki medycyny pracy.

2.2.2. Umowy o przekazywanie środków publicznych.

Uzyskanie osobowości prawnej przez zoz, powodowało w efekcie stan prawny, w którym finansowanie kosztów działalności zakładu, a w szczególności dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym nie powinno być realizowane wprost dotacją budżetową, lecz wymagało zawarcia przez dysponenta środków publicznych jako zleceniodawcy z zoz, jako zleceniobiorcą umowy, której warunki zawarcia i zakres regulacji, zostały określone zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej⁷⁶.

Zasada ta nie była w praktyce przestrzegana, a zawarcie umowy, o której mowa nie było traktowane jako obustronne zobowiązanie, warunkujące możliwość prowadzenia działalności przez samodzielny publiczny zoz. Wojewodowie zawierający umowy traktowali je w wielu przypadkach jako techniczną alternatywę przekazania środków publicznych zakładom, której przyjęcie ani nie powodowało istotnych różnic w wielkości środków, jakie przeznaczano na finansowanie działalności zakładu, ani nie wymagało zmian w strukturze oferowanych przez zakład świadczeń zdrowotnych.

Czynnikiem hamującym zawieranie umów było natomiast dość powszechne obustronne przekonanie, że dopiero zawarcie przedmiotowej umowy rodzi skutki w postaci konieczności przejęcia przez wojewodę zobowiązań finansowych zoz. Z tego względu w części umów znalazły się postanowienia dotyczące restrukturyzacji zadłużenia zakładu.

Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych we Włocławku przekształcony w zakład samodzielny zarządzeniem Wojewody Włocławskiego w sierpniu 1997 r. uzyskał osobowość prawną w dniu 12 grudnia 1997. W styczniu 98 a więc po uzyskaniu osobowości prawnej Wojewoda wydał kolejne zarządzenie, na mocy którego przekształcił samodzielny publiczny zoz ponownie w jednostkę budżetową. W uzasadnieniu tej decyzji podano, że pozostawienie zespołu jako samodzielnego publicznego zoz w obecnej strukturze organizacyjnej nie gwarantowało jego prawidłowego funkcjonowania. Zarządzeniu temu nie towarzyszyło wykreślenie zakładu z rejestru sądowego. Po dokonaniu wymaganych przez Wojewodę zmian strukturalnych podpisano w dniu 1 października 1998 r. umowę o przekazanie środków publicznych, w której Wojewoda zobowiązał się do przejęcia zobowiązań zakładu, wraz z odsetkami, według stanu na dzień 31 maja 1998 r.

Wojewódzki Szpital Zespolony w Słupsku uzyskał osobowość prawną w lipcu 1997 r., natomiast w umowie podpisanej z Wojewodą Słupskim w styczniu 1998 r. ustalono, że zobowiązaniami Skarbu Państwa stają się zobowiązania zakładu powstałe przed 1 grudnia 1997 r.

Wojewódzki Szpital Zespolony w Zamościu, podpisał umowę z Wojewodą w dniu uzyskania osobowości prawnej to znaczy w dniu 5 maja 1998 r. W umowie znalazło się zobowiązanie Wojewody do przejęcia zadłużenia Szpitala wraz z odsetkami, powstałego przed uzyskaniem osobowości prawnej.

Stwierdzono, że z 361 zakładów, które do czasu zakończenia kontroli w urzędach wojewódzkich uzyskały osobowość prawną, 80 w ogóle do tego czasu nie zawarły przedmiotowych umów z wojewodami i były praktycznie do końca 1998 r. finansowane jak jednostki budżetowe. W konsekwencji - z 683 zakładów nadzorowanych przez 37 wojewodów objętych kontrolą, tylko 281, to znaczy 41% miało możliwość uzyskania jakichkolwiek praktycznych doświadczeń w prowadzeniu samodzielnej gospodarki finansowej. Pozostałe zakłady, w liczbie 402, przed wejściem w życie z dniem 1 stycznia 1999 r. ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, nie zostały przygotowane do prowadzenia takiej gospodarki.

ZOZ w Kole, uzyskał osobowość prawną w marcu 1997 r. i do końca 1998 r. nie zawarł umowy, mimo że była ona kilkakrotnie negocjowana z przedstawicielami wojewody. Powodem tego było niedoszacowanie środków finansowych na realizację zadań statutowych zawartych w umowie oraz brak środków na przejęcie przez organ założycielski zobowiązań powstałych przed usamodzielnieniem zakładu.

⁷⁶ Zobacz zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, o którym mowa w przypisie 2.

Specjalistyczny Szpital im. Profesora Alfreda Sokołowskiego w Szczecinie - Zduńowie uzyskał osobowość prawną w dniu 29 października 1996 r. i do końca 1998 r. nie zawarł umowy z wojewodą, mimo że projekt umowy przekazano Wojewodzie w listopadzie 1996 r.

Przemysłowy ZOZ w Gdańsku został przekształcony w zakład samodzielny decyzją Wojewody w sierpniu 1997 r., z dniem uzyskania osobowości prawnej, którą zakład uzyskał w grudniu 1997 r. Do końca 1998 r. nie została zawarta umowa o przekazywaniu środków publicznych. Zakład był finansowany na zasadach analogicznych jak jednostka budżetowa.

Z 281 zakładów, które zawarły umowy o przekazanie środków publicznych 39 zakładów zlokalizowanych w 15 województwach, zawarło te umowy ponad 3 miesiące po uzyskaniu osobowości prawnej, przy czym w województwach ciechanowskim gorzowskim i słupskim, wszystkie umowy z samodzielnymi publicznymi zoz zostały zawarte dopiero kilka miesięcy po uzyskaniu przez nie osobowości prawnej. W skrajnych przypadkach zwłoka ta wynosiła blisko rok.

W 22 województwach nie zawarto umów z wszystkimi zakładami posiadającymi osobowość prawną, przy czym w województwach: Chełmskim, Gdańskim, Konińskim, Ostrołęckim i Tarnobrzeskim nie zawarto umowy z żadnym z usamodzielnionych zakładów.

W 19 z kontrolowanych województw stwierdzono nieprzebranie obowiązków wymagających odnośnie warunków, których spełnienie przez zakład powinno poprzedzać zawarcie umowy. W szczególności wojewodowie ci nie wymagali przedłożenia przez zakłady, występujące w roli zleceniobiorców, określonych dokumentów planistycznych i programowych a także informacji o ich aktualnej działalności.

Z 82 samodzielnych zakładów, objętych kontrolą, umowy zawarło 71 zakładów, przy czym 30 z nich, przed zawarciem umowy nie przedłożyło Wojewodzie dokumentacji określonej zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

W Województwie Kieleckim z 30 zakładów podległych Wojewodzie, do końca 1998 r. osobowość prawną uzyskało 9, z tego umowy zawarł Wojewoda z 8 zakładami. Umowy zostały zawarte na podstawie niekompletnych dokumentów. Zdaniem Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego, wydział posiadał dostateczną znajomość realiów poszczególnych samodzielnych publicznych zoz, bez zbędnej dokumentacji, której zakres został określony w zarządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sposób teoretyczny.

W Województwie Krakowskim z 22 zakładów podległych Wojewodzie do czasu zakończenia kontroli usamodzielniono 11 zakładów. Z 5 z nich Wojewoda zawarł umowy. Dokumentacja będąca podstawą zawarcia umów nie odpowiadała wymaganiom zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej lub była dostarczana już po zawarciu umowy. Informacje o działalności zakładu złożyły 4 z pięciu samodzielnych publicznych zoz, ale dane w tych informacjach były nieaktualne, bowiem odnosiły się do lat 1993-1995. Strategiczny plan rozwoju przedłożył tylko jeden samodzielny publiczny zoz, ale nie odpowiadał on wymogom zarządzenia MZiOS. Plany rzeczowo finansowe zostały sporządzone już po podpisaniu umów. Również przed przedłużeniem umów na 1998 r. samodzielne publiczne zoz nie przedłożyły tych planów. Dokonały tego już po podpisaniu umów. Plany te nie odpowiadały wymogom zarządzenia MZiOS, w szczególności brak było w nich liczby poszczególnych świadczeń i ich kosztu jednostkowego.

W Województwie Siedleckim z 9 zakładów podległych wojewodzie, osobowość prawną do końca 1998 r. uzyskało 7 zakładów, z których umowy zawarły tylko 2. Przed zawarciem umów Wojewoda nie żądał żadnych dokumentów. Zdaniem Wydziału Zdrowia niezbędne informacje Urząd czerpał z opracowanych wcześniej przez zoz tzw. programów dostosowawczych oraz statutów i regulaminów, zawierających informacje o aktualnej działalności zoz oraz elementy strategicznego planu rozwoju. Przedłożone przez zakłady plany rzeczowo finansowe nie posiadały rachunku wyników, bowiem uznano, że rachunek taki sporządza się na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych a nie przed rozpoczęciem działalności.

W Województwie Warszawskim z 49 zakładów podporządkowanych Wojewodzie Warszawskiemu do zakończenia kontroli osobowość prawną uzyskało 15 zakładów, z którymi Wojewoda zawarł umowy, nie wymagając przedłożenia planów rzeczowo finansowych. Urząd Wojewódzki uznał za możliwe zawarcie jedynie umów na bazie budżetu historycznego w formie tzw. kontraktu blokowego, to znaczy, że poziom wydatków określany w umowach, był ustalany na podstawie wykonania w roku poprzednim, przy założeniu urzędowych wskaźników wzrostu ustalanych na dany rok.

Stwierdzono, że rzeczowe i finansowe ustalenia umów w 12 kontrolowanych województwach nie były określane na podstawie planów opracowanych przez zakłady. Dotyczyło to w szczególności takich wielkości, jak liczby poszczególnych rodzajów świadczeń, ich jednostkowych kosztów i globalnego kosztu udzielanych świadczeń. Wielkości te były ustalane na zasadach analogicznych jak dla jednostek budżetowych, w bezpośredniej zależności od globalnej kwoty środków, jakie wojewoda przeznaczał na finansowanie ochrony zdrowia.

Województwo Suwalskie należało do tych, w których osobowość prawną uzyskały wszystkie zakłady podległe wojewodzie, i z wszystkimi również zawarto umowy o przekazanie środków publicznych. Faktem jest natomiast, że zawarcie umowy nie powodowało żadnej zmiany w gospodarce i możliwościach finansowych zakładów, bowiem wysokość należności zakładów usamodzielnianych w ciągu roku budżetowego, z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych, ustalana była w kwocie niewykorzystanego przez jednostkę budżetową planu finansowego do czasu jej usamodzielnienia. Do tej kwoty zakłady dostosowywały ceny usług medycznych oraz ich liczbę. Kwoty te były ewentualnie zwiększane aneksami w końcu roku, w przypadku zwiększeń budżetu wojewody, lub rozdysponowania rezerw utworzonych w ramach tego budżetu.

W Województwie Bielskim z 19 zoz, objętych nadzorem przez Wojewodę, do końca kontroli usamodzielniono 18 zakładów, z których umowy zawarto z 12. Zawierane umowy były przedmiotem dwustronnych negocjacji, z tym że w ich wyniku w umowach przyjmowano niższe ilości świadczeń zdrowotnych i należności za te świadczenia. Przykładowo umowa zawarta na 1998 r. z Samodzielnym Publicznym ZOZ w Oświęcimiu przewidywała wartość świadczeń zdrowotnych niższą o około 18 %, niż zakładano w planie rzeczowo finansowym.

Z 6 zoz utworzonych przez **Wojewodę Ciechanowskiego** przekształcono 5, z którymi następnie zawarto umowy. Umowy te nie odzwierciedlały planów rzeczowo finansowych w odniesieniu do liczby porad w lecznictwie ambulatoryjnym oraz wynikających stąd sum należności, jakie zleceniodawca zobowiązał się przekazać samodzielnemu publicznemu zoz. Przeciętnie w umowach, które były wynikiem nie protokołowanych negocjacji, określono tylko 72,4% liczby porad i 69,7% kwoty należności, ujętych w planach poszczególnych samodzielnych publicznych zoz. Jak wyjaśnił dyrektor Wydziału Zdrowia plany były zbiorem życzeń, nie uwzględniających możliwości budżetu wojewody.

Również w **Urzędzie Wojewódzkim w Rzeszowie** we wszystkich umowach (poza ZOZ nr 2 w Rzeszowie) liczba zakupionych świadczeń była niższa od określonej w planach rzeczowo - finansowych. Różnice wynosiły w granicach od 18 - 22%, a w skrajnym przypadku w Samodzielnym Publicznym ZOZ w Strzyżowie, liczba prac z zakresu protetyki stomatologicznej była niższa aż o 92,5%.

Kontrola przeprowadzona w urzędach wojewódzkich wykazała, że w 10 z nich, to znaczy w około 27 % kontrolowanych, umowy zawierane z samodzielnymi publicznymi zoz wykazywały odstępstwa od wymagań zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 18 maja 1995 r., w zakresie uregulowania warunków realizacji zadań określonych umowami a także kontroli ich wykonania.

W przybliżeniu taki sam udział w kontrolowanych zakładach stanowiły te, które zawarły umowy o treści nie w pełni zgodnej ze wzmiankowanym zarządzeniem. Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości polegały na nieustalaniu w umowach liczby i rodzaju zadań objętych umową oraz podlegających stałemu monitorowaniu, a także ilościowych i jakościowych wskaźników służących do oceny wykonania umowy. Również często brak było określenia sankcji finansowych zarówno dla zleceniobiorców, z tytułu niewłaściwej, lub niepełnej realizacji zadań określonych umową, jak też dla zleceniodawców, z tytułu nieterminowego przekazywania środków finansowych.

W Województwie Rzeszowskim umowy nie określały jakościowych wskaźników wykonania umowy, a także sankcji finansowych za niezgodne z umową wykorzystanie środków. Zdaniem Wydziału Zdrowia z uwagi na to, że środki określone w umowach były niższe od zapotrzebowanych nie zachodziła obawa aby były wykorzystane niezgodnie z przeznaczeniem. Ustalono natomiast sankcje finansowe za opóźnienie w przekazaniu środków przez zleceniodawcę.

W umowie zawartej przez **Wojewodę Warszawskiego** ze **Szpitałem Położniczo - Ginekologicznym im. Świętej Zofii** w Warszawie przy ul. Żelaznej określono rodzaje świadczeń, ale nie ustalono ich liczby. Szpital ma wykonywać świadczenia objęte umową dla osób zamieszkałych w obwodzie określonym w załączniku, a innym jeżeli to nie ogranicza świadczeń w ramach umowy, lub ich jakości. W przypadku opóźnienia w przekazaniu

środków wojewoda zapłaci odsetki ustawowe, a szpital w przypadku nie wykonania lub częściowego wykonania umowy zwróci kwotę proporcjonalną do zakresu niewykonanych zadań, a jeżeli niewykonanie umowy nastąpiło z winy szpitala to kwota podlegająca zwrotowi ulega powiększeniu o 10%. Nie określono natomiast ilościowych i jakościowych wskaźników wykonania umowy oraz zadań objętych stałym monitorowaniem przez wojewodę. Umowa ma charakter blokowy tzn. poziom wydatków jest ustalany na podstawie wykonania roku poprzedniego. Nie zostały ustalone ujednocnione formy rozliczenia z wykonania takiej umowy (o charakterze blokowym).

W umowie dopuszczono możliwość udzielenia przez wojewodę dotacji z budżetu na inwestycje i remonty. Art. 55 ustawy o zoz nie przewiduje dotacji dla samodzielnych publicznych zoz na remonty. Zdaniem Dyrektora Wydziału Finansowego Urzędu Wojewódzkiego jest to konsekwencja blokowego kontraktu ze szpitalem, który nie uwzględnia potrzeb remontowych wynikających ze znacznego dekapitalizowania obiektów szpitala. W związku z tym dotacje na remonty, tak na prawdę nie są - zdaniem Dyrektora - dotacjami w rozumieniu art. 55 ustawy o zoz, tylko środkami przekazywanymi w ramach odpłatności za udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Podobnie w umowie z **Wojewódzkim Szpitalem Dziecięcym im. prof. Jana Bogdanowicza w Warszawie** ograniczono wykonywanie bezpłatnych świadczeń tylko do osób uprawnionych, zamieszkałych stale w obwodzie szpitalnym, który został określony szczegółowo w umowie. W umowie przewidziano także dotację od wojewody na remonty w wysokości 250 tys. zł (aneksie na 98 r. dotację na remonty ustalono w wysokości 400 tys. zł.. Nie ustalono sankcji finansowych dla zleceniodawcy z tytułu nieterminowego przekazywania środków.

W umowie zawartej przez **ZOZ w Drawsku Pomorskim z Wojewodą Koszalińskim** nie określono ilości świadczeń medycznych, na realizację których przekazane zostały środki z budżetu wojewody, ilościowych i jakościowych wskaźników wykonania umowy a nawet sumy należności jaką zleceniodawca był zobowiązany przekazać na jej realizację. Wysokość środków na lata 1996, 1997 i 1998 określono jako „ kwotę stanowiącą iloczyn liczby mieszkańców zamieszkałych na obszarze działania Zespołu i kwoty, jaką zleceniodawca otrzymał z budżetu państwa na zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa koszalińskiego, pomniejszonej o wyodrębnione środki na inwestycje wojewódzkie, w przeliczeniu na jednego mieszkańca”.

Z 71 zakładów objętych kontrolą, które zawarły umowy z wojewodą o udzielanie świadczeń medycznych, 20 zawarło umowy, w których zakaz przenoszenia praw i obowiązków wynikających z zawartych umów na osoby trzecie nie był rygorystycznie przestrzegany. Albo zakazu takiego nie zamieszczono w ogóle, albo sprawę tę uregulowano odmiennie niż to wynikało z postanowień § 10 zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej⁷⁷. Wojewodowie albo godzili się na zamieszczanie w umowach klauzuli upoważniającej zleceniobiorcę do zlecenia części świadczeń objętych umową innym podmiotom, albo upoważniali dyrektorów zoz, do zawieraniu w ich imieniu umów w trybie art. 35 ustawy o zoz.

Sytuacja ta była wykorzystywana przez dyrektorów samodzielnych zoz dwojako. Po pierwsze, zgodnie z intencją ustawy, do uzupełnienia w koniecznych przypadkach zakresu świadczeń, o te które nie mogły być wykonywane przez zakład, po drugie natomiast jako metoda zwiększenia płac dla wybranych grup, lub osób zatrudnionego personelu medycznego. Wykorzystywano w tym celu możliwość uzyskania w 1998 r., za pośrednictwem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, dodatkowych środków z centralnej rezerwy budżetowej, pod hasłem wspierania systemu indywidualnych umów o wykonywanie świadczeń medycznych. W praktyce umowy takie były zawierane z upoważnienia wojewodów, przez dyrektorów zakładów, z podległymi pracownikami, którzy na czas trwania umowy korzystali z bezpłatnych urlopów i którym zakład udostępnił, w drodze najmu lub do bezpłatnego użytkowania pomieszczenia oraz sprzęt medyczny i materiały niezbędne do wykonywania określonego zakresu świadczeń medycznych.

Praktykę taką stwierdzono w 21 samodzielnych publicznych zoz, z 82 objętych kontrolą. W sytuacjach szczególnych dyrektorzy (kierownicy) zakładów zawierali umowy z sobą, na świadczenie usług medycznych, głównie w formie dyżurów.

W umowach zawartych przez **Wojewodę Kieleckiego** przewidziano, że zleceniobiorca może przeznaczyć środki przekazane przez zleceniodawcę na wynagrodzenie dla innych zoz z tytułu zlecenia im wykonania specjalistycznych usług medycznych, których sam nie ma możliwości wykonać i jeśli jest to niezbędne dla prawidłowego wykonania umowy. W każdym

⁷⁷ Zobacz przypis 16.

przypadku podzlecenie takie miało być elementem terapii a nie odrębnym zdarzeniem. Oznacza to, że pacjent miał pozostawać pod stałą opieką zakładu zlecającego badanie.

Umowy zawarte przez **Wojewodę Bielskiego** w 1996 r. zawierały zakaz zlecenia wykonania zadań objętych umowami innym podmiotom, chyba że zostanie to uzgodnione w aneksie do umowy. W 1998 r. zapis ten został zmieniony aneksami, dopuszczając powierzenie przez zleceniobiorcę wykonanie zadań określonych w umowie innym podmiotom, stosując art. 35 ustawy o zoz. W maju 1998r. Wojewoda działając na podstawie art. 8 ustawy o terenowych organach rządowej administracji ogólnej, przekazał Wojewódzkiemu Szpitalowi Zespolonemu na czas nieokreślony, zadania i kompetencje wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie zawierania i rozwiązywania umów⁷⁸. Szpital Wojewódzki zawarł w 1998 r. 7 umów o wartości około 1,9 mln zł., w tym na usługi anestezyjologiczne i opiekę lekarską 6 umów o wartości 1,8 mln zł. W tym samym roku, za pośrednictwem wojewody, przedłożono Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej 57 wniosków o dofinansowanie zawartych umów na łączną wartość 11,5 mln zł. We wrześniu 1998 decyzją Ministra Finansów zwiększono budżet wojewody o około 11,0 mln zł z rezerwy celowej (rozd. 9718, poz. 33), które to środki przeznaczono zgodnie z dyspozycją byłego podsekretarza stanu w MZiOS, tylko na dofinansowanie 34 wniosków, ale w kwocie wyższej o około 1,2 mln zł niż wnioskowano. Na prośbę wojewody Minister Zdrowia i Opieki Społecznej zgodził się na wykorzystanie przyznanych środków na dofinansowanie wszystkich 57 wniosków.

W 17 umowach, zawartych przez **Wojewodę Koszalińskiego** dopuszczono zawieranie kontraktów z publicznymi i niepublicznymi zakładami oraz prywatnymi gabinetami na wykonywanie usług objętych umową. Wszyscy dyrektorzy samodzielnych publicznych zoz województwa zostali upoważnieni przez wojewodę do zawierania kontraktów na wykonywanie usług medycznych. Urząd Wojewódzki nie dysponował danymi ile umów i na jaką wartość zawarto z zakładami pełniącymi funkcję pośrednika, w odniesieniu do zakresu świadczeń wykraczającego poza ich własne możliwości diagnostyczne i terapeutyczne.

Z 4 umów zawartych przez **Wojewodę Łomżyńskiego** do czasu zakończenia kontroli, w jednej zawartej z Wojewódzkim Zakładem Patomorfologii, której dyrektorem był urzędujący równocześnie dyrektor Departamentu Przekształceń Systemowych w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, nie zamieszczono klauzuli zakazującej przenoszenia praw i obowiązków na osoby trzecie. W dwóch umowach możliwość przeniesienia obowiązków dopuszczono za zgodą zleceniodawcy, wyrażoną w aneksie do umowy. W jednej umowie zgodzono się, aby zleceniobiorca mógł powierzać wykonanie wszystkich form świadczeń medycznych innym podmiotom a w szczególności mógł zawierać kontrakty na usługi medyczne z prywatnie praktykującymi lekarzami oraz innymi osobami wykonującymi zawód medyczny, w ramach posiadanych uprawnień.

Za zgodą **Wojewody Włocławskiego, Samodzielny Publiczny ZOZ w Aleksandrowie Kujawskim** wynajął w październiku 1998 r. gabinet stomatologiczny z wyposażeniem stomatologowi, będącemu pracownikiem zakładu a równocześnie członkiem rady społecznej tego zakładu, jako przedstawiciel Rady Miejskiej w Aleksandrowie Kujawskim, z którym wojewoda zawarł umowę o świadczenie usług medycznych. Mimo że zakład nie był stroną umowy zapisano w niej że zleceniobiorca składa głównemu księgowemu zakładu, 7 dni po zakończeniu miesiąca rachunek za świadczone usługi. Na tej podstawie zakład, na ustne polecenie Wydziału Zdrowia, wypłacał stomatologowi miesięcznie 12 tys. zł w ramach środków otrzymanych na pokrycie kosztów świadczeń medycznych.

W grudniu 1997 r. **Wojewoda Nowosądecki** zawarł z dyrektorem **Samodzielnego Publicznego ZOZ w Zakopanem** porozumienie (na podstawie art. 8.ust. 1 i 3 ustawy o terenowych organach rządowej administracji ogólnej), w którym powierzył mu zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych z innymi zoz, prywatnie praktykującymi lekarzami i innymi osobami wykonującymi zawody medyczne. Na podstawie tego porozumienia Dyrektor zawarł we wrześniu 1998 r. umowę na świadczenie usług medycznych ze Specjalistycznym Anestezyjologicznym ZOZ w Łodzi, z wyceną świadczonych usług 72 zł/godz., przy pełnym nieodpłatnym i nieograniczonym dostępie do wszelkich środków na terenie szpitala. Zakład zobowiązał się ponadto do wystąpienia do MZiOS o

⁷⁸ Zobacz przypis 58.

dofinansowanie do realizacji umowy. Również we wrześniu dyrektor zawarł analogiczną umowę z 7 pielęgniarkami środowiskowymi na udzielanie świadczeń zgodnie z dotychczasową umową o pracę. Czas pracy określono na 40 godzin tygodniowo a wynagrodzenie - 2.140 zł miesięcznie. Również w tym przypadku zobowiązano się do wystąpienia o dofinansowanie w wysokości 752 - 875 zł od osoby.

Na wniosek dyrektora **Zakładu Leczenia Uzależnień w Charcicach Lekarz Wojewódzki w Poznaniu** wyraził zgodę na zlecenie w uzasadnionych przypadkach dyżurów lekarzom nie zatrudnionym w zakładzie. Na tej podstawie przeniesiono na osoby trzecie obowiązek pełnienia dyżurów. W okresie od stycznia 1997 r. do grudnia 1998 r. dyrektor zakładu zawarł roczne umowy na pełnienie dyżurów z trzema pracownikami zakładu, zarejestrowanymi jako podmioty gospodarcze, w tym z samym sobą, zarejestrowanym jako prowadzący działalność z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz zarządzający zakładem opieki zdrowotnej. Tę umowę w imieniu zamawiającego podpisał kierownik Przychodni Odwykowej w Poznaniu, który zgodnie ze statutem zastępował dyrektora w czasie jego nieobecności. Za pełnienie tych dyżurów umowa przewidywała dla dyrektora, za dyżur 17 godzinny w dni robocze 195 zł, a za 24 godzinny w dni wolne od pracy 470 zł. Za wykonywanie tych dyżurów w okresie od września do listopada 1998 r. (3 miesiące) zakład wypłacił dyrektorowi 10,4 tys. zł.

W **Dolnośląskim Centrum Diagnostyki Medycznej „Dolmed” we Wrocławiu** obok lekarzy pracujących na podstawie umów o pracę Centrum korzystało z usług lekarzy kontraktowych. W 1996 r. zawarto 11 kontraktów, a do końca 1997 r współpracowało z Centrum - 26 lekarzy kontraktowych. W okresie 3 kwartałów 1998 na tych zasadach pracowało w różnym wymiarze czasu 62 lekarzy. Zgodnie z kontraktem Centrum udostępniało odpowiednio wyposażone pomieszczenia, zapewniało rejestrację pacjentów i pobieranie opłat za badania. Lekarz wykonywał badania, prowadził dokumentację medyczną i ubezpieczał się od odpowiedzialności cywilnej. Wysokość wynagrodzenia ustalał dyrektor Centrum w oparciu o obowiązujące cenniki usług medycznych, określając ile % cennikowej wartości usługi otrzyma lekarz. % ten wahał się od 30 dla okulistów i 35 dla laryngologów nawet do 70. Przeciętnie wynosił on około 50%. Wynagrodzenie lekarzy kontraktowych zostało wliczone w koszt usług medycznych i stanowiło bez składek ZUS za 3 kwartały 1998 r. około 17% tego kosztu, a w stosunku do wynagrodzenia pracowników Centrum liczonego ze składka ZUS około 38%.

W styczniu 1998 r. **Wojewoda Słupski** zawarł umowę z dotychczasowym dyrektorem **Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Słupsku** na zarządzanie samodzielnym publicznym zoz. W tym samym miesiącu po podpisaniu kontraktu na zarządzanie Kierownik zawarł z sobą jako lekarzem prowadzącym działalność gospodarczą umowę, podpisaną ze strony zakładu przez osobę wyposażoną w pełnomocnictwo kierownika, na pełnienie dyżurów za wynagrodzeniem zryczałtowanym za każdą godzinę dyżuru w dni powszednie 28 zł i w dni świąteczne 42 zł. Za okres 11 miesięcy 98 r. Kierownik otrzymał za pełnione dyżury zapłatę w łącznej wysokości (brutto 39,6 tys. zł., za pełnienie w tym czasie 1.045 godzin dyżurów, w tym 740 godzin w dni świąteczne (średnio 95 godz. miesięcznie w tym 67,3 świąteczne. W maju i czerwcu liczba godzin w dni świąteczne wyniosła 100 i 101). Umowa o zarządzanie zawarta z wojewoda nakazywała pod rygorem niezwłocznego jej rozwiązania powstrzymanie się od prowadzenia działalności oraz podjęcia pracy w zarządzanym przez siebie zakładzie.

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 18 maja 1995 r.⁷⁹ przewidywało w § 9 ust. 7 obowiązek ubezpieczenia się zleceniobiorcy od odpowiedzialności cywilnej. Obowiązek ten był na ogół przestrzegany. Do czasu kontroli tylko 3 z kontrolowanych zakładów nie zawarło umów ubezpieczenia, lub nie podjęło w tych sprawach odpowiednich działań przygotowawczych.

Faktem jest natomiast, że obowiązek ten był błędnie kojarzony dopiero z zawarciem umów o przekazanie środków publicznych, na podstawie powołanego wyżej zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. W rzeczywistości natomiast konieczność zawarcia takich ubezpieczeń była wynikiem uzyskania osobowości prawnej, co nastąpiło po dokonaniu wpisu do rejestru, prowadzonego przez sąd rejestrowy, a nie po zawarciu umowy ze zleceniodawcą. Jak wynika bowiem z przepisu art. 35b ustawy o zoz, samodzielny publiczny zoz pokrywa samodzielnie koszty swoich zobowiązań, co dotyczy również zobowiązań wynikających z roszczeń z tytułu odpowiedzialności cywilnej.

⁷⁹ Zobacz przypis 2.

2.2.3. Rachunkowość samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

W ramach kontroli dokonano jedynie oceny przyjęcia i stosowania przez samodzielne zakłady podstawowych zasad prowadzenia rachunkowości, określonych w ustawie o zoz oraz w ustawie o rachunkowości⁸⁰. Dotyczyły one w szczególności wprowadzenia w poszczególnych zakładach, zakładowych planów kont, opracowywania i poddawania wymaganym badaniom sprawozdań finansowych z działalności oraz uwzględniania w kosztach działalności odpisów amortyzacyjnych od wartości środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych. Godne podkreślenia jest również to, że sprawa obowiązku naliczania amortyzacji w koszty samodzielnych publicznych zoz nie była jednakowo interpretowana przez organy kontroli skarbowej w różnych województwach. Nieprawidłowości w omawianym zakresie stwierdzono łącznie w 27 kontrolowanych zakładach, w tym w 13 dotyczyły one sposobu ewidencjonowania kosztów oraz sporządzania kalkulacji i rachunku wyników, natomiast w 24 zakładach w kosztach działalności nie uwzględniano odpisów amortyzacyjnych. Tylko w trzech kontrolowanych zakładach⁸¹ stwierdzono natomiast korzystanie z upoważnienia do indywidualnego podwyższania stawki amortyzacyjnej dla urzędzeń poddanych szybkiemu postępowi technicznemu⁸².

Pomijanie odpisów amortyzacyjnych w kalkulacjach kosztów świadczeń zdrowotnych zakładów, z którymi zawierano umowy o przekazywanie środków publicznych, stwierdzono w 13 województwach, a mianowicie: Bielskim, Koszalińskim, Krakowskim, Leszczyńskim, Lubelskim Łomżyńskim, Nowosądeckim, Rzeszowskim, Skierniewickim, Słupskim, Suwalskim, Włocławskim i Zamojskim. Prawie we wszystkich przypadkach uzasadniano to brakiem pokrycia tych kosztów w budżetach wojewodów, za wyjątkiem Województwa Bielskiego, gdzie plany rzeczowo - finansowe zoz, składane przed podpisaniem umów, nie zawierały kosztów amortyzacji. Kontrole Urzędu Kontroli Skarbowej zakwestionowały ujmowanie w bilansach otwarcia i ewidencji księgowej wartości budynków i budowli, na które jednostki nie posiadały aktów własności.

Samodzielny Publiczny ZOZ w Choceniu, utworzony przez **Radę Gminy Chocień**, został przekształcony uchwałą Rady Gminy w czerwcu 1998 r. a osobowość prawną uzyskał 8 września 1998 r. Gospodarka Zakładu była prowadzona na zasadach prawa budżetowego, mimo że w statucie ustalono, że „prowadzi samodzielną gospodarkę finansową zgodnie z zasadami określonymi w planie budżetowym”. Zdaniem Urzędu Gminy Zakład został zakwalifikowany przez Rejonową Izbę Obrachunkową w Bydgoszczy jako jednostka budżetowa i jak dla takiej prowadzona była księgowość. Zakład naliczał amortyzację tylko dla celów statystycznych, natomiast nie księgował jej jako koszt. Przy zakupie wartości materialnych i prawnych umarzano je w 100% i ewidencjonowano na koncie pozabilansowym.

Mimo że **Samodzielny Publiczny ZOZ w Zakopanem** uzyskał samodzielność z dniem 1 sierpnia 1998 r., do 30 listopada nie opracowano zakładowego planu kont, wykazu składników aktywów i pasywów oraz nie założono księgi głównej, rejestrującej operacje w ujęciu syntetycznym. Bilans zamknięcia nosił datę 30 listopada (a nie 1 sierpnia 1998 r.). Ewidencja przychodów i wydatków nie była prowadzona na bieżąco. Przychody były zaksięgowane do 26 sierpnia, a wydatki do 4 września. Według wyjaśnień dyrektora zoz nie był przygotowany do przekształcenia z dniem 1 sierpnia. Jeszcze w dniu 8 lipca 1998 r. Urząd Wojewódzki poinformował zoz, że przekształcenie nastąpi z dniem 1 stycznia 1999, a 29 lipca poinformowano, że 1 sierpnia. W tej sytuacji nie była możliwa zmiana sposobu księgowania.

W **ZOZ W Żywcu**, odpisy amortyzacyjne naliczano od 1997 r. ale tylko od środków trwałych i nieruchomości, na które zakład posiadał akty własności oraz od wartości aparatury, zakupionej za środki własne.

W **ZOZ w Lęborku** w kosztach działalności nie uwzględniano odpisów amortyzacyjnych, uzasadniając to przepisem § 5 ust. 4 pkt 7 Rozporządzenia Ministra

⁸⁰ Zobacz przypis 21.

⁸¹ Dotyczy to: Wojewódzkiego Zakładu Patomorfologii w Łomży, Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych we Włocławku oraz Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. prof. Jana Bogdanowicza w Warszawie, przy ul. Nieklańskiej.

⁸² Zobacz przypis 53.

Finansów w sprawie amortyzacji⁸³, który stanowi, że odpisów amortyzacyjnych nie dokonuje się od środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych, nabytych nieodpłatnie.⁸⁴

W ZOZ w Kraśniku dokonywano wprawdzie naliczania odpisów amortyzacyjnych, jednak miało to tylko charakter ewidencyjny. Nie utworzono bowiem funduszu amortyzacyjnego, argumentując to brakiem środków, mimo że do utworzenia tego funduszu zakład był zobowiązany zarządzeniem Wojewody w sprawie przekształcenia.

*Brakiem środków uzasadniano także niedokonywanie odpisów amortyzacyjnych w **Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Zamościu.***

ZOZ w Łowiczu uzyskał osobowość prawną w czerwcu 1997r., jednak na II półrocze tego roku nie zawarto umowy z wojewodą i zakład był finansowany jak jednostka budżetowa. Nie miał więc praktycznego znaczenia fakt, że w tym okresie w kosztach działalności uwzględniono odpisy amortyzacyjne. Odpisów tych nie ujęto natomiast w planie rzeczowo finansowym na 1998 r., gdyż według wyjaśnień głównej Księgowej, nie pozwoliła na to kwota środków określona w umowie z wojewodą.

Szpital Rejonowy w Iłży uzyskał osobowość prawną we wrześniu 1996 r. i uwzględnił w kosztach odpisy amortyzacyjne do marca 1998 r. kiedy to zakwestionowali to kontrolerzy z Urzędu Skarbowego i biegły rewident, z uwagi na brak określenia przez Wojewodę formy przekazania Szpitalowi majątku trwałego. Zgodnie z ich wnioskami wyśięgowano koszty amortyzacji naliczone za 1997 r. w wysokości 332,4 tys. zł i za dwa miesiące 1998 r. w wysokości 78 tys. zł.

2.2.4. Formy wyposażenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w majątek trwały i sposób gospodarowania tym majątkiem.

Jak wynika z przepisów ustawy o gospodarce nieruchomościami, sposób wyposażenia państwowej osoby prawnej w majątek niezbędny do prowadzenia jej działalności, powinien być określony z chwilą jej utworzenia⁸⁵.

Przepisy dotyczące tworzenia i przekształcania publicznych zoz, zawarte w art. 36 i dalszych ustawy o zoz, nie określają natomiast ani dopuszczalnych form wyposażenia tych zakładów w mienie Skarbu Państwa lub komunalne, ani nawet nie stanowią nakazu jednoznacznego uregulowania tej kwestii przez organ tworzący publiczny zoz.

Faktem jest, że w 1998 r. znaczna część decyzji, organów założycielskich publicznych zoz, dotyczących usamodzielnienia tych zakładów, podejmowana była w warunkach administracyjnych i prawnych nacisków, wynikających z ustalonego na dzień 1 stycznia 1999 r. terminu wejścia w życie reformy powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych. Stan ten nie sprzyjał jednoznaczemu rozstrzygnięciu wszystkich spraw majątkowych w chwili podejmowania decyzji o przekształceniu zoz. Faktem jest również, że mienie pozostające do czasu przekształcenia, w gestii publicznych zoz, w znacznej części nie posiadało uregulowanych praw własnościowych. W toku kontroli, w 57 kontrolowanych zakładach zbadano sposób uregulowania ich praw do mienia, przejmowanego po byłych jednostkach budżetowych.

Stwierdzono, że aż w 31 zakładach, to znaczy w około 55% badanych, organy założycielskie w aktach o utworzeniu (przekształceniu) tych zakładów nie określiły formy prawnej wyposażenia w mienie. Z pozostałych 26 zakładów, 15 otrzymało mienie w bezpłatne użytkowanie, 7 w trwały zarząd, a 4 na własność.

Sprawę tę zbadano również w 25 z kontrolowanych 37 urzędów wojewódzkich. Stwierdzono, że w 10 urzędach, w zarządzeniach o przekształceniu zoz nie określano formy wyposażenia ich w nieruchomości i majątek trwały, w następnych 12 majątek przekazano w bezpłatne użytkowanie, w jednym w trwały zarząd, a w dwóch na własność.

*Zarządzenia **Wojewody Suwalskiego** o przekształceniu zoz nie zawierały postanowień odnośnie formy przejęcia majątku ani nie ustalały wielkości funduszu założycielskiego. Zarządzenia w tej ostatniej sprawie wojewoda wydał odrębnie od 4 do 14 miesięcy po zawarciu z nimi umów o przekazanie środków, przy czym również w tych zarządzeniach nie rozstrzygnięto formy prawnej władania nieruchomościami przez samodzielne zoz. Zdaniem Geodety Wojewódzkiego w Suwałkach, zgodnie z ewidencją gruntów, nieruchomości wymienione w zarządzeniach Wojewody, jako fundusz założycielski*

⁸³ Zobacz przypis 52.

⁸⁴ Zobacz § 5 ust. 1 tego rozporządzenia, w myśl którego odpisów amortyzacyjnych dokonuje się od środków trwałych otrzymanych od Skarbu Państwa lub gminy w nieodpłatne użytkowanie.

⁸⁵ Zobacz art. 51 ust. 1 ustawy o gospodarce nieruchomościami, wymienionej w przypisie 54.

samodzielnych zakładów, stanowiły własność Skarbu Państwa i znajdowały się w zarządzie tych zakładów.

W zarządzeniach **Wojewody Białkopodlaskiego** o przekształceniu zoz status prawny nieruchomości nie został uregulowany. Zarządzenia ustalały jedynie, że fundusz założycielski stanowi wydzielone mienie państwowe, będące dotychczas w zarządzie zoz. W 1997 r. Wojewoda wydzielił ze struktury Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego dwie jednostki a mianowicie Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy i Wojewódzki Zespół Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Nie zostały natomiast podjęte jednoznaczne decyzje, co do rozdysponowania majątku trwałego pomiędzy nowo utworzone jednostki, co spowodowało, że nadal w dyspozycji Szpitala znajdowały się nieruchomości jednostek organizacyjnych które weszły w skład Wojewódzkiego Zespołu Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

Według zarządzenia **Wojewody Olsztyńskiego**, wydanego w lipcu 1998 r. o przekształceniu **ZOZ w Ostródzie** mienie skarbu państwa zakład usamodzielniony powinien otrzymać w zarząd. Do czasu zakończenia kontroli nie rozstrzygnięto ostatecznie w Urzędzie Rejonowym sprawy wygaszenia dotychczasowego zarządu nad tym majątkiem byłego zoz i przekazania go w zarząd samodzielnego publicznego zoz. Zarządzenie nie odnosiło się ponadto do majątku ruchomego. Do czasu kontroli majątek ten nie został formalnie przekazany przez Wydział Zdrowia we władanie samodzielnemu publicznemu zoz.

Zarządzenia **Wojewody Kieleckiego** dotyczące przekształceń zakładów opieki zdrowotnej, wydane do 4 grudnia 1997 r., nie określały formy wyposażenia samodzielnych publicznych zoz w majątek trwały. Stanowiły one, że fundusz założycielski zakładu stanowi mienie państwowe pozostające dotychczas w zarządzie jednostki budżetowej. Zarządzenia wydane w 1998 r. stanowiły natomiast, że zakładowi miały zostać przekazane, w drodze decyzji właściwego organu, w nieodpłatne użytkowanie nieruchomości i majątek skarbu państwa, pozostający dotychczas w zarządzie zakładu.

Wojewoda Koszaliński, który jako jeden z nielicznych do końca III kwartału 1997 r. przekształcił wszystkie podległe publiczne zoz, w zarządzeniach wydanych w tej sprawie nie określił formy przekazania im majątku trwałego. Według wyjaśnień, złożonych w toku kontroli przez Dyrektora Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego, jednostki te dysponowały mieniem na zasadzie zarządu.

Również **Wojewoda Ciechanowski** w zarządzeniach o przekształceniu podległych mu zoz nie ustalił trybu przekazania im majątku trwałego, ani form władania tym majątkiem. Natomiast w statutach samodzielnych publicznych zoz, zatwierdzonych przez wojewodę zamieszczono postanowienia, że zakłady gospodarują samodzielnie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa otrzymanym w nieodpłatne użytkowanie.

W zarządzeniach o przekształceniu zoz, wydanych przez **Wojewodę Poznańskiego** nie określono formy prawnej przekazania mienia. Stwierdzono jedynie, że całość majątku będącego dotychczas w zarządzie zoz, miała stanowić fundusz założycielski samodzielnego publicznego zoz.

Zgodnie z zarządzeniami **Wojewody Bielskiego** o przekształceniu zoz, fundusz założycielski zakładów stanowiło mienie państwowe, pozostające w zarządzie zakładu, obejmujące nieruchomości, których wykaz stanowił załącznik do zarządzenia oraz rzeczy ruchome wg bilansu zamknięcia sporządzonego na dzień zamknięcia działalności zakładu. W październiku 1998 r. Kierownictwo Urzędu Wojewódzkiego w Bielsku Białej postanowiło podjąć działania dla przekazania nieruchomości Skarbu Państwa w nieodpłatne użytkowanie samodzielnemu publicznemu zoz. W czasie kontroli sporządzane były stosowne dokumenty w formie notarialnej.

Zarządzenia **Wojewody Krakowskiego** wydane w sprawie przekształcenia zoz, ustaliły następujący sposób wyposażenia samodzielnego publicznego zoz: nieruchomości gruntowe - użytkowanie wieczyste, trwale związane z gruntem budynki i budowle - nieodpłatnie przekazane na własność, natomiast majątek ruchomy - nieodpłatnie na własność, protokołem zdawczo - odbiorczym.

W zarządzeniach wydanych przez **Wojewodę Opolskiego**, w sprawie przekształceń jednostek budżetowych w samodzielne publiczne zoz określono, że nieruchomości i majątek ruchomy zostały oddane w użytkowanie nieodpłatne.

Z dniem 5 grudnia 1997 r.⁸⁶ zostało ograniczone prawo samodzielnych publicznych zoz do podejmowania czynności prawnych, których wynikiem byłoby dysponowanie majątkiem trwałym zakładu⁸⁷. Prawo to w odniesieniu do zbycia wydzierżawienia lub wynajęcia majątku, albo wniesienia go do spółek lub fundacji zostało uzależnione od zgody organu założycielskiego.

Stwierdzono, że 17 z kontrolowanych samodzielnych publicznych zoz nie przestrzegało powyższego ograniczenia, po jego wejściu w życie, i dysponowało majątkiem samodzielnie w zakresie uzależnionym od zgody organu założycielskiego.

W 1997 r. Samodzielny Publiczny ZOZ w Żninie zawarł 13 umów o dzierżawę pomieszczeń, w tym 8 pomieszczeń przeznaczonych na gabinety dla lekarzy z którymi zawarto kontrakty o usługi medyczne. Na zawarcie tych umów Samodzielny Publiczny ZOZ nie uzyskał (nie występował) zgody Wojewody Bydgoskiego, mimo że zarządzenie o przekształceniu zastrzegło że zbycie lub zmiana przeznaczenia majątku trwałego wymaga zgody wojewody. Dyrektor wyjaśniał, że jakoby nie miała miejsca zmiana przeznaczenia pomieszczeń, bowiem wydzierżawione gabinety, były nadal użytkowane jako gabinety. Część urządzeń, np. unity stomatologiczne, były przekazywane do bezpłatnego użytkowania uzasadniając to tym że były one całkowicie zamortyzowane.

Samodzielny Publiczny ZOZ w Choceniu zawarł w styczniu 1997 r. umowę o wynajem Kierownikowi Zakładu Opieki Zdrowotnej w Czerniewicach pomieszczenia 12 m2 wraz z aparaturą stomatologiczną obejmującą fotele, wiertarki, lampy bezcieniowe, unit i sterylizator za miesięczny czynsz w wysokości 20 zł. Zdaniem Dyrektora czynsz nie obejmował opłat za sprzęt medyczny ze względu na jego bardzo niską wartość księgową. W 1998 r. umowa nie została wypowiedziana ani nie wystąpiono o zgodę organu założycielskiego, na jej kontynuowanie.

Wojewódzki Ośrodek Rehabilitacyjny w Kochcicach wydzierżawił szereg pomieszczeń, nie występując o zgodę wojewody i nie aktualizując ustalonego w umowach czynszu. Zakład dysponował ponadto lokalami mieszkalnymi, przeznaczonymi dla pracowników zakładu a także emerytów i rencistów, byłych pracowników. Koszt utrzymania tych lokali znacznie przewyższał wpływy z tytułu ich najmu, które były regulowane przez radę gminy. W 1997 r. zakład poniósł stratę na tej działalności w wysokości około 9 tys. zł.

W dniu 15 grudnia 1997r. Szpital Położniczo - Ginekologiczny im. Św. Zofii w Warszawie przy ul. Żelaznej sprzedał składniki środków trwałych, poprzedzając to postępowaniem likwidacyjnym, w trakcie którego stwierdzono, że sprzedawany sprzęt pralniczy i aparatura rentgenowska są zbędne dla szpitala, z uwagi na wysoki stopień zużycia i przestarzałą konstrukcję. Jako podstawę przyjęto § 3 ust. 1 pkt 1 Instrukcji nr 5/83 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej⁸⁸, pomimo iż instrukcja ta ma zastosowanie tylko do jednostek organizacyjnych resortu zdrowia i opieki społecznej. Na powyższe transakcje nie uzyskano natomiast zgody wojewody warszawskiego. Ponadto Szpital zawarł umowy z Fundacją dla Szpitala Położniczo - Ginekologicznego św. Zofii w Warszawie na dzierżawę szeregu pomieszczeń i aparatury medycznej. Trzy z tych umów zawarto po 5 grudnia 1997 r. Na żadną z nich Szpital nie występował o zgodę wojewody. W styczniu 1998 r. Dyrektor Wydziału Zdrowia U.W. poinformował dyrektorów samodzielnych publicznych zoz podległych Województwu Warszawskiemu, że na podstawie przekazanych im uprawnień, oraz na podstawie zapisów w umowie z wojewodą i zapisów w statutach, dyrektorzy sami decydują o sposobie wykorzystania przekazanych im składników majątkowych, pod warunkiem nie przekroczenia otrzymanych uprawnień i nie ograniczenia wykonywania świadczeń zdrowotnych. W związku z tym umowy o najem pomieszczeń, gabinetów i sprzętu medycznego nie wymagają akceptacji wydziału zdrowia.

Szpital uzyskiwał też środki z tytułu udostępniania innym firmom możliwości prowadzenia na swym terenie działalności usługowej lub reklamowej. Łącznie w 1997 r wpływy z tego tytułu wyniosły 108,7 tys. zł, z czego około 70% stanowiły wpływy z Fundacji

⁸⁶ Z dniem wejścia w życie ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, o której mowa w przypisie 8.

⁸⁷ Zobacz przepis art. 53 ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, wymienionej w przypisie 1.

⁸⁸ Zobacz Instrukcję nr 5/83 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 lipca 1983 r. w sprawie postępowania ze zbędnymi urządzeniami technicznymi przez jednostki organizacyjne resortu zdrowia i opieki społecznej - Dz. Urz. MZiOS Nr 8, poz. 42.

na rzecz Szpitala św. Zofii. Wpływy te nie były odrębnie księgowane i nie były opodatkowane. Statut dopuszcza działalność gospodarczą wydzielonych jednostek Szpitala, jednakże w szpitalu nie utworzono takich jednostek. Szpital powołując się na orzeczenie NSA z dnia 20 lutego 1996 r. w sprawie II S.A. 442/95 stwierdził, że wynajmowanie lokali stanowi pobieranie pożytków z rzeczy (art. 53 § 2 Kodeksu cywilnego) i nie jest prowadzeniem działalności gospodarczej.

Na podstawie powyższego pisma, **Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa - Wola przy ul Ciołka**, nie występował o zgodę Wojewody Warszawskiego na kontynuację zawartych z różnymi podmiotami gospodarczymi, 36 umów najmu pomieszczeń i gabinetów lekarskich oraz 5 umów dzierżawy pomieszczeń użytkowych. Z tego tytułu Zespół uzyskiwał miesięcznie kwotę około 26 tys. zł.

Według stanu na koniec września 1998 r. **Szpital Wojewódzki Nr 2 w Rzeszowie** wynajmował w swoich budynkach 671 m² powierzchni użytkowej, na podstawie umów najmu z 13 podmiotami. Jedną z tych umów była zawarta w 1998 r. na prowadzenie apteki. Umowy te były zawarte bez zgody organu założycielskiego. Ponadto szpital wydzierżawił 6181 m² terenu niezabudowanego na parkingi. O zamiarze poinformowano Wydział Zdrowia U.W., a brak odpowiedzi potraktowano jako akceptację.

Specjalistyczny Onkologiczny ZOZ w Lublinie zawarł 7 umów najmu i jedną użyczenia bez zgody organu założycielskiego. Użyczenie dotyczyło przekazania wyposażenia kuchni w nieodpłatne użytkowanie Warsztatom Szkolnym Zespołu Szkół Gastronomicznych, które prowadzą obsługę w zakresie żywienia zbiorowego pacjentów szpitala. Wyposażenie to o wartości około 173 tys. zł. zakupiono w 1997 r., w ramach środków otrzymanych z tytułu udziału w programie pilotażowym.

Przychodnia Rejonowa w Bobolicach prowadziła sprzedaż po cenach ewidencyjnych, sprzętu medycznego, zakupionego w latach 1996 - 1998 dla lekarzy rodzinnych i lekarzy specjalistów zatrudnionych w Przychodni na kontraktach. Na sprzedaż urządzeń w 1997 r. o wartości 30,6 tys. zł. uzyskano zgodę Wojewody Koszalińskiego. Natomiast sprzedaż w 1998 r. o wartości 77,5 tys. zł. nastąpiła bez takiej zgody. Usługi rehabilitacyjne świadczone były w gabinetach z pełnym wyposażeniem w sprzęt medyczny, które zostały oddane przez Przychodnię w nieodpłatne użytkowanie 2 technikom rehabilitacji. Na tej samej zasadzie udostępniono lokal z wyposażeniem lekarzowi pediatrze.

2.2.5. Sprawowanie nadzoru nad działalnością samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez ich organy założycielskie.

Zakres rzeczowy nadzoru, do sprawowania którego zobowiązane były organy założycielskie samodzielnych publicznych zoz wynikał z przepisów o kontroli zakładów⁸⁹ oraz zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie warunków na jakich następuje przekazanie środków publicznych do samodzielnych publicznych zoz, oraz kontroli sposobu ich wykorzystania.⁹⁰

Z punktu widzenia oceny prawidłowości i efektywności procesów przekształceń publicznych zoz z jednostek budżetowych w podmioty posiadające osobowość prawną, istotne znaczenie miała bieżąca ocena i kontrola, z jednej strony zmian jakie wystąpiły w podaży świadczeń medycznych, tak odnośnie ich ilości (dostępności), jak też jakości oraz jednostkowego kosztu, z drugiej zaś celowości i gospodarności wydatkowania środków publicznych, określonych umową.

Zadania te nie były jednak przez wojewodów należycie realizowane. Zaniedbania w sprawowaniu nadzoru stwierdzono w 26 z kontrolowanych urzędów wojewódzkich. Tak niskie zainteresowanie wojewodów efektami dokonywanych przekształceń zoz było wyjaśniane znacznym zaangażowaniem w przygotowanie i wdrażanie reformy systemu ochrony zdrowia oraz faktem, że znaczna część zakładów, do końca 1998 r. funkcjonowała samodzielnie przez krótki okres, co nie dawało podstaw do wiarygodnych ocen uzyskiwanych efektów.

Urząd Wojewódzki w Radomiu nie prowadził rzetelnego nadzoru nad realizacją postanowień zawartych w umowach o przekazanie środków publicznych. We wszystkich umowach określono zasady kontroli realizacji umów oraz zastrzeżono, że przekazane środki nie mogły być wykorzystane na inne cele niż określono w umowach. Stwierdzono, że Urząd nie przeprowadził żadnej kontroli w usamodzielnionych zakładach ani nie wyegzekwował od

⁸⁹ Zobacz rozdział III ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, wymienionej w przypisie 1.

⁹⁰ Zobacz przypis 2.

nich kompletnych rozliczeń. W toku kontroli usamodzielnione zakłady przedstawiły rozliczenia otrzymanych środków, z których wynika, że zakłady wydatkowały niezgodnie z przeznaczeniem środki oszacowane na około 2,2 mln zł.

Urząd Wojewódzki w Łodzi nie prowadził analizy wpływu dokonanych przekształceń na dostępność świadczeń, zmiany zatrudnienia i wykorzystania kadr i specjalistycznej aparatury w samodzielnych zakładach, tłumacząc to zbyt krótkim okresem czasu funkcjonowania w warunkach samodzielności (do końca 1997 r. osobowość prawną uzyskały tylko 2 zakłady z 16 podległych Wojewodzie).

Zakłady przedkładały miesięczne rozliczenia otrzymanych środków finansowych, nie określając podstawy stawek jednostkowych przyjmowanych w rozliczeniu, których nie określała umowa. Urząd nie kwestionował ani rozliczeń ani wysokości tych stawek. Umowy dopuszczały tolerancje ilości świadczeń +/- 5%, bez konieczności renegotjacji wysokości kwoty środków określonych umową. Zasada ta nie była przestrzegana. Urząd dopuszczał znaczne odchylenia liczby wykonanych świadczeń, nie wymagając zwrotu przekazanych środków, uzasadniając to koniecznością utrzymania stanu gotowości zoz do przyjęcia pacjentów, bez względu na ich aktualną liczbę a ponadto w warunkach braku rejestru usług medycznych, każda liczba usług podana przez zoz jest mało wiarygodna. Około 70% kosztów to wydatki płacowe niezależne od liczby świadczeń.

Urząd Wojewódzki w Rzeszowie przeprowadził tylko w 1997 r. kontrolę ruchu kadrowego i wykonania umowy w Szpitalu Wojewódzkim Nr 2. Pierwsza z nich wykazała, że po przekształceniu zatrudnienie na pełnych etatach wzrosło o 34 pracowników, to znaczy o około 2%. Stwierdzono też znaczne odchylenia realizacji umowy w stosunku do jej ustaleń, tak pod względem liczby świadczeń, jak jednostkowych kosztów. Mimo to Urząd nie wydał Szpitalowi żadnych zaleceń. W pozostałych samodzielnych publicznych zoz nie było możliwości przeprowadzenia kontroli z uwagi na dodatkowe zadania wynikające z reformy ochrony zdrowia. Nie zostały ustalone zunifikowane formy sprawozdawczości i rozliczeń z wykonania umów. Z tego względu dane o wykonanych świadczeniach samodzielne publiczne zoz przedstawiały według własnego uznania.

Urząd Wojewódzki w Radomiu nie wykonywał własnymi siłami ani nie zlecał innym jednostkom kontroli funkcjonowania przekształconych zakładów. Nie dokonywano też rozliczenia środków przekazanych samodzielnym zakładom. Szpital Rejonowy w Iłży nie dokonał rozliczenia umowy z 1996 r. W rozliczeniu środków otrzymanych w 1997 r. rozliczył o 470 tys. zł. mniej niż otrzymał. Brak informacji o przeznaczeniu 230 tys. zł. otrzymanych od wojewody na kształcenie i podnoszenie kwalifikacji. Na ten cel Szpital nie wydatkował żadnych kwot. Wojewódzki Szpital w Radomiu również nie dokonał rozliczenia umowy z 1996 r. Brak też rozliczenia umowy z 1997 r. Praktycznie od żadnego z samodzielnych publicznych zoz Urząd nie wyegzekwował rzetelnego rozliczenia. Urząd nie zwracał się do żadnego samodzielnego publicznego zoz o uzupełnienie rozliczeń. Nie przekazywał też informacji o zatwierdzeniu lub niezatwierdzeniu rozliczeń.

Podobnie w **Urzędzie Wojewódzkim w Siedlcach** nie stwierdzono obecności dokumentów, które wskazywałyby na przeprowadzanie wymaganych analiz czy kontroli. Wg wyjaśnień analizy te były prowadzone, tylko w innej formie, w oparciu o sprawozdania nt. ilości wykonanych świadczeń zdrowotnych. Brak potwierdzenie jednak tego w dokumentacji Wydziału Zdrowia. Zdaniem Wydziału analiz tych nie sporządzano w formie pisemnej, ponieważ uznano, że nie ma takiej potrzeby. Nie przeprowadzano też kontroli wykonania umów, ponieważ ustne informacje przekazywane przez dyrektorów jednostek dyrektorowi Wydziału Zdrowia, w czasie jego wizyt w tych jednostkach, wskazywały na brak potrzeby takich oficjalnych kontroli. Zamiast rozliczenia z wykonania umów i wykorzystania przeznaczonych na ten cel środków, przedłożono Wydziałowi Zdrowia informację o wykonaniu poszczególnych świadczeń objętych umową oraz statystyczne sprawozdania finansowe F-02, obejmujące całość gospodarki finansowej jednostek. Sprawozdania zostały zatwierdzone przez Wydział Zdrowia.

W **Województwie Warszawskim** analiz działalności samodzielnych publicznych zoz w omawianym zakresie, ani kontroli wykonywania umów nie wykonywano, argumentując to dużym spiętrzeniem prac związanych z usamodzielnianiem jednostek i reformą służby zdrowia, a także niedostateczną obsadą personalną. We wrześniu 1998 r. Wydział Zdrowia zwrócił się do specjalistów wojewódzkich z poszczególnych dziedzin o ocenę wykorzystania

aparatury i przygotowanie wniosków na zakup nowej. Polecenie nie zostało wykonane, również ze względu na duże obciążenie pracą. Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez samodzielne publiczne zoz były zawierane w układzie blokowym, to znaczy bez analitycznego określania liczby i kosztów poszczególnych świadczeń. W takim więc układzie były przedkładane i zatwierdzane rozliczenia, jako że akty prawne nie określały w jakiej formie miały być przedłożone rozliczenia finansowe.

Również w **Województwie Częstochowskim** nie dokonywano ocen efektów dokonanych przekształceń. W wyniku bezpośrednich kontaktów z dyrektorami samodzielnych publicznych zoz Urząd był przekonany o poprawnym przebiegu usamodzielniania i braku jakichkolwiek ujemnych skutków. W zakresie kontroli wykonania zawartych umów brak dokumentów świadczących o planowaniu i wykonaniu kontroli. Uznano, przy szczupłej obsadzie w Wydziale Zdrowia, że dostateczny zasób informacji zawierają sprawozdania samodzielnych publicznych zoz przedkładane Wojewódzkiemu Zespołowi Metodycznemu i analizie przygotowywane na tej podstawie przez ten Zespół. Kontrole nie były również przeprowadzane przez Wydział Finansowy. W Urzędzie brak dokumentów stwierdzających zatwierdzenie rozliczeń z wykonania umów, przedkładanych przez samodzielne publiczne zoz. Nie dokonywano nawet porównania rzeczowego wykonania z wielkościami określonymi w umowach, przyjmując je w formie, w jakiej zostały opracowane przez samodzielne publiczne zoz, tylko do celów statystycznych. Np. w rozliczeniu świadczeń medycznych wykonanych w 1997 r. przez Samodzielny Publiczny ZOZ Blachownia wykazano następującą ilość świadczeń, których nie uwzględniono w umowie: 4.337 osobodni - wykonanych na Oddziale Noworodków i Wcześnieaków, 3.059 porad - wykonanych przez Ośrodek Protetyki Stomatologicznej, 3.300 przewozów - wykonanych przez Dział Pomocy Doraźnej (wyjazdy do zachorowań i wypadków).

Urząd Wojewódzki w Poznaniu nie dysponował oceną wpływu dokonanych przekształceń na dostępność świadczeń. Zdaniem dyrektora Wydziału Zdrowia ocen tych nie dokonywano z uwagi na krótki okres funkcjonowania nowych form finansowania oraz na fakt, że tylko nieliczne zakłady zostały przekształcone. Wstępna ocena sytuacji ekonomicznej wskazuje na pewną poprawę. Zginęło zjawisko zaciągania zobowiązań bez pokrycia. Nie są natomiast prowadzone analizy wykorzystania majątku trwałego, z uwagi na braki kadrowe w wydziale. Kontrole finansowo - problemowe Wydział Organizacji i Nadzoru przeprowadził w 1998 r. w 6 samodzielnych publicznych zoz. Nieprawidłowości stwierdzono w dwóch jednostkach. Sprawozdania finansowe trzech samodzielnych publicznych zoz za 1997 r. zostały poddane badaniu biegłych. Nieprawidłowości nie stwierdzono. Sprawozdania z rzeczowego wykonania umów wykazywały natomiast niekiedy znaczne odchylenia od liczby usług określonych w umowie, nawet o ponad 50%. Nie powodowało to jednak korekty należnej kwoty, mimo że w umowach dopuszczano, bez konieczności re negocjacji warunków finansowych, odchylenia rzędu $\pm 5\%$, lub $\pm 10\%$.

Na tle dość powszechnych zaniedbań urzędów wojewódzkich w zakresie nadzoru nad działalnością samodzielnych publicznych zoz, korzystniejszą sytuację stwierdzono w **Województwie Katowickim**. W marcu 1998 r. Urząd Wojewódzki dokonał oceny działalności zakładów samodzielnych w 1997 r., na podstawie danych z 5 zakładów, z którymi zawarto umowy. Stwierdzono, że dla badanych zakładów zwiększyła się w 1997 r. liczba porad oraz łączna liczba osób hospitalizowanych. Pobyt w szpitalu skrócił się przeciętnie o 1 - 2 dni w porównaniu z 1996 r., zatrudnienie zmniejszyło się o 4,5%, trzy zakłady uzyskały zysk, jednak łącznie samodzielne publiczne zoz wykazały stratę za okres samodzielnej działalności. W latach 1996 - 1998 wykonano łącznie 20 kontroli wykonania umów w 12 samodzielnych publicznych zoz. W uzasadnionych przypadkach wydawano zalecenia pokontrolne.

2.2.6. Celowość wykorzystywania dotacji budżetowych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Z 82 zakładów, objętych kontrolą dotacje z budżetu, w latach 1997 i 1998, już po uzyskaniu osobowości prawnej, otrzymało łącznie 51 zakładów w globalnej kwocie 38.057 tys. zł. W przeważającej części, bo aż w 64 %, dotacje te miały przeznaczenie inwestycyjne, a ponadto celem ich było wspomoczenie procesów przemian systemowych, w tym w zakresie związanego z tym szkolenia personelu oraz zmian strukturalnych.

W toku kontroli zbadano czy dotacje dla samodzielnych publicznych zoz zostały przyznane przez dysponentów środków budżetowych na cele prawnie dopuszczone,⁹¹ a także czy beneficjanci tych dotacji wykorzystali je zgodnie z ich przeznaczeniem. Stwierdzono nieprawidłowości w omawianym zakresie w 12 kontrolowanych zakładach, to znaczy w prawie co czwartej dotowanej jednostce.

Należy podkreślić, że około 20% globalnej kwoty dotacji przyznanych samodzielnym publicznym zoz, zostało przeznaczone (niekiedy już przez dysponentów tych środków) na cele niezgodne z wymaganiami art. 55 ustawy o zoz, a w przypadku rezerw celowych, niezgodnie z ich przeznaczeniem określonym w ustawach budżetowych.

Wojewoda Łódzki rozdysonował w 1997 r., niezgodnie z przeznaczeniem, część dotacji z rezerwy celowej, przyznanej decyzją Ministra Finansów z 17 stycznia 1997 r. w łącznej kwocie 3.340 tys. zł. Według dyspozycji zamieszczonej w decyzji Ministra Finansów dotacja była przeznaczona na pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne oraz na inwestycje w celu stworzenia warunków do funkcjonowania zoz w formie zakładów samodzielnych, w tym dla Specjalistycznego Psychiatrycznego ZOZ łącznie w wysokości 800 tys. zł i dla Specjalistycznego ZOZ Gruzlicy i Chorób Płuc - 830 tys. zł. W umowach o przekazanie tych środków, zawartych w dniu 9 grudnia 1997 r., Wojewoda przeznaczył te środki wyłącznie na zakupy wyposażenia i sprzętu oraz na remonty i adaptację pomieszczeń. Dotowane zakłady wykorzystywały otrzymane środki w całości na cele określone przez Wojewodę.

Wojewódzki Zakład Patomorfologii w Łomży otrzymał w grudniu 1997 r. od Wojewody dotację celową, na realizację programu restrukturyzacji Zakładu, w kwocie 100 tys. zł, z tego 70 tys. zł. na inwestycje i 30 tys. zł. na koszty uczestnictwa w szkoleniu i podnoszeniu kwalifikacji. Z tej kwoty 16,2 tys. przeznaczono na opłacenie umowy kontraktowej zawartej z jednym z lekarzy, który obciążył samodzielny publiczny zoz kosztami konsultacji wybranych przypadków histopatologicznych, mających jakoby równocześnie walor i charakter szkolenia personelu. Jak wynika z wyjaśnień Dyrektora Samodzielnego Publicznego ZOZ, który od 1 sierpnia 1998 r. był równocześnie dyrektorem Departamentu Przekształceń Systemowych MZiOS, ten sposób szkolenia personelu został zaakceptowany zarówno przez Ministerstwo, jak i przez organ założycielski. Ze środków tych dokonano także zakupu wyposażenia komputerowego, co nastąpiło z naruszeniem przepisów ustawy o zamówieniach publicznych, a ponadto zakupione wyposażenie było niekompletne i mogło być wykorzystywane jedynie do prac biurowych, a nie jak przewidywano do ewidencji i opisu diagnostyki badań oraz ich archiwizacji.

Wojewódzki Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży, otrzymał w 1997 r. , przed uzyskaniem osobowości prawnej, z rezerwy celowej 200 tys. zł., na stworzenie warunków do przekształcenia. Do końca roku z kwoty tej nie wykorzystano 192,9 tys. zł. Środki te pozostały na koncie ośrodka, który od 2 stycznia 1998 r. uzyskał już osobowość prawną. Ze środków tych Ośrodek wykorzystał na remont i modernizację piwnicy 154 tys. zł.

W grudniu 1997 r. **Samodzielny Publiczny ZOZ w Suwałkach** otrzymał z budżetu wojewody dotację w wysokości 500 tys. zł na pokrycie kosztów uczestnictwa w kształceniu i podnoszeniu kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne. Zgodnie z przeznaczeniem wydatkowano tylko 19,4 tys. zł, natomiast resztę wykorzystano na spłatę zobowiązań.

Centrum Medycyny Profilaktycznej w Krakowie otrzymało w grudniu 1997 r. od Wojewody, z rezerwy celowej na 1997 r., środki w wysokości 910 tys. zł., z przeznaczeniem: 417 tys. zł na pokrycie kosztów uczestnictwa w kształceniu i podnoszeniu kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne oraz 493 tys. zł na inwestycje, w celu stworzenia warunków do samodzielnego funkcjonowania zakładu. Centrum otrzymane środki ulokowało na dwóch terminowych lokatach bankowych w wysokości 893 tys. zł. Na tych lokatach środki były utrzymywane przez rok, w wyniku czego Centrum uzyskało w formie odsetek kwotę 160 tys. zł. Dotacja ta, w części przeznaczona na szkolenie, została wykorzystana niezgodnie z przeznaczeniem. Centrum przeznaczyło bowiem 155 tys. zł na remont stolarki okiennej. Zdaniem Dyrektora, Centrum nie miało i nie zgłaszało potrzeb w zakresie szkolenia.

Wojewoda Warszawski w umowach o przekazanie środków publicznych, zawieranych z samodzielnymi zakładami przyznawał dotacje na cele niezgodne z przepisami art. 55 ustawy o zoz. I tak **Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa - Wola** otrzymał w tym trybie w 1998 r. 1.916 tys. zł na zakupy środków

⁹¹ Zobacz art. 55 ustawy wymienionej w przypisie 1.

pomocniczych i 240 tys. zł na remonty. Podobnie **Szpital Położniczo - Ginekologiczny im Św. Zofii w Warszawie** otrzymał, z przeznaczeniem na remonty w 1997 r. - 400 tys. zł. i w 1998 r. - 500 tys. zł.

Wojewoda Zamojski przyznał, decyzją z dnia 22 czerwca 1998 r., dla **Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Zamościu**, dotację z rezerwy celowej, przeznaczając ją na sfinansowanie od 1 kwietnia 1998 r. skutków podwyżek płac pracowników sfery budżetowej. Szpital uzyskał osobowość prawną w maju 1998 r., brak było więc podstaw do finansowania po tym terminie, płac pracowników z dotacji budżetowej.

Samodzielny Zespół Lecznictwa Ambulatoryjnego w Dąbrowie Górniczej posiadający od lipca 1996 r. osobowość prawną, otrzymał w latach 1996 i 1997, z tytułu uczestnictwa w programie pilotażowo wdrożeniowym, dotację w wysokości 750 tys. zł. Środki te Zespół wykorzystał w 64% na sfinansowanie kosztów bieżących, obejmujących remont istniejących obiektów i zakupy sprzętu jednorazowego użytku.

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespołony w Słupsku, posiadający osobowość prawną od lipca 1997 r., otrzymał w grudniu 1997 r. dotację Wojewody Słupskiego na restrukturyzację, w kwocie 3.790 tys. zł. Z kwoty tej do końca 1997 r. wykorzystano 465 tys. zł, a pozostałą część w roku następnym. Z rozliczenia wykorzystania tej dotacji wynika, że 2.637,9 tys. zł, a więc 70% przeznaczono na sfinansowanie umów - kontraktów o wykonywanie świadczeń medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej, to znaczy na pokrycie kosztów bieżących Takiego przeznaczenia dotacji z budżetu nie przewidują przepisy art. 55 ustawy o zoz.

ZOZ w Drawsku Pomorskim, posiadający osobowość prawną od kwietnia 1996 r. otrzymał w latach 1996 i 1997 dotację z budżetu, w kwocie 1.950 tys. zł, na realizację programu wdrożeniowo-pilotażowego. Środki te zakład wykorzystał niezgodnie z przeznaczeniem oraz art. 55 ustawy o zoz. Z otrzymanej kwoty dotacji przeznaczono bowiem 1.075 tys. zł na spłatę zobowiązań wymagalnych zakładu, a 237 tys. zł - na dopłatę do kontraktów zawartych z pielęgniarkami i lekarzami specjalistami.

2.2.7. Rejestracja usług medycznych.

Obowiązek powszechnej rejestracji usług medycznych, świadczonych przez publiczne zoz, wprowadzony z dniem 5 grudnia 1997 r.⁹², praktycznie w żadnym z województw nie mógł być w tym czasie wypełniony. Było to spowodowane trwającymi jeszcze pracami inwestycyjnymi oraz przygotowaniem organizacyjnymi do uruchomienia wojewódzkich i terenowych rejestrów usług medycznych albo, tam gdzie możliwe było już rozpoczęcie eksploatacji systemu, podjęciem zorganizowanego przez izby lekarskie bojkotu wypełniania książeczek usług medycznych.

Z 37 urzędów wojewódzkich objętych kontrolą, skutki bojkotu środowiska lekarskiego, dotyczącego ustawowo nakazanego obowiązku rejestracji usług medycznych, stwierdzono w 7 województwach. Podkreślić należy, że w żadnym z publicznych zoz, nie podjęto próby wyegzekwowania od lekarzy, będących pracownikami tych zakładów, podporządkowania się temu obowiązkowi. W konsekwencji w 6 z tych województw,⁹³ mimo zakończenia, lub bardzo wysokiego zaawansowania przygotowań do wdrożenia systemu, praktycznie nie był on w 1998 r. eksploatowany.

Oprócz tych 6 województw w 1998 r. rozpoczęto rejestrację usług medycznych, lub praktycznie zakończono etap przygotowań w 10 dalszych województwach, w tym w jednym przypadku stwierdzono wykorzystywanie rejestru usług do bieżącej (comiesięcznej) oceny wykonania rzeczowego zakresu usług, określonych w umowach o przekazanie środków publicznych samodzielnym zoz.

W pozostałych 21 województwach objętych kontrolą, do czasu jej zakończenia, nie zostały przygotowane lokalne placówki odpowiedzialne za rejestrację, przetwarzanie i archiwizowanie informacji o wykonanych usługach medycznych. W 9 z tych województw, jednym z powodów opóźnień było podporządkowanie się zaleceniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, który w czerwcu 1998 r. poinformował wojewodów o przygotowywaniu nowej koncepcji systemu rejestracji usług medycznych, zalecając równocześnie wstrzymanie procesu wdrażania systemu opartego na książeczkach wszędzie tam, gdzie nie zgromadzono jeszcze wszystkich urządzeń i materiałów niezbędnych dla eksploatacji tego systemu.

⁹² Zobacz art. 32e ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, o której mowa w przypisie 1.

⁹³ Dotyczy województw: bielskiego, gorzowskiego, łódzkiego, nowosądeckiego, rzeszowskiego, skierniewickiego.

W Województwie Włocławskim do czasu kontroli nie zorganizowano rejestru usług medycznych z powodu decyzji Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej o wstrzymaniu wszelkich prac nad tym systemem, i projektowane zastąpienie go systemem START.

W Województwie Katowickim powołano „Wojewódzkie Biuro Systemu Standardowego Rozliczania Transakcji Medycznych START”. Zadaniem Biura, według projektu statutu złożonego w Wydziale Zdrowia w lipcu 1998 r., jest przygotowanie wdrożenia i koordynowanie na terenie województwa systemu START, bazującego na kartach identyfikacyjnych pacjenta. W koncepcji organizacji systemu założono, że docelowo funkcjonować będzie 31 biur terenowych. Do października zdecydowano się na pilotażowe wdrożenie systemu START w trzech zoz w Pyskowicach, Dąbrowie Górniczej i Chorzowie, uzależniając kolejne wdrożenia od otrzymania środków finansowych. Na wdrożenie w województwie systemu START uzyskano w lutym 1998 r. pozwolenie MZiOS, natomiast otrzymane środki wystarczyły na wdrożenie go do końca 1998 r. tylko w trzech gminach.

W Województwie Skierniewickim w marcu 1996 r. utworzono Wojewódzki Ośrodek Organizacji i Ekonomii Ochrony Zdrowia, w skład którego weszło Biuro Rejestru Usług Medycznych. Do obowiązków Biura należał nadzór techniczny nad wdrożeniem RUM w województwie. W 1996 r. utworzono 6 Terenowych Rejestrów Usług Medycznych, po jednym w każdym zoz. Zostały one wyposażone w sprzęt komputerowy zgodnie z projektem MZiOS opartym na doświadczeniu programu pilotażowego z ZOZ Czarnków w woj. piłskim. Do końca III kw. 1998 r. rozdano około 90% książeczek. Po całkowitym rozliczeniu koszt jednej książeczki w województwie wyniósł 2,87 zł, przy koszcie w innych województwach 3,20, 3,50, a nawet 5,15 zł. Mimo to uruchomienie w województwie systemu RUM nie powiodło się z uwagi na protest lekarzy zainicjowany przez Okręgową Izbę Lekarską w Łodzi. Bojkot środowiska medycznego, odnośnie wypełniania kuponów RUM, sparaliżował prace związane z uruchomieniem tego systemu.

W dniu 30 grudnia 1997 r. **Wojewoda Łódzki** podpisał zarządzenie o utworzeniu Wojewódzkiego Rejestru Usług Medycznych oraz terenowych rejestrów w Łodzi, Głownie, Pabianicach, i Zgierzu. Do sierpnia 1998 r. zakończono proces organizacji na terenie województwa rejestru usług medycznych i dystrybucji książeczek. Nie rozpoczęto natomiast rejestracji z powodu protestu lekarzy odmawiających wypełniania książeczek. System był w pełni przygotowany do funkcjonowania.

W listopadzie 1996 r. **Wojewoda Rzeszowski** powierzył prowadzenie wojewódzkiego biura RUM Wojewódzkiemu Zespołowi Metodyczno - Organizacyjnemu. Baza lokalowo sprzętowa dla potrzeb biura wojewódzkiego została przygotowana w grudniu 1997 r. W styczniu 1998 r. Zespół informował Wojewodę, że utworzone już biura terenowe nie nadsyłają informacji (konsekwencja ogólnopolskiego protestu lekarzy), prosząc o interwencję i przyspieszenie organizacji pozostałych biur terenowych. Utworzono 8 biur terenowych. Do końca września 1998 r. książeczki wydrukowano i rozdano w 4 biurach. łącznie dla 38% mieszkańców. Według informacji Wojewódzkiego Zespołu na koniec września 1998 r. usługi medyczne w województwie nie były ani rejestrowane ani monitorowane. W biurach terenowych (z wyjątkiem Kolbuszowej) tworzenie bazy nie zostało rozpoczęte ze względu na protest lekarzy, którzy odmówili wypełniania kuponów książeczek usług medycznych. Opóźnienia w druku i rozprowadzaniu książeczek było też spowodowane brakiem środków finansowych oraz zapowiadany zmianami książeczek RUM. W czerwcu 1998 r. wojewoda otrzymał pismo Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z informacją o konieczności weryfikacji systemu RUM i z zapowiedzią systemu START.

W lutym 1998 r. **Wojewoda Radomski** zatwierdził statut Wojewódzkiego Ośrodka Ekonomiki i Organizacji Ochrony Zdrowia, w którym stwierdza się, że celem jest powołanie i wdrożenie Rejestru Usług Medycznych. Do 30 września 1998 r. RUM dla województwa nie został utworzony. Wyznaczono siedziby i zasięg 11 Terenowych Rejestrów Usług Medycznych, ale prace zahamowano w wyniku pisma Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 17 czerwca 1998 r., w którym polecono kontynuować prace tam, gdzie rozpoczęto już wdrażanie systemu RUM, tzn. zakupiono papier na książeczki, spersonalizowano je, czy rozdano mieszkańcom. Tam gdzie nie dokonano zakupu papieru na kupony zalecono wstrzymanie się z zakupem, do czasu zatwierdzenia przez przedstawicieli kas chorych wzoru nowego kuponu, a tam gdzie nie zakupiono jeszcze oprogramowania i sprzętu komputerowego, wstrzymanie się z zakupem do czasu, gdy zostaną opublikowane standardy informatyczne systemu START.

W styczniu 1997 r. **Wojewoda Wałbrzyski** powołał Pełnomocnika ds. wdrażania systemu RUM i komputeryzacji szpitali. Harmonogram ustalony rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej⁹⁴ przewidywał zakończenie wydawania książeczek w województwie do końca 1997 r. Jednak w tym terminie nawet nie rozpoczęto prac nad ich drukiem. W styczniu 1997 r. wytypowano 15 biur RUM określając ich siedziby i zasięg terytorialny. Do końca października 1998 r. nie uruchomiono żadnego biura, chociaż co najmniej 4 z nich zostały do tego czasu wyposażone w sprzęt komputerowy i okablowane, a pozostałe otrzymały na ten cel odpowiednie środki. Uruchomienie terenowych rejestrów usług medycznych było uwarunkowane uruchomieniem biura wojewódzkiego, które do listopada 1998 r. w zasadzie nie zostało jeszcze zlokalizowane. Ponadto w czerwcu 1998 r. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej zapowiedział, w trakcie realizacji zadania, zmianę podstawowego nośnika informacji tj. książeczek RUM, których koszt wdrożenia stanowi około 50% wszystkich kosztów zadania, na system kart magnetycznych.

Do czasu kontroli na terenie **Województwa Włocławskiego** praktycznie nie podjęto żadnych działań dla zorganizowania rejestru usług medycznych. Jako usprawiedliwienie tego stanu dyrektor Wydziału Zdrowia U.W. podał, jakoby „System RUM został decyzją MZiOS zlikwidowany, a w jego miejsce wprowadzono system START. Ministerstwo Zdrowia podjęło decyzję o wstrzymaniu jakichkolwiek działań w tym zakresie w województwach, w których on nie był wdrożony”.

W lutym 1997 r. **Wojewoda Gorzowski** zlecił koordynację, wdrażanie i prowadzenie w województwie systemu RUM Wojewódzkiemu Zespołowi Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia. Utworzono Wojewódzkie Biuro RUM (bez etatów, pracowały osoby oddelegowane z innych komórek Zespołu). Pierwszy wydruk książeczek RUM zakończono w październiku 1997, które rozprowadzono w 90%. Terenowe biura RUM zostały powołane przez Dyrektora Wydziału Zdrowia U.W. w sierpniu 1996 r. w 11 zoz, w tym w 5 samodzielnych publicznych zoz. Wszystkie terenowe biura dysponowały serwerem oraz stanowiskami komputerowymi w liczbie 59. Od 1 stycznia 1998 r. wszystkie terenowe rejestry usług medycznych miały obowiązek dokonywania rejestracji kuponów. Za pierwsze 3 kwartały 98 r. zarejestrowano ogółem w województwie 577,1 tys. kuponów. Według wyjaśnień dyrektora Wojewódzkiego Zespołu Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, rejestracja kuponów napotykała na trudności w związku z akcjami protestacyjnymi lekarzy. Między innymi w Samodzielnym Publicznym ZOZ w Słubicach zarejestrowano w tym czasie zaledwie 4.220 kuponów a w ZZOZ w Międzychodzie nie zarejestrowano żadnego. Dopiero uchwałą Naczelnej Rady Lekarskiej z 25 września 1998 r. zawieszono akcję protestacyjną.

W sierpniu 1996r. **Wojewoda Białkopodlaski** wydał zarządzenie w sprawie wprowadzenia książeczek usług medycznych. W marcu 1998 r. Wojewoda powierzył prowadzenie RUM Wojewódzkiemu Zespołowi Ekonomiczno - Organizacyjnemu. Według stanu na koniec września 1998 r. wydrukowano i rozdano książeczki dla ponad 95% uprawnionych. Od lipca 1998 r. całe województwo było objęte rejestracją usług medycznych. Dane RUM są podstawą do analizowania działalności samodzielnych zoz. Rozliczanie wykonania umów dokonywane było na podstawie składanych faktur. Ilość zrealizowanych porad specjalistycznych sprawdzana była z wydrukiem RUM. W przypadku odstępstw liczby świadczeń od określonych umową następowała korekta należności - zwrot lub zaliczenie na poczet przyszłych należności, albo dopłata w terminie 7 dni od złożenia faktury.

2.2.8. Kontrakty o zarządzanie samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej.

W toku kontroli urzędów wojewódzkich, uwzględniając również ustalenia kontroli wykonania przez te urzędy budżetu w 1998 r., dokonano oceny wykorzystania przez wojewodów przepisu art. 44 ust. 4 ustawy o zoz, zezwalającego na nawiązanie stosunku pracy z kierownikiem publicznego zoz, w drodze umowy cywilnoprawnej. Ta forma zarządzania uległa znacznej popularyzacji po przekazaniu wojewodom, w dniu 25 maja 1998 r., przez Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej zaleceń wraz z projektem umowy,⁹⁵ która zdaniem Ministerstwa powinna posłużyć jako wzór przy zawieraniu umów o zarządzanie publicznymi zoz.

⁹⁴ Zobacz przypis 61.

⁹⁵ Bliższe szczegóły zobacz w rozdziale 2.2.1. niniejszej Informacji.

Informacja o wynikach kontroli tworzenia i funkcjonowania samodzielnych publicznych zoz

Stwierdzono że umowy tego typu, zwane dalej umowami lub kontraktami menedżerskimi, zawarło ogółem 34 wojewodów, w globalnej liczbie 259, z czego aż 240 umów (93%) zawarto w II półroczu 1998 r., tj. po otrzymaniu wzmiankowanych wytycznych MZiOS. Znamienne jest, że aż ponad połowa wszystkich umów (141) została zawarta w grudniu 1998 r., w tym 69, w dniach 30 -31 grudnia.

Największą liczbę kontraktów menedżerskich zawarto w województwach wałbrzyskim - 26, szczecińskim - 22 i lubelskim 18. Najmniej, bo tylko po jednym kontrakcie w województwach kieleckim, piłskim i toruńskim

Projekt umowy opracowany w maju 1998 r. przez MZiOS proponował, za wykonywanie czynności określonych w umowie, miesięczne wynagrodzenie podstawowe w wysokości nie mniejszej niż 10 krotna wielkość średniej płacy krajowej (w projekcie umowy mylnie odesłano do obwieszczenia o średniej płacy krajowej ogłaszanej jakoby co kwartał przez Ministra Pracy, Płacy i Spraw Socjalnych). Błąd ten powieliło 9 wojewodów w 82 umowach .

Projekt umowy przewidywał dla zarządzającego, oprócz wynagrodzenia podstawowego, także możliwość przyznania przez organ założycielski premii na wniosek Rady Społecznej Zakładu. Zarządzającemu przyznano również prawo do kwartalnej prowizji, od pozyskanych dodatkowo przez zakład środków, nie będących środkami uzyskanymi na podstawie umowy z organem założycielskim o świadczenie usług zdrowotnych. Zarówno jeśli chodzi o premie jak i prowizje wytyczne nie określały procentowo ich wielkości.

Ustalono, że spośród 259 zawartych kontraktów menedżerskich, w 41 wysokość zasadniczego wynagrodzenia wynosiła od 10 do 16 krotnej wielkości przeciętnego krajowego wynagrodzenia, w sektorze przedsiębiorstw, ogłaszanego co kwartał przez Prezesa GUS (w grudniu 1998 r. - 1.470,54 zł).

*Najwyższe podstawowe uposażenie miesięczne odnotowano w **Województwie Krośnieńskim**, i wynosiło ono 23.528, zł. (Wojewódzki Szpital Podkarpacki w Krośnie) i 20.587 zł. (Samodzielny Publiczny ZOZ w Jaśle). Najniższe uposażenie zasadnicze odnotowano w **Województwie Zamojskim** - 3.000 zł. (Ośrodek Medycyny Pracy w Zamościu) i w **Województwie Koszalińskim** - 3.676 zł. (Samodzielne Publiczne ZOZ nr 1,2 i 3 w Kołobrzegu i Samodzielny Publiczny ZOZ w Złocieńcu).*

***Wojewoda Krośnieński** zawarł w dniu 4 grudnia 1999 r. umowę z lekarzem stomatologiem, o zarządzanie przez okres 6 lat Wojewódzkim Szpitalem Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie, określając miesięczne wynagrodzenie zarządzającego „...w wysokości szesnastokrotnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej ogłaszanego przez Prezesa GUS.”. Ponadto zarządzający może, zgodnie z umową, otrzymywać na wniosek Rady Społecznej Zakładu miesięczną premię oraz otrzymuje kwartalną „...prowizję od pozyskanych dodatkowo przez Zakład środków”. Umowa nie określiła wysokości ani sposobu określania kwoty premii i prowizji. Wysokość tej ostatniej podlega ustaleniu kwartalnie przez organ założycielski. W razie rozwiązania umowy przez organ założycielski z powodów leżących po jego stronie, po 12 miesiącach obowiązywania umowy, zarządzającemu przysługuje odszkodowanie w wysokości wynagrodzenia za 12 miesięcy. W razie śmierci zarządzającego w czasie trwania umowy, rodzinie (wdowie lub/ dzieciom, w tym uczącym się do 25 roku życia), przysługuje świadczenie w wysokości 90% kwoty wynagrodzenia za okres 12 miesięcy.*

Analogiczną umowę zawarł Wojewoda Krośnieński w dniu 10 listopada 1998 r. z lekarzem medycyny o zarządzanie Samodzielnym Publicznym ZOZ w Jaśle, zapewniając wynagrodzenie „...w wysokości siedmiokrotnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw do dnia 31 grudnia 1998 roku a od dnia 1 stycznia 1999 roku czternastokrotnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw...”. Prawo do premii, prowizji i roszczeń odszkodowawczych - bez zmian.

Prawo do premii miesięcznych zagwarantowano zarządzającym w 128 umowach (w 16 województwach), ustalając ich wielkość od 10% do 100% zasadniczego wynagrodzenia brutto, bądź też nie określając ich wysokości (80 umów).

W 45 umowach (w 5 województwach), ustalono premie kwartalne, określając procentowo ich wielkość do 30 - 90% zasadniczego wynagrodzenia brutto (38 umów) lub kwotowo od 1000 do 3000, zł miesięcznie (7 umów).

W 15 umowach (w 3 województwach) ustalono premie roczne z zysku zakładu, określone jako 3 lub 6 krotność podstawowego wynagrodzenia, zagwarantowanego w umowie, lub jako 5 - 8,5% sumy wynagrodzenia otrzymanego w ciągu roku. W 10 umowach premiom nadano charakter rocznych nagród uznaniowych, nie określając ich wysokości.

Z 9 umów zawartych przez **Wojewodę Legnickiego** 6 podpisano w dniach 28-31 grudnia 1998 r. Wysokość uposażenia podstawowego ustalono w granicach od 7 do 10 krotnego przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw. W miejsce premii organ założycielski zastrzegł sobie prawo przyznania nagrody pieniężnej "w uzasadnionych przypadkach" - bez określenia warunków jej przyznania, a ponadto prowizji uzależnionej od wysokości uzyskanych środków dodatkowych. Na 1998 i 1999 r. ustalono wysokość prowizji na 10% wartości tych środków, do wysokości 50 tys. zł rocznie. Odszkodowanie w przypadku rozwiązania umowy z przyczyn leżących po stronie organu założycielskiego, ustalono w wysokości 12 miesięcznego wynagrodzenia.

Wojewoda Siedlecki zawarł w dniu 27 października 1998 r. 8 umów o zarządzanie samodzielnymi zakładami, gwarantując zarządzającym wynagrodzenie podstawowe w wysokości 10-14 krotnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw. Nie przewidziano wypłaty premii, a tylko prowizję w wysokości 0,5% dodatkowych przychodów uzyskanych przez zakład, poza przychodami z tytułu umów o udzielanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym. Prawo do odszkodowania, w przypadku odstąpienia od umowy przez organ założycielski, ustalono w wysokości wynagrodzenia za okres 12 miesięcy, natomiast odprawę pośmiertną dla małżonka i dzieci w wysokości 100% wynagrodzenia za okres 6 miesięcy. Zarządzającym przyznano prawo do odpłatnego wykonywania zawodu lekarza, w kierowanych przez nich zakładach, w wymiarze do 17 godzin tygodniowo, z wynagrodzeniem według stawek obowiązujących w danym zakładzie.

W 51 umowach (8 województwach), dla zarządzających nie przewidziano premii, w tym w 2 województwach (lubelskie - 13 umów i olsztyńskie - 13 umów) - nie ustalono również prawa zarządzających do prowizji. Prawo do otrzymania prowizji ustalono w sumie w 170 umowach (w 26 województwach). Wysokość kwartalnej prowizji określono w 102 umowach od 0,5 - 10% pozyskanych dodatkowo przez zakład środków, nie będących środkami uzyskanymi na podstawie umowy z organem założycielskim. W pozostałych umowach wysokość prowizji nie została ustalona (68 umów).

Wojewoda Poznański zawarł w dniach 30 listopada i 7 grudnia 1998 r. 5 umów o zarządzanie samodzielnymi zoz z dotychczasowymi dyrektorami tych zakładów, którzy równocześnie wystąpili do Wojewody o rozwiązanie z nimi dotychczasowych umów o pracę na zasadzie porozumienia stron. W umowach zapewniono zarządzającym wynagrodzenie stałe w wysokości od 6 do 8 krotniej przeciętnej płacy w sektorze przedsiębiorstw, a ponadto ustalone w aneksach do umowy wynagrodzenie dodatkowe, naliczane ustalonymi w tych aneksach, wskaźnikami procentowymi od 1 - 10% od wielkości różnych rodzajów dochodów i przychodów uzyskanych przez zakład. Łącznie wynagrodzenie dodatkowe może przekroczyć kwotę należnego wynagrodzenia stałego.

W 4 umowach z **Województwa Radomskiego**, dotyczących Samodzielnego Publicznego ZOZ w Kozienicach, Szydłowcu, Grójcu i Lipsku stwierdzono błędny zapis w umowach, dotyczący należnej zarządzającym 1,5% prowizji, którą przyznano od uzyskanych przez zakład środków dodatkowych „z wyłączeniem środków **nie będących** środkami uzyskanymi na podstawie umowy o przekazaniu środków publicznych w celu świadczenia usług zdrowotnych.”

Zarówno opracowany przez Ministerstwo projekt umowy o zarządzanie samodzielnym publicznym zoz, jak i w ślad za nim większość zawartych kontraktów menedżerskich, wyraźnie precyzowały pojęcie "wynagrodzenia". Miało to o tyle istotne znaczenie, gdyż wysokość wynagrodzenia określała wysokość podstawy roszczeń odszkodowawczych zarządzającego, w przypadku rozwiązania umowy przez organ założycielski, jak też wysokość odprawy pośmiertnej na rzecz osób uprawnionych, w przypadku śmierci zarządzającego, a także decydowała o wysokości materialnej odpowiedzialności zarządzającego, za szkody wyrządzone zakładowi.

W większości zbadanych umów określono wynagrodzenie jako należną za jeden miesiąc, łączną zapłatę wynagrodzenia zasadniczego z premią lub tylko z prowizją. W 6 województwach (**Konińskie, Legnickie, Piłskie, Piotrkowskie, Poznańskie i Słupskie** - 31 umów) wynagrodzenie obejmowało jednocześnie premię i prowizję.

W **Województwie Radomskim** (13 umów) - podstawą było tylko wynagrodzenie zasadnicze brutto, mimo że umowy gwarantowały premie i prowizje.

W 108 umowach (10 województw) nie określono pojęcia wynagrodzenia z tym, że były to umowy, w których jednocześnie brak było zapisów dotyczących roszczeń odszkodowawczych, odpraw pośmiertnych lub nie było zapisów gwarantujących premie i prowizje. Wyjątkiem było województwo ciechanowskie (6 umów) i

województwo bielskie (11 umów), w których mimo ustalenia ww. zapisów - nie określono definicji wynagrodzenia.

W zakresie roszczeń odszkodowawczych i odpraw pośmiertnych projekt MZiOS przewidywał, w przypadku rozwiązania umowy przez organ założycielski, z przyczyn leżących po jego stronie, po upływie 6 miesięcy od dnia zawarcia umowy, wypłatę zarządzającemu odszkodowania w wysokości 24 miesięcznego wynagrodzenia. Przewidywał także jednorazową odprawę pośmiertną w wysokości 90% kwoty wynagrodzenia za okres 12 miesięcy, małżonkom i dzieciom do 25 roku życia.

W 38 umowach (10 województw) utrzymano wypłaty odszkodowań w wysokości 24 miesięcznego wynagrodzenia. W ponad 1/3 umów (103, w 13 województwach) wojewodowie zmniejszyli wysokość odszkodowania, z tytułu rozwiązania umowy, do 12 miesięcznego wynagrodzenia. W pozostałych umowach, odszkodowania ograniczono do wysokości 3 lub 6 miesięcznego wynagrodzenia, bądź też nie umieszczano w umowach zapisu dotyczącego roszczeń odszkodowawczych.

Zapisy w kontraktach, dotyczące odprawy pośmiertnej były bardziej zróżnicowane i oprócz proponowanej przez Ministerstwo, w wysokości 90% kwoty wynagrodzenia za okres 12 miesięcy, umowy gwarantowały osobom uprawnionym (małżonkom i dzieciom, w tym uczącym się do 25 roku życia) odprawy w granicach od 90% wynagrodzenia za 3 miesiące do 100% wynagrodzenia za 12 miesięcy.

W województwach Bielsko - podlaskim, Elbląskim, Toruńskim i częściowo Lubelskim - umowy nie zawierały zapisów, dotyczących roszczeń odszkodowawczych i odpraw pośmiertnych.

Wysokość wynagrodzenia określała również materialną odpowiedzialność zarządzającego za szkody wyrządzone zakładowi. Projekt umowy o zarządzanie samodzielnym publicznym zoz przewidywał dla zarządzającego za szkody z winy nieumyślnej odpowiedzialność do wysokości wynagrodzenia za okres 1 miesiąca, a w przypadku winy umyślnej - do wartości wynagrodzenia za okres 3 miesięcy.

W zawartych kontraktach menedżerskich wojewodowie w zróżnicowany sposób określili odpowiedzialność zarządzającego. W 7 województwach (23 umowy) zachowano formę odpowiedzialności proponowaną przez MZiOS.

Wojewoda Suwalski zawarł w dniu 30 grudnia 1998 r. cztery umowy o zarządzanie Szpitalem Psychiatrycznym w Węgorzewie oraz trzema Samodzielnymi Publicznymi ZOZ w Różewcu, Piszcu i Giżycku, ograniczając w nich odpowiedzialność zarządzającego w przypadku spowodowania szkody dla zakładu z winy nieumyślnej, do wysokości jednomiesięcznego wynagrodzenia, a w przypadku winy umyślnej - trzymiesięcznego. Zarządzającym zapewniono w umowach wynagrodzenie podstawowe w wysokości od czterokrotnego przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw (tylko w przypadku Samodzielnego Publicznego ZOZ w Różewcu) do sześciokrotnego w pozostałych jednostkach. Ponadto zarządzający mogli otrzymać premię miesięczną na wniosek Rady Społecznej oraz mieli prawo do prowizji, której wysokości umowy nie określiły. W przypadku odstąpienia od umowy przez organ założycielski z przyczyn leżących po jego stronie, zarządzającym przysługuje odszkodowanie w wysokości 24 miesięcznego wynagrodzenia, liczonego łącznie wraz z prowizją. Oprawa pośmiertna dla małżonka i dzieci, w tym uczących się do 25 roku życia, została ustalona na poziomie 90% wynagrodzenia za 12 miesięcy.

Wojewoda Zamojski zawarł w dniach 1 października i 1 listopada 1998 r. umowy o zarządzanie trzema zoz, zapewniając zarządzającym wynagrodzenie podstawowe w wysokości 9 - 11 krotnej przeciętnej płacy w sektorze przedsiębiorstw, premię miesięczną płatną na wniosek Rady Społecznej Zakładu, oraz prowizję w wysokości 5% dodatkowo uzyskanych przez zakład przychodów. Równocześnie ograniczono odpowiedzialność zarządzających za szkody wyrządzone zakładom z winy umyślnej, do wysokości 3 miesięcznego wynagrodzenia. W przypadku rozwiązania umowy przez Organ Założycielski, z przyczyn leżących po jego stronie, zarządzającym przysługuje odszkodowanie w wysokości 24 miesięcznego wynagrodzenia. W przypadku śmierci zarządzającego w czasie trwania umowy małżonka i dzieci (uczące się do 25 roku życia) otrzymają jednorazowe świadczenie w wysokości 90% wynagrodzenia za 12 miesięcy.

W 9 województwach (86 umów) ustalono odpowiedzialność z winy nieumyślnej, do wysokości 3 miesięcznego wynagrodzenia, natomiast z winy umyślnej - do pełnej wysokości szkody. W pozostałych umowach określano odpowiedzialność z winy nieumyślnej do wysokości 1, 2, lub 6 miesięcznego wynagrodzenia, z winy umyślnej - do pełnej wysokości szkody, lub odwoływano się do przepisów kodeksu pracy i kodeksu cywilnego.

Informacja o wynikach kontroli tworzenia i funkcjonowania samodzielnych publicznych zoz

W 7 województwach (68 umów) organy założycielskie zabezpieczyły egzekucję ewentualnych roszczeń materialnych, z tytułu szkody wyrządzonej zakładowi, poprzez zobowiązanie zarządzających do złożenia weksli gwarancyjnych in blanco na kwoty równe od 3 do 6 miesięcznemu wynagrodzeniu.

Opracowany przez MZiOS projekt umowy o zarządzanie zoz nie określa jednoznacznie, kto ponosi koszty finansowania uposażenia kierownika samodzielnego publicznego zoz, proponując zapis, że podstawą do wypłacenia wynagrodzenia będzie rachunek lub faktura wystawiona organowi założycielskiemu przez zarządzającego.

Większość wojewodów w zawartych umowach (26 wojewodów - 171 umów) wyraźnie określiła, że wynagrodzenie płatne będzie ze środków zakładu.

*W 49 umowach (najwięcej w **Województwie Koszalińskim** - 14 i **Olsztyńskim** - 13) - nie ustalono źródeł finansowania, ograniczając się do stwierdzenia, że zarządzający otrzyma zapłatę na określone konto na podstawie wystawionej faktury.*

*W 39 umowach wojewodowie oparli się na projekcie umowy opracowanym przez Ministerstwo - (najwięcej takich umów zawarto w **Województwie Wałbrzyskim**, 20 umów i **Legnickim** - 9) - w którym postawą do wypłacenia wynagrodzenia jest faktura wystawiona organowi założycielskiemu, co wskazywać może na takie właśnie źródło finansowania wynagrodzenia zarządzającego.*

*Stwierdzono ponadto, różne postanowienia umów dotyczące finansowania wynagrodzenia, w obrębie tego samego województwa. I tak np. w **Województwie Legnickim** 4 umowy precyzyjnie określały zakład, jako źródło finansowania, natomiast 9 wskazywało jako płatnika organ założycielski. Podobnie w **Województwie Wałbrzyskim** - w 6 umowach wskazano zakład, a w 20 - organ założycielski.*

Projekt Ministerstwa nie określał podmiotu, na którym ciążył obowiązek odprowadzania składek na ZUS, na ubezpieczenie zdrowotne oraz zaliczek na podatek dochodowy.

W większości umów (136 w 21 województwach) sprawy te również nie zostały uregulowane. Tylko w 88 umowach jednoznacznie wskazano zarządzającego, jako podmiot zobowiązany do osobistego dokonywania wymaganych potrąceń i płatności, natomiast w 35 umowach obowiązkiem tym obciążono zakład.

Analizując przewidziane w umowach okoliczności upoważniające organ założycielski, do rozwiązywania umowy ze skutkiem natychmiastowym stwierdzono, że w większości umów zachowano formę proponowaną przez MZiOS przewidującą, że organ założycielski może rozwiązać umowę z zarządzającym w przypadku umyślnego przestępstwa potwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu lub rażącego naruszenia postanowień umowy. W niektórych umowach dodatkowo przewidziano jako uzasadnienie do rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym: naruszenie statutu i zakazu konkurencji, powstanie deficytu, zaciągnięcie przez zakład nadmiernych zobowiązań oraz zaprzestanie przez zakład regulowania należności Skarbu Państwa przez co najmniej 3 miesiące.

Projekt umowy, opracowany przez MZiOS przewidywał 12 miesięczny termin wypowiedzenia przez organ założycielski i 12 miesięczny dla zarządzającego.

*W prawie połowie umów (116) zmniejszono okres wypowiedzenia przez organ założycielski i dla zarządzającego do 6 miesięcy, w około 1/3 umów (71) zachowano 12 miesięczny termin wypowiedzenia, tak jak w projekcie MZiOS. W pozostałych, zapisy były różnicowane, czasami w obrębie tego samego województwa (np. w **Województwach Radomskim, Słupskim i Lubelskim**) i obejmowały okres od 3 do 12 miesięcy.*

Projekt umowy wprowadza zakaz konkurencji, co oznacza, że zarządzający zobowiązuje się, że nie będzie prowadził działalności konkurencyjnej wobec zakładu w rozumieniu ustawy o działalności gospodarczej. W większości umów wprowadzono taki zakaz, w 45 umowach dopuszczono możliwość dodatkowego zatrudnienia zarządzających - w minimalnym zakresie, do 17 godz. tygodniowo, lub w szczególnych przypadkach za zgodą organu założycielskiego. Spośród umów, w których dopuszczono możliwość dodatkowego zatrudnienia - w woj. lubelskim, ostrołęckim i słupskim - ustalono, że zarządzającymi byli lekarze. Ogółem, na 259 zbadane kontrakty - 83 zawarto z lekarzami, w pozostałych przypadkach były to osoby nie związane z zawodem lekarza lub brak było w umowach danych o kwalifikacjach zawodowych osób obejmujących stanowiska dyrektorów. Artykuł 53 ust. 2 ustawy o zoz stanowi, że zbycie, wydzierżawienie lub wynajęcie majątku trwałego samodzielnego zoz albo wniesienie tego majątku do spółek lub fundacji jest nieważne bez zgody organu, który utworzył ten zakład. Opracowany przez Ministerstwo projekt umowy ogranicza konieczność uzyskania zgody organu założycielskiego dla zbycia, zastawienia lub nabycia nieruchomości na rzecz zakładu.

*Ustalono, że w 13 województwach, w umowach zachowano formę proponowaną przez Ministerstwo, w 19 województwach podano pełny zapis, zgodny z art. 53 ust. 2 ustawy o zoz. W 2 województwach brak było zapisów - w **Województwie Krośnieńskim** zgodę*

*organu założycielskiego ograniczono do zgody na zaciągnięcie kredytu w wysokości przekraczającej 15% rocznego budżetu zakładu, w **Województwie Lubelskim** - brak zapisu dotyczącego zgody na zbycie zastawienie, nabycie, wynajęcie majątku trwałego.*

2.2.9. Zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Wpływ dokonanych przekształceń publicznych zoz na ich tendencje do zadłużania się zbadano w 59 zakładach. Stwierdzono, że 28 zakładów nie posiadało zobowiązań wymagalnych zarówno przed usamodzielnieniem, jak i po uzyskaniu osobowości prawnej.

W związku z uzyskaniem osobowości prawnej, Skarb Państwa przejął zobowiązania wymagalne 30 zakładów, przeznaczając na to ogółem 83,6 mln zł., z tego 74,4 mln zł z depozytu budżetowego utworzonego przez Ministra Finansów w 1997 r., przeznaczonego na akcję oddłużenia w ochronie zdrowia. Pozostałą część zobowiązań sfinansowano ze środków rezerw celowych, ustanawianych kolejnymi ustawami budżetowymi, przeznaczonych na wspieranie zmian systemowych w ochronie zdrowia.

*Ze wspomnianych wyżej 59 zakładów nie zostały przejęte przez **Wojewodę Radomskiego** zobowiązania wymagalne jednego z zakładów a mianowicie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Zwoleniu, który uzyskał osobowość prawną w sierpniu 1998 r., posiadając zobowiązania wymagalne około 500 tys. zł., w większości spowodowane dopłatami do leków.*

Ogółem we wszystkich 82 zakładach objętych kontrolą stwierdzono 7 przypadków odmowy organów założycielskich przejęcia zobowiązań po byłej jednostce budżetowej, z chwilą uzyskania przez zakład osobowości prawnej.

Z wspomnianych wyżej 30 zakładów samodzielnych tylko w 10 zahamowano przyrost zadłużenia, natomiast w pozostałych 20, stan zobowiązań do czasu kontroli osiągnął wielkość 67 mln zł. W zakładach tych opracowane programy naprawcze, mające w efekcie doprowadzić do zrównoważenia przychodów z wydatkami albo były już w założeniu bezskuteczne, albo były nie dość konsekwentnie realizowane.

Fakt dokonania przekształcenia zoz z jednostek budżetowych w państwowe osoby prawne, nie spowodował dotychczas radykalnych zmian, ani w sposobie gospodarowania środkami przez samodzielne zakłady, ani w zasadach dystrybucji środków publicznych przez ich organy założycielskie.

***Szpital Wojewódzki Nr 2 w Rzeszowie** uzyskał osobowość prawną w sierpniu 1996 r. W tym czasie zobowiązania wymagalne szpitala wynosiły 3.265 tys. zł. Środki na spłatę tego zadłużenia szpital otrzymał dopiero w listopadzie 1997 r. Spowodowało to, że do kwietnia 1998 r. wierzyciele obciążyli szpital odsetkami w wysokości 1,4 mln zł, z tytułu nieterminowego regulowania zobowiązań powstałych przed przekształceniem. Kwotę tę Szpital zapłacił z własnych środków, ponieważ Urząd Wojewódzki nie sfinansował tych wydatków, mimo że były one konsekwencją niewywiązania się przez Wojewodę, jako reprezentanta Skarbu Państwa, z obowiązku przejęcia zobowiązań po przekształconej jednostce budżetowej. W ramach przeciwdziałania zadłużeniu po przekształceniu utworzono 4 oddziały dziennego pobytu i skrócono czas pobytu pacjentów w oddziałach, przekazano mieszkania w bloku zakładowym urzędowi rejonowemu, zbilansowano działalność hotelu zakładowego. Roczne oszczędności z tytułu podjętych działań modernizacyjnych i oszczędnościowych wynosiły, zdaniem dyrekcji Szpitala, około 3,9 ml zł. Mimo tych działań oszczędnościowych zadłużenie Szpitala po przekształceniu systematycznie rosło od 4,6 mln zł na koniec 1996 r. do 14,5 mln zł na koniec listopada 1998 r. Główną przyczyną - zdaniem zastępcy dyrektora ds. ekonomicznych - był brak środków i niekonsekwencja organu podpisującego umowę. Opracowany na 1997 r. plan kosztów szpitala opiewał na kwotę 31.344 tys. zł, natomiast umowę z wojewodą, po negocjacjach zawarto na 23.889 tys. zł. Analogiczna sytuacja zaistniała w 1998 r. - przy planowanych kosztach 43,5 mln zł, w umowie przewidziano tylko 33.880 tys. zł. We wrześniu 1998 r. szpital poinformował wojewodę, że zakontraktowane na 1998 r. świadczenia zdrowotne zostały wykonane w sierpniu. Mimo narastającego zadłużenia szpital nie ograniczył wykonywania świadczeń zdrowotnych.*

***Wojewoda Opolski** zarządzeniem z dnia 17 grudnia 1997 r. usamodzielniał **Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Branicach**. Zarządzeniem tym Wojewoda postanowił, że zobowiązania i wierzytelności Szpitala, według stanu na dzień rejestracji sądowej, stają się wierzytelnościami i zobowiązaniami samodzielnego publicznego zoz. Dopiero w wyniku kontroli NIK, zarządzeniem Wojewody Opolskiego z dnia 22 grudnia 1998 r. postanowienie to zostało wykreślone. Szpital uzyskał rejestrację sądową w dniu 23*

kwietnia 1998 r. Zobowiązania wymagalne Szpitala na koniec 1997 r. wynosiły 1.293 tys. zł, a do końca czerwca 1998 r. wzrosły do 2.327 tys. zł.

Specjalistyczny Szpital im. Prof. A. Sokołowskiego w Szczecinie - Zdunowie uzyskał osobowość prawną w październiku 1996 r. Szpital nie został oddłużony. Aktualne w czasie kontroli potrzeby oddłużeniowe wynosiły około 6.000 tys. zł. Wnioski szpitala kierowane do Wojewody w tej sprawie pozostawały bez odpowiedzi.

Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno - Kardiologiczny, Samodzielny Publiczny ZOZ w Torzymiu został usamodzielniony zarządzeniem **Wojewody Zielonogórskiego** z dnia 1 września 1996 r., a rejestracja w sądzie nastąpiła dopiero w lipcu 1998 r. Zdaniem dyrektora Samodzielnego Publicznego ZOZ opóźnienie to było spowodowane brakiem możliwości oddłużenia zakładu. Z tego też powodu nie były uwzględniane przez Wojewodę wnioski w sprawie zawarcia umowy kierowane przez zoz do wojewody, wraz z wymaganymi dokumentami i projektami umów. Do czasu kontroli nie uzgodniono treści umowy, którą zawarto dopiero w listopadzie 1998 r. bez oddłużenia jednostki, przy założeniu Wojewody, że nastąpi to ze środków centralnych. Zadłużenie Szpitala na dzień uzyskania osobowości prawnej wynosiło 4.123 tys. zł. Zdaniem Wojewody Zielonogórskiego, bez udziału środków centralnych nie było możliwości zmiany systemu finansowania służby zdrowia w województwie. Mimo to, a także mimo że podległe Wojewodzie jednostki służby zdrowia nie spełniały wymagań dla samodzielnego funkcjonowania, Wojewoda w 1997 r. wydał zarządzenia o przekształceniu wszystkich 18 zoz w województwie.

Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych we Włocławku uzyskał osobowość prawną w grudniu 1997 r., natomiast w umowie zawartej z Wojewodą Włocławskim dopiero w październiku 1998 r., Wojewoda zdecydował bezpodstawnie o przejęciu zobowiązań zakładu, wraz z odsetkami za zwłokę, według stanu na koniec maja 1998 r., w łącznej kwocie 10,9 mln zł., mimo że od dnia uzyskania przez zakład osobowości prawnej, Skarb Państwa nie ponosił odpowiedzialności za zobowiązania powstałe po tym terminie. W okresie do października 1998 r., to znaczy do zawarcia umowy z wojewodą, przyrost zobowiązań nie został zahamowany i osiągnęły one 1.286 tys. zł.

Odmienne **Wojewoda Włocławski** potraktował zobowiązania **Samodzielnego Publicznego ZOZ w Aleksandrowie Kujawskim**, który mimo że uzyskał osobowość prawną w sierpniu 1998 r. został oddłużony, na podstawie umowy zawartej z Wojewodą w październiku 1998 r., również według stanu na koniec maja 1998 r. w kwocie 4.580 tys. zł. W okresie od czerwca 1998 r. do uzyskania osobowości prawnej, Zakład zaciągnął dalsze zobowiązania w wysokości 880 tys. zł. Odnośnie spłaty tych zobowiązań brak było decyzji Wojewody. Po podpisaniu umowy z Wojewodą zobowiązania wzrastały nadal i w okresie październik - listopad 1998 r. wzrosły o dalsze 324 tys. zł. Narastanie zobowiązań w okresie samodzielnego gospodarowania dyrektor Zakładu wyjaśniał generalnie zbyt niskimi środkami określonymi w umowie z Wojewodą. Na 3 miesiące objęte umową Samodzielny Publiczny ZOZ nie otrzymał 3/12 kwoty budżetu rocznego, mimo że budżet ten w ocenie Dyrektora był zbyt niski.

Wojewódzki Szpital Zespolony w Słupsku uzyskał osobowość prawną w lipcu 1997 r., natomiast umowę z Wojewodą podpisał dopiero w styczniu 1998 r., w której stwierdzono, że zobowiązania zakładu powstałe przed 1 grudnia 1997 r. stają się zobowiązaniami Skarbu Państwa. Wysokość tych zobowiązań, przejętych przez wojewodę, wyniosła 6.656 tys. zł. Po spłacie zadłużenia według stanu na koniec listopada 1997 r., na koniec grudnia zadłużenie wyniosło 4 mln zł. Było to spowodowane nie przekazaniem w grudniu, przez organ założycielski, środków na działalność szpitala. Przekazano jedynie środki na pokrycie funduszu płac.

Samodzielny Publiczny ZOZ w Kołobrzegu, uzyskał osobowość prawną w marcu 1997 r. Po dokonaniu oddłużenia zakładu, według stanu na koniec 1996 r., kwotą 16,5 mln zł., na koniec 1997 r. zobowiązania wyniosły 2,3 mln zł., a do końca listopada 1998 r. wzrosły do 12,1 mln zł. Faktem jest, że równocześnie zwiększyły się też należności zakładu od innych samodzielnych publicznych zoz, na rzecz których wykonywano świadczenia zdrowotne. Na koniec listopada 1998 r. wynosiły one 6,3 mln zł.

Wojewódzki Szpital Zespolony w Białej Podlaskiej, po oddłużeniu na koniec 1996 r. kwotą 4.750 tys. zł. do końca 1997 r. zaciągnął zobowiązania w wysokości 5,3 mln zł. Po uzyskaniu osobowości prawnej w dniu 1 kwietnia 1998 r. Szpital nie został oddłużony i do końca czerwca zobowiązania wymagalne osiągnęły wielkość 8,7 mln zł. W II półroczu 1998 r. wzrost zobowiązań uległ zahamowaniu i ujawniła się nieznaczna tendencja spadkowa, w wyniku której na koniec listopada 1998 r. zobowiązania wyniosły nieco poniżej 8,5 mln zł. Szpital z własnych środków spłacił 456 tys. zł. zobowiązań, z pozostałych po jednostce budżetowej.

ZOZ w Kole uzyskał osobowość prawną w marcu 1997 r. Zadłużenie Zespołu nie zostało spłacone ani w ramach oddłużania jednostek zdrowia, na koniec 1996 r., ani na dzień uzyskania osobowości prawnej. Na koniec 1996 r. wynosiło ono 1.027 tys. zł, na koniec 1997 r. - 2.138 tys. zł, a na koniec października 1998 r. - 2.726 tys. zł.

W ZOZ w Turku, który uzyskał wpis do rejestru sądowego w czerwcu 1997 r., od końca 1995 r. wielkość zobowiązań wymagalnych stale rosła - od 105 tys. zł. do 584 tys. zł. na połowę 1997 r. (usamodzielnienie), oraz 1.515 tys. zł. na koniec 1997 r. i 3.086 tys. zł. na koniec października 1998 r. Zakład nie był w tym okresie oddłużany. Zdaniem Dyrektora przyczyną wzrostu zobowiązań po usamodzielnieniu było świadczenie usług medycznych dla chorych zakaźnie z terenu całego województwa. Koszt pomocy (wypadki, ratowanie życia) dla osób spoza terenu działania zespołu, na dzień 30 listopada 1998 r, zamknął się kwotą 855 tys. zł, podczas gdy zespół otrzymał na ten cel od wojewody tylko 15 tys. zł.

W toku kontroli zbadano formy i skuteczność przeciwdziałania urzędów wojewódzkich narastaniu zobowiązań wymagalnych jednostek ochrony zdrowia, pomimo podejmowania na szczeblu centralnym kilkakrotnych akcji ich oddłużania. Stwierdzono, że monitorowanie wielkości zadłużenia poszczególnych jednostek i próby przeciwdziałania jego narastaniu podejmowano w 25 z kontrolowanych urzędów wojewódzkich.

Podejmowane działania miały zarówno charakter prac lub inicjatyw programowych, obliczonych na opracowanie i wdrożenie w zakładach, programów naprawczych skutkujących, generalnie rzecz biorąc, obniżeniem kosztów działalności, jak też miały na celu bardziej konsekwentną egzekucję dyscypliny finansowej.

Działania te nie przyniosły jednak oczekiwanych efektów, w formie powstrzymania wzrostu zobowiązań. Co więcej wzrost ten miał miejsce nie tylko w zakładach działających jeszcze jako jednostki budżetowe, ale również w tych, które po uzyskaniu osobowości prawnej, były zobowiązane⁹⁶ do pokrywania kosztów działalności i zobowiązań z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów oraz do pokrywania we własnym zakresie ujemnego wyniku finansowego.

Fakt zadłużania się zakładów samodzielnych wskazuje przede wszystkim na nieprzygotowanie do tej formy finansowania służby zdrowia, zarówno samych zakładów opieki zdrowotnej, jak i ich organów założycielskich. Jak już stwierdzono, publiczne zoz były przekształcane w zakłady samodzielne bez dokonania wnikliwych, wymaganych ustawą, ocen zdolności do efektywnego przystosowania się do nowych warunków działalności. Nie zostały w nich zrealizowane skuteczne programy zmiany ich struktury, mające na celu dostosowanie zakresu i skali oferowanych usług medycznych oraz ich kosztów, do rzeczywistych potrzeb oraz możliwości ich sfinansowania w warunkach samodzielności. Konieczność takich działań była oczywista, szczególnie w tych jednostkach, które do momentu usamodzielnienia nie były w stanie utrzymać ponoszonych wydatków w granicach wielkości, obowiązującego jednostkę budżetową planu finansowego.

Stan ten wskazuje również na niedostateczne przygotowanie organów założycielskich do reformy podporządkowanej im służby zdrowia i niedostateczne zainteresowanie jej wynikami, mimo że to właśnie one były ustawowo zobowiązane do zapewnienia należytej opieki zdrowotnej na swoim terenie. Na stan ten niewątpliwym wpływ wywarła, stwierdzana od szeregu lat, skłonność Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej do nieuprawnionych ingerencji w sprawy poszczególnych zoz, podlegających, z mocy prawa, rozstrzygnięciu przez organy założycielskie tych zakładów.

Należy przy tym podkreślić, że ustalenia opisane w rozdziale 2.1. części II niniejszej Informacji wskazują, że Minister Zdrowia i Opieki Społecznej przejmując uprawnienia wojewodów, dotyczące dystrybucji środków publicznych dla podległych im zoz, nie zapewnił takiej organizacji i trybu rozpatrywania wniosków o wsparcie tymi środkami procesów przemian systemowych w poszczególnych zakładach, które gwarantowałyby prawidłowość i celowość wydawanych dyspozycji finansowych. Jak wynika natomiast z ustaleń kontroli wykonania budżetu w 1998 r. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej nie zapewnił nawet należytego nadzoru nad działalnością jednostek, finansowanych z części 35 budżetu państwa, w szczególności wykazując zdecydowanie

⁹⁶ Zobacz art. 35b ust. 1 i art. 60 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, wymienionej w przypisie 1.

zbyt tolerancyjny stosunek do kierowników tych jednostek, które systematycznie zaciągały zobowiązania nie posiadające pokrycia w planach finansowych.⁹⁷

W konsekwencji organy założycielskie publicznych zoz, uczestnicząc formalnie w procesie wdrażania reformy systemu ochrony zdrowia, w zakresie prawem dla nich przewidzianym, i nadając nową formę (umów) dyspozycjom środków publicznych dla finansowania świadczeń zdrowotnych, kontynuowały dotychczasową zasadę finansowania zasobów poszczególnych zakładów, a nie rzeczywiście i celowo świadczonych przez nie usług.

Tak więc wynikiem, dokonanych przed wejściem w życie reformy ubezpieczeń zdrowotnych, przekształceń publicznych zoz z jednostek budżetowych w podmioty posiadające osobowość prawną, była tylko zmiana formy wzajemnej finansowej zależności, a nie zmiana istoty i mechanizmu alokacji środków publicznych na cele ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności jej funkcjonowania.

W Województwie Koszalińskim, w którym wszystkie publiczne zoz uzyskały osobowość prawną przed dniem 5 grudnia 1997 r., stan ich zobowiązań wymagalnych na początek 1998 r. wynosił 14.272 tys. zł. a na koniec września tego roku wzrósł do 32.267 tys. zł.

Podobnie w **Województwie Słupskim** wszystkie publiczne zoz zostały usamodzielnione w 1997 r i oddłużone według stanu na koniec listopada 1997 r. kwota 22,1 mln zł. W ciągu roku, to znaczy do 30 listopada 1998 r. zaciągnęły one nowe zobowiązania wymagalne do wysokości 16 mln zł.

W **Województwie Gorzowskim** z 14 zakładów nadzorowanych przez Wojewodę do końca III kwartału 1998 r. osobowość prawną uzyskało 6 zakładów, w tym tylko jeden w 1998 r. Zakłady te na dzień usamodzielnienia zostały oddłużone, a mimo to na koniec trzeciego kwartału 1998 r. stan ich zobowiązań wymagalnych wyniósł 10,8 mln zł. a bez zobowiązań był tylko jeden Samodzielny Publiczny ZOZ Słubice. Według wyjaśnień Gł. Księgowej Urzędu Wojewódzkiego, odstąpiono od szczegółowej analizy przyczyn narastania zadłużenia z uwagi na „...niedoszacowanie budżetu na ochronę zdrowia w stosunku do faktycznych potrzeb”.

W **Województwie Gdańskim** w 1997 r. na oddłużenie zoz wykorzystano 109,9 mln zł. Zadłużenie tych zakładów nie zostało zahamowane. Na koniec września 1998 r. wyniosło ono 185 mln zł, w tym zadłużenie zakładów usamodzielnionych, które uzyskały osobowość prawną w grudniu 1997 r. - 5,3 mln zł.

W **Województwie Katowickim** w 1997 r. restrukturyzacją zadłużenia objęto 38 jednostek budżetowych i 4 zakłady samodzielne. Na koniec grudnia 1997 r., mimo wcześniejszego oddłużenia, zobowiązania wymagalne tych 38 jednostek wyniosły 128,5 mln zł, a na koniec kolejnych trzech kwartałów 1998 r. zwiększały się odpowiednio do 161,3, 186,4 i 226,3 mln zł. Zakłady samodzielne zostały przed przekształceniem całkowicie oddłużone, a mimo to ich zobowiązania wymagalne na koniec 1997 r. wyniosły 3,1 ml zł, a na koniec kolejnych 3 kwartałów 1998 r. zwiększyły się do 3,4 mln zł, 4,2 mln zł i 5,2 mln zł.

W **Województwie Krakowskim** zobowiązania wymagalne wszystkich jednostek służby zdrowia województwa wynosiły na koniec 1996 r., 1997 r. i koniec sierpnia 1998 r. odpowiednio: 71,1 mln zł, 94 mln zł i 174 mln zł. Pomimo to Wydział Finansowy nie prowadził kontroli zobowiązań jednostek budżetowych służby zdrowia, wychodząc z założenia, że powodem powstania zobowiązań były zbyt niskie środki na wydatki pozapłacowe, a więc kontrole niewiele by tu zmieniły. Wydział Zdrowia zajmował w tej sprawie identyczne stanowisko.

Urząd Wojewódzki w Ciechanowie prowadził monitoring stanu zadłużenia zakładów. Zadłużenie to w samodzielnych publicznych zoz systematycznie narastało. Na koniec kolejnych kwartałów 1998 r. zobowiązania wymagalne tych jednostek wynosiły: I - 909 tys. zł, II - 2.597 tys. zł, III - 2.956 tys. zł. Jedną z głównych przyczyn było niedoszacowanie środków przekazywanych zakładom. Liczby świadczeń określone w umowach były niższe od wykonanych w 1997 r., w związku z czym zakłady zaciągały zobowiązania przekraczające wielkości umowne.

⁹⁷ Z ustaleń kontroli wykonania budżetu państwa w 1998 r., przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej wynika, że według stanu na koniec 1998 r. stan zobowiązań wymagalnych w części 35 budżetu państwa wynosił 294.041 tys. zł, i był wyższy od stanu na koniec 1997 r., o 148.468 tys. zł, tj. o 102%.

W 1994 r. **Wojewoda Opolski** powołał Zespół doradczy ds. Oddłużenia Ochrony Zdrowia. W 1997 r. zobligowano dyrektorów zoz do zaktualizowania programów oszczędnościowych i do przedkładania informacji o ich realizacji. Realizacja tych programów dała efekty finansowe w 1997 r., łącznie ze środkami specjalnymi w kwocie 11,4 mln zł. Efekty te nie były jednak w stanie wyeliminować narastania zobowiązań, które na koniec 1997 r. wyniosły 62,3 mln zł. Działania podejmowane w 1998 r. były też nieskuteczne, bowiem zobowiązania wymagalne systematycznie narastały i na koniec I, II i III kwartałów 1998 r. wyniosły odpowiednio: 72,4 mln zł, 82,8 mln zł i 100,2 mln zł.

Restrukturyzacją zadłużenia w **Województwie Rzeszowskim** objęto 11 jednostek. Łącznie przejęto do oddłużenia w 1997 r. 22,6 mln zł. Całkowicie oddłużono 5 jednostek i częściowo 6. Wśród jednostek całkowicie oddłużonych był Szpital Wojewódzki Nr 2, który został wcześniej, bo w czerwcu 1996 r. usamodzielniony zarządzeniem wojewody (nie był wówczas oddłużony). Akcją oddłużania miały być objęte jednostki budżetowe, zmieniające formę gospodarki finansowej. Wydział otrzymywał comiesięczne meldunki od jednostek o wysokości zobowiązań. Analiza tych zobowiązań na koniec września 1998 r. wykazała znaczny ich wzrost we wszystkich jednostkach, głównie w III kw. 1998 r. Dotyczyło to szczególnie tych 5 jednostek, które zostały całkowicie oddłużone w 1997 r. Według wyjaśnień dyrektorów tych jednostek było to spowodowane zbyt niskimi środkami przeznaczonymi przez wojewodę na ich funkcjonowanie.

Zobowiązania wymagalne zoz **Województwa Zielonogórskiego** wynosiły na koniec 1996 i 1997 r. odpowiednio: 55,6 mln zł i 37,8 mln zł. W kwietniu 1997 r. Wojewoda wystąpił do Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z wnioskami o środki na oddłużenie ZOZ w Nowej Soli i Szpitala w Torzymiu, o których usamodzielnieniu Wojewoda zdecydował jeszcze w 1996 r., w łącznej wysokości 10,5 mln zł i na restrukturyzację bazy 2,6 mln zł. Środków tych nie otrzymano. We wrześniu 1997 r. Wojewoda skierował kolejny wniosek o oddłużenie tych jednostek w kwocie około 9,6 mln zł. W marcu 1997 r. przekazano do MZiOS wnioski w sprawie oddłużenia 16 zakładów z terenu województwa. Wyliczone potrzeby na restrukturyzację bazy i oddłużenie tych jednostek wyniosły odpowiednio 136,5 mln zł i 52 mln zł. Na realizację tego programu województwo otrzymało w 1997 r. kwotę 600 tys. zł. Wnioski w sprawie oddłużenia Urząd kierował do MZiOS również w 1998 r. Wnioski te jednak wraz z kompletem dokumentów zaginęły w Ministerstwie i do czasu zakończenia kontroli w dniu 23 listopada 1998 r. trwały bezskuteczne próby wyjaśnienia zaistniałej sytuacji i doprowadzenia do uwzględnienia potrzeb Województwa Zielonogórskiego w tym zakresie.

Zobowiązania zoz podległych **Wojewodzie Leszczyńskiemu** wyniosły w końcu 1997 r. 42,5 mln zł, a w kolejnych kwartałach 1998 r. wzrastały do: I - 49 mln zł, II - 53,7 mln zł, III - 61,5 mln zł. W maju 1998 r. Urząd informował MZiOS, że przekształcenie zoz będzie możliwe przy wsparciu finansowym na wykonanie niezbędnych prac oraz na zlikwidowanie istniejącego zadłużenia. Planowane wydatki na 1998 r. były o 32% niższe, od poniesionych w 1997 r. Do lipca łącznie wydatkowano już 88% planu rocznego.

2.2.10. Wpływ usamodzielnienia publicznych zakładów opieki zdrowotnej na wielkość zatrudnienia i średniej płacy.

W ramach kontroli podjęto próbę wstępnej oceny zmian, jakie zaszły w wyniku usamodzielnienia gospodarki finansowej publicznych zoz. Uwagę skoncentrowano na sprawach zatrudnienia i płacy, bowiem te elementy decydują zarówno o poziomie kosztów działalności zakładów, jak i o możliwości zatrudnienia odpowiednio kwalifikowanej kadry medycznej, a więc i o jakości świadczonych usług medycznych.

Obserwacje ograniczono do tych zakładów, które zawarły z organami założycielskimi umowy o przekazanie środków publicznych na finansowanie świadczeń zdrowotnych, przed 1 stycznia 1998 r., bez względu na termin uzyskania przez nie osobowości prawnej. Stwierdzono bowiem, że w praktyce fakt uzyskania osobowości prawnej nie powodował jakichkolwiek zmian w samodzielności zakładu, do czasu zawarcia wspomnianej umowy. Do tego czasu były one finansowane na zasadach dotychczasowych, to znaczy jak pozostałe jednostki budżetowe.

Z 82 zakładów objętych kontrolą tylko połowa prowadziła działalność samodzielną od początku 1998 r. Należy przy tym podkreślić, że pojęcie samodzielności, w odniesieniu do tych zakładów ma jedynie znaczenie formalne, bowiem nie uległy koniecznym zmianom metody określania liczbowego i wyceny udzielanych świadczeń medycznych. Ponadto utrzymujące się w wielu zakładach tendencje do zaciągania zobowiązań, przekraczających wielkość uzyskiwanych przychodów, wskazują na niedostosowanie się usamodzielnionych zakładów do konieczności sfinansowania prowadzonej działalności przychodami uzyskanymi z tej działalności.

Z tych więc względów, a także biorąc pod uwagę zarówno krótki okres prowadzenia przez zakłady działalności, w warunkach osobowości prawnej, który mógł być przedmiotem badań porównawczych, dokonane w ich toku ustalenia, nie mogą stanowić podstawy do formułowania bardziej ogólnych ocen i prognoz, a powinny być traktowane jako wstępne informacje o charakterze sygnałnym.

Z 45 zakładów, które zawarły umowy o przekazanie środków publicznych przed 1998 r., 42 zakłady zbadano z punktu widzenia zmian zatrudnienia ogółem, stwierdzając na przestrzeni 1998 r. tendencję spadkową w 26 zakładach (62%), a wzrost w 11 - (26%). Skala stwierdzonych zmian, była znacznie wyższa w przypadku zmniejszenia zatrudnienia i w 6 zakładach przekroczyła 10%, podczas gdy wzrost zatrudnienia na ogół nie przekraczał kilku procent. W odniesieniu do grupy lekarzy utrzymała się również przewaga zakładów, w których stwierdzono w 1998 r. zmniejszenie zatrudnienia. Zarejestrowano to w 21 zakładach (50%), przy wzroście liczby zatrudnionych lekarzy w 13 zakładach (31%).

Należy jednak zwrócić uwagę, że wielkości te nie oddają wiernie nakładu pracy, poniesionego dla funkcjonowania badanych zakładów, bowiem w 1998 r. znacznie rozpowszechniła się praktyka zlecania przez dyrektorów zakładów, działających z upoważnienia wojewodów, części zadań do wykonania niepublicznym zoz lub osobom fizycznym, uprawnionym do wykonywania zawodów medycznych.

Zmianę średniej płacy oceniono tylko w grupie lekarzy, zatrudnionych w 41, z wspomnianych wyżej 45 zakładów, które zawarły umowy z organami założycielskimi przed 1998 r. Wzrost płac wystąpił we wszystkich zakładach, natomiast znacznie była zróżnicowana jego skala, wynosząca od kilku aż do 67%. Wzrost średniej płacy lekarzy o więcej niż 20% stwierdzono w 12 zakładach, w tym w pięciu o ponad 30%.

Bezwzględna wysokość średniej płacy lekarzy w 1998 r. zbadano w 74 kontrolowanych zakładach. Stwierdzono że sięgała ona w skrajnym przypadku kwoty 4.781 zł. Poziom 2.000 zł został przekroczony w 25 zakładach, to znaczy w 34% objętych kontrolą. Faktem jest jednak, że z tych 25 zakładów 11 posiadało w końcu 1998 r. zobowiązania wymagalne, w granicach od kilkuset tysięcy zł do, w skrajnym przypadku, 8,5 mln zł.

Godnym podkreślenia jest fakt, że cztery zakłady, w których uzyskano w 1998 r. najwyższe płace personelu lekarskiego, były jednostkami o zbliżonym, w miarę jednorodnym charakterze świadczonych usług, i zatrudnieniu w granicach od 50 do 200 osób. W zakładach o bardziej złożonej strukturze i licznej załodze, płace były na ogół niższe, lub wyższym płacom, w granicach 2-3 tys. zł towarzyszyło zaciąganie przez zakłady zobowiązań przekraczających ich bieżące możliwości płatnicze.

*Najwyższy poziom średniej płacy lekarzy w 1998 r, w kwocie 4.781 zł stwierdzono w **Centrum Terapii Nerwic w Mosznej**. Zakład posiada osobowość prawną od 10 grudnia 1996 r., a od 31 grudnia 1996 r. działał samodzielnie na podstawie umowy o przekazanie środków publicznych zawartej z Wojewodą Opolskim. Ani przed usamodzielnieniem ani po uzyskaniu osobowości prawnej zakład nie posiadał zobowiązań wymagalnych. Na przestrzeni lat 1996 - 1998 zatrudnienie utrzymywało się na stałym poziomie 90 osób, w tym połowę stanowili lekarze. Na koniec 1996 r. średnia płaca lekarzy wynosiła w zakładzie 2.772 zł. i wzrosła w 1997 r. do 3.659 zł. to znaczy o 32%, a w okresie 3 kwartałów 1998 r. wzrosła do 4.781 zł, tj. ogółem o 72,5%, przy 133 - 137 godzinach pracy miesięcznie ponad wymiar nominalny, w całym badanym okresie. W tym czasie (w latach 1996 - 1998) płaca pielęgniarek wzrosła z 664 zł do 1.255 zł, tj. o 89%.*

*W **Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Psychiatrycznym ZOZ we Fromborku**, zatrudniającym w końcu 1998 r. ogółem 182 osoby, w tym 132 lekarzy, średnia płaca lekarzy wynosiła 3.432 tys. zł i była wyższa niż w końcu 1997 r. o 42%. Zakład uzyskał osobowość prawną i zawarł umowę z wojewodą w listopadzie 1997 r., nie był centralnie oddłużany i nie posiadał zobowiązań wymagalnych.*

***Samodzielny Publiczny Zakład Uzależnień w Charcicach**, dysponujący w końcu 1998 r. 50 etatami, w tym w połowie lekarskimi, rejestrował w tym czasie średnią płacę dla lekarzy w wysokości 3.753 zł. Zakład działał samodzielnie, na podstawie umowy z wojewodą, od listopada 1997 r., nie posiadając po uzyskaniu osobowości prawnej zobowiązań wymagalnych.*

***Specjalistyczny ZOZ dla Dzieci i Młodzieży w Osiecznej**, zatrudniał w końcu 1998 r. 50 osób, w tym 26 lekarzy, zapewniając im płacę, średnio w wysokości 3.360 zł. Od końca 1997 r. płaca ta wzrosła o 52%. Zakład gospodarzył samodzielnie od stycznia 1998 r., nie zaciągając w tym czasie zobowiązań wymagalnych i nie korzystając przed uzyskaniem osobowości prawnej z akcji oddłużania jednostek ochrony zdrowia.*

***Wojewódzki Szpital Zespolony w Słupsku** zatrudniał w końcu 1998 r. ogółem 1.595 osób, w tym 834 lekarzy, którzy uzyskiwali średnio 2.569 zł miesięcznie. Uposażenie to wzrosło w stosunku do końca 1997 r. o około 24%. Szpital Został usamodzielniony w lipcu*

1997 r., a umowę z wojewodą zawarł w styczniu 1998 r., na mocy której wojewoda przejął zobowiązania szpitala na dzień 31 grudnia 1997 r. w wysokości 6.656 tys. zł. Do końca września 1998 r. szpital zaciągnął zobowiązania wymagalne w wysokości 4.150 tys. zł.

III. OPIS POSTĘPOWANIA KONTROLNEGO

Wszystkie protokoły sporządzone w wyniku postępowania kontrolnego zostały podpisane bez zastrzeżeń. Wyniki kontroli zostały omówione na 40 naradach pokontrolnych i zostały przedstawione wraz z ocenami, uwagami i wnioskami, w 128 wystąpieniach pokontrolnych, z tego 123 adresowanych do kierowników jednostek kontrolowanych i 5 do jednostek nadrzędnych nad kontrolowanymi.

Kierownicy 5 jednostek kontrolowanych zgłosili zastrzeżenia do ocen uwag i wniosków zawartych w wystąpieniach pokontrolnych. Zastrzeżenia do dwóch wystąpień nie zostały przyjęte przez dyrektorów właściwych jednostek NIK, z uwagi na niespełnienie wymagań określonych w art. 61 ust. 1 ustawy o NIK. Zastrzeżenia do trzech pozostałych wystąpień zostały w całości oddalone. Dotyczyły one ocen przedstawionych przez NIK w wystąpieniach pokontrolnych.

Wystąpienie skierowane do Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej zawierało wnioski sformułowane w rozdziale 3, części III niniejszej informacji, a ponadto zamieszczono w nim ocenę wskazującą na niezasadność dalszego zajmowania stanowiska przez Wicedyrektora Departamentu Przekształceń Systemowych.⁹⁸

W odpowiedzi na wystąpienie pokontrolne, skierowane do Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej Podsekretarz Stanu w tym Ministerstwie poinformował Izbę, że wnioski zawarte w wystąpieniu są przedmiotem prac prowadzonych w Ministerstwie. Odpowiedź nie zawiera natomiast informacji co do sposobu i terminów ich realizacji.

We wnioskach kierowanych przez NIK pod adresem wojewodów brano pod uwagę, wchodzącą w życie z dniem 1 stycznia 1999 r., reformę administracji publicznej i wynikającą stąd zmianę podporządkowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Dotyczyły one zatem głównie problemów, których rozwiązanie wymagać będzie działań organów szczebla wojewódzkiego, jak np. doprowadzenia do rzetelnego rozliczenia zakładów z realizacji zawartych w 1998 r. umów o przekazanie środków publicznych, zarówno w zakresie rzeczowym jak i finansowym, przyspieszenia, przy współpracy z Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej, wdrożenia systemu rejestracji usług medycznych oraz uregulowania stanu prawnego nieruchomości użytkowanych przez publiczne zoz.

Wnioski adresowane do samodzielnych publicznych zoz dotyczyły w szczególności dostosowania struktury, organizacji i gospodarki finansowej zakładów do funkcjonowania w warunkach posiadania osobowości prawnej. Podkreślano konieczność skutecznego przeciwdziałania powstawaniu zobowiązań wykraczających poza możliwości płatnicze zakładu, przestrzegania zasad rzetelnego kalkulowania kosztów, uwzględniającego prawidłowe naliczanie i odprowadzanie na wydzielone fundusze odpisów amortyzacyjnych oraz sporządzania rachunku wyników wiernie oddającego stan finansów jednostki.

NIK zwracała ponadto uwagę na potrzebę opracowania i konsekwentnej realizacji perspektywicznych, strategicznych planów - programów rozwoju zakładów, uwzględniających konieczne zmiany strukturalne, dostosowujące zakres i jakość oferowanych usług medycznych do rzeczywistego popytu i zapewniających możliwość funkcjonowania i rozwoju zakładów.

Łącznie pod adresem jednostek kontrolowanych NIK skierowała 265 wniosków pokontrolnych, z których według stanu na koniec czerwca 1999 r. zrealizowano 137, a 39 pozostawało w fazie realizacji.

p.o. Dyrektora
Departamentu Zdrowia
i Kultury Fizycznej

Andrzej Lewiński

1999.07.

Zatwierdzam:
PREZES

⁹⁸ W wystąpieniu skierowanym w dniu 30 kwietnia 1999 r. do Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w wyniku kontroli wykonania budżetu w 1998 r., NIK zamieściła oceny wskazujące na niezasadność zajmowania stanowisk przez dyrektora Departamentu Finansów i Budżetu, wicedyrektora Departamentu Świadczeń Zdrowotnych oraz wspomnianego wyżej wicedyrektora Departamentu Przekształceń Systemowych. Do ocen tych Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej złożył zastrzeżenia w dniu 11 maja 1999 r., które zostały w całości oddalone uchwałą Nr 41/99 Kolegium Najwyższej Izby Kontroli z dnia 26 maja 1999 r.

Informacja o wynikach kontroli tworzenia i funkcjonowania samodzielnych publicznych zoz

NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI

z.up. Jacek Jeziński
WICEPREZES
1999.07.07

Wykaz jednostek objętych kontrolą

A. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej

B. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej

| Lp | Województwo Nazwa jednostki | data uzyskania osobowości prawnej | data zawarcia umowy z wojewodą |
|----|---|---|-----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Białkopodlaskie | | |
| 1 | Wojewódzki Szpital Zespolony w Białej Podlaskiej | 1-04-98 | 30-04-98 |
| | Bielskie | | |
| 2 | Zespół Opieki Zdrowotnej w Żywcu | 24-07-96 | 1-09-96 |
| | Bydgoskie | | |
| 3 | Zespół Opieki Zdrowotnej w Żninie | 25-09-96 | 1-10-96 |
| 4 | Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Bydgoszczy | 29-11-96 | 1-01-97 |
| 5 | Wojewódzka Przychodnia Zdrowia Psychicznego w Bydgoszczy | 28-09-98 | 1-10-98 |
| | Ciechanowskie | | |
| 6 | Zespół Opieki Zdrowotnej w Dziadkowie | 8-12-97 | 30-09-98 |
| 7 | Zespół Opieki Zdrowotnej w Płońsku | 31-12-97 | 20-10-98 |
| | Częstochowskie | | |
| 8 | Zespół Opieki Zdrowotnej w Blachowni | 29-11-96 | 2-12-96 |
| 9 | Przychodnia Rejonowa w Częstochowie | 28-04-97 | 1-07-97 |
| 10 | Wojewódzki Ośrodek Rehabilitacyjny w Kochcicach | 2-12-96 | 2-12-96 |
| | Elbląskie | | |
| 11 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Pasłęku | 1-07-96 | 1-07-96 |
| 12 | Samodzielny Publ.Specjal. Psychiatr. Zakład Opieki Zdr. we Fromborku | 3-11-97 | 31-10-97 |
| | Gdańskie | | |
| 13 | Szpital im. Św. Jana w Stargardzie Gdańskim | 22-12-97 | brak umowy |
| 14 | Przemysłowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Gdańsku | 31-12-97 | brak umowy |
| | Gorzowskie | | |
| 15 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choszcznie | 24-06-96 | 5-03-97 |
| 16 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słubicach | 24-06-96 | 5-03-97 |
| 17 | Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki Nr 2 w Gorzowie Wlkp. | 14-09-98 | brak umowy |
| | Katowickie | | |
| 18 | Szpital Miejski w Tychach | 18-11-97 | 30-12-97 |
| 19 | Zespół Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Górniczej | 24-07-96 | 1-08-96 |
| 20 | SZOZ Zakład Diagnostyki Obrazowej w Sosnowcu | 16-12-97 | 21-01-98 |
| 21 | Szpital im.dr Andrzeja Mielęckiego w Chorzowie | 2-01-97 | 1-01-97 |
| 22 | Szpital Miejski w Tychach | 18-11-97 | 30-12-97 |
| | Kieleckie | | |
| 23 | Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Kielcach | 25-11-96 | 21-02-97 |
| 24 | Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej i Ośrodek Zdrowia w Mircu | 24-01-97 | 28-02-97 |
| 25 | Wojewódzki Specjal. Szpital Położniczo-Ginekolog. i Noworodków w Kielcach | 20-12-96 | 12-02-97 |

Informacja o wynikach kontroli tworzenia i funkcjonowania samodzielnych publicznych zoz

| | | | |
|----|---|----------|------------|
| 26 | <u>Konińskie</u> Zespół Opieki Zdrowotnej w Kole | 11-03-97 | brak umowy |
| 27 | Zespół Opieki Zdrowotnej w Turku | 2-06-97 | brak umowy |
| 28 | <u>Koszalińskie</u> Zespół Opieki Zdrowotnej w Kołobrzegu | 26-03-97 | 21-04-97 |
| 29 | Zespół Opieki Zdrowotnej w Drawsku Pomorskim | 29-04-96 | 29-04-96 |
| 30 | Przychodnia Rejonowa w Bobolicach | 30-03-96 | 29-04-96 |
| 31 | <u>Krakowskie</u> Centrum Medycyny Profilaktycznej w Krakowie | 23-12-96 | 30-12-96 |
| 32 | Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci NSZZ „Solidarność” w Radziszowie | 7-01-98 | 27-01-98 |
| 33 | Krakowskie Centrum Rehabilitacji w Krakowie | 18-12-96 | 30-12-96 |
| 34 | <u>Leszczyńskie</u> Specjalistyczny ZOZ dla Dzieci i Młodzieży w Osiecznej | 10-12-97 | 30-12-97 |
| 35 | <u>Lubelskie</u> Zespół Opieki Zdrowotnej w Lublinie | 1-12-98 | 1-12-98 |
| 36 | Zespół Opieki Zdrowotnej w Kraśniku | 31-12-98 | 26-05-98 |
| 37 | VI Wojsk.Szp. z Przychodnią w Dęblinie | 1-12-98 | brak umowy |
| 38 | Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Lublinie | 8-04-97 | 1-07-97 |
| 39 | Onkologiczny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lublinie | 21-04-97 | 1-07-97 |
| 40 | <u>Łódzkie</u> Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi | 10-04-97 | 30-06-97 |
| 41 | SPZOZ Ośrodek Medycyny Pracy w Pabianicach | 1-01-98 | 7-01-98 |
| 42 | Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc w Łodzi | 28-03-97 | 30-06-97 |
| 43 | <u>Łomżyńskie</u> Wojewódzki Zakład Patomorfologii w Łomży | 7-10-97 | 7-10-97 |
| 44 | Wojewódzki Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży | 30-12-97 | 2-01-98 |
| 45 | <u>Nowosądeckie</u> Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zakopanem | 31-07-98 | 28-08-98 |
| 46 | <u>Olsztyńskie</u> Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostródzie | 31-07-98 | 14-08-98 |
| 47 | <u>Opolskie</u> Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Branicach | 23-04-98 | 19-08-98 |
| 48 | Opolskie Centrum Rehabilitacji w Korfantowie | 11-12-96 | 14-01-97 |
| 49 | Centrum Terapii Nerwic w Mosznej | 10-12-96 | 31-12-96 |
| 50 | <u>Ostrołęckie</u> Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej | 21-09-98 | brak umowy |
| 51 | <u>Piłskie</u> Zespół Opieki Zdrowotnej w Pile | 31-07-98 | 31-07-98 |
| 52 | Zespół Opieki Zdrowotnej w Trzciance | 14-02-97 | 28-11-97 |
| 53 | <u>Płockie</u> Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Płocku | 27-08-98 | 2-11-98 |
| 54 | <u>Poznańskie</u> Specjalistyczny Zespół Opieki nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu | 17-10-96 | 32-12-96 |

Informacja o wynikach kontroli tworzenia i funkcjonowania samodzielnych publicznych zoz

| | | | |
|----|--|------------------|------------|
| 55 | Poznański Ośrodek Reumatologiczny Specjalistyczny ZOZ w Śremie | 14-11-96 | 31-12-96 |
| 56 | Zakład Leczenia Uzależnień w Charcicach | 20-03-96 | 1-04-96 |
| 57 | <u>Radomskie</u> Szpital Rejonowy w Ilży | 4-09-96 | 5-09-96 |
| 58 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zwoleniu | 28-08-98 | 1-10-98 |
| 59 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szydłowcu | 1-10-97 | 1-10-97 |
| 60 | <u>Rzeszowskie</u> Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Rzeszowie | 1-10-96 | 1-10-96 |
| 61 | Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku | brak rejestracji | brak umowy |
| 62 | Szpital Wojewódzki Nr 2 w Rzeszowie | 2-09-96 | 2-09-96 |
| 63 | <u>Skierniewickie</u> Zespół Opieki Zdrowotnej w Łowiczu | 5-06-97 | 5-02-98 |
| 64 | Zespół Opieki Zdrowotnej w Rawie Mazowieckiej | 5-06-97 | 5-02-98 |
| 65 | <u>Słupskie</u> Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęborku | 16-07-97 | 1-02-98 |
| 66 | Wojewódzki Szpital Zespolony w Słupsku | 15-07-97 | 21-04-97 |
| 67 | <u>Suwalskie</u> Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Suwałkach | 29-09-97 | 1-09-97 |
| 68 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Olecku | 20-06-96 | 1-07-96 |
| 69 | <u>Szczecińskie</u> Specjalistyczny Szpital im.Profesora A. Sokołowskiego w Szczecinie -Zdunowie | 29-10-96 | brak umowy |
| 70 | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kamieniu Pomor. | 23-10-96 | 3-03-97 |
| 71 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Goleniowie | 23-10-96 | 3-03-97 |
| 72 | Samodzielny Publiczny Wojewódzki Ośrodek Rehabilit. Dzieci i Młodzieży w Szczecinie | 31-07-98 | brak umowy |
| 73 | <u>Warszawskie</u> Szpital Położniczo Ginekologiczny Św. Zofii w Warszawie ul. Żelazna | 13-12-96 | 3-04-97 |
| 74 | Wojewódzki Szpital Dziecięcy im Prof. Jana Bogdanowicza w Warszawie | 7-03-97 | 8-05-97 |
| 75 | Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego WarszawaWola | 9-01-98 | 22-04-98 |
| 76 | Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa ul.Krypska 39 | 29-12-97 | 17-07-98 |
| 77 | <u>Włocławskie</u> Zespół Przychodni Specj. we Włocławku | 12-12-97 | 1-10-98 |
| 78 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choceniu | 8-09-98 | 30-09-98 |
| 79 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Aleksandrowie Kujaw. | 18-08-98 | 1-10-98 |
| 80 | <u>Wrocławskie</u> Dolnośląskie Centrum Diagnostyki Medycznej "Dolmed" we Wrocławiu | 30-04-97 | 30-06-97 |
| 81 | <u>Zamojskie</u> Wojewódzki Szpital Zespolony w Zamościu | 5-05-98 | 5-05-98 |
| 82 | <u>Zielonogórskie</u> Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmunologiczno- | 31-07-98 | brak umowy |

| | | | |
|--|---------------------------|--|--|
| | Kardiologiczny w Torzymiu | | |
|--|---------------------------|--|--|

C. Urzędy Wojewódzkie

| | |
|----|--------------------------|
| 1 | w Białej Podlaskiej |
| 2 | w Bielsku |
| 3 | w Bydgoszczy |
| 4 | w Chełmie |
| 5 | w Ciechanowie |
| 6 | w Częstochowie |
| 7 | w Elblągu |
| 8 | w Gdańsku |
| 9 | w Gorzowie Wielkopolskim |
| 10 | w Katowicach |
| 11 | w Kielcach |
| 12 | w Koninie |
| 13 | w Koszalinie |
| 14 | w Krakowie |
| 15 | w Lesznie |
| 16 | w Lublinie |
| 17 | w Łodzi |
| 18 | w Łomży |
| 19 | w Nowym Sączu |
| 20 | w Opolu |
| 21 | w Ostrołęce |
| 22 | w Pile |
| 23 | w Poznaniu |
| 24 | w Radomiu |
| 25 | w Rzeszowie |
| 26 | w Siedlcach |
| 27 | w Skierniewicach |
| 28 | w Słupsku |
| 29 | w Suwałkach |
| 30 | w Szczecinie |
| 31 | w Tarnobrzegu |
| 32 | w Wałbrzychu |
| 33 | w Warszawie |
| 34 | w Włocławku |
| 35 | w Wrocławiu |
| 36 | w Zamościu |
| 37 | w Zielonej Górze |

D. Urzędy Miejskie

| | |
|---|-------------|
| 1 | w Chorzowie |
| 2 | w Lublinie |
| 3 | w Płocku |

**WYKAZ
podstawowych aktów prawnych w zakresie objętym tematyką kontroli**

1. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej - Dz. U. Nr 91, poz. 408, ze zmianami.
2. Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw - Dz. U. Nr 104, poz. 661 ze zmianami.
3. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym - Dz. U. Nr 28, poz. 153 i Nr 75, poz. 468.
4. Ustawa z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych - j. t. Dz. U. z 1998 r. Nr 119, poz. 773.
5. Ustawa z dnia 21 sierpnia 1997 r. o gospodarce nieruchomościami - Dz. U. Nr 115, poz. 741 i z 1998 r. Nr 106, poz. 668.
6. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości - Dz. U. Nr 121, poz. 591, z 1997 r. Nr 32, poz. 183 i Nr 43, poz. 272.
7. Ustawa z dnia 9 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza - Dz. U. Nr 28, poz. 152 ze zmianami.
8. Ustawa z dnia 5 stycznia 1991 r. Prawo budżetowe - Dz. U. z 1993 r. Nr 72, poz. 344 ze zmianami.
9. Ustawa z dnia 27 września 1991 r. o zasadach odpłatności za leki i artykuły sanitarne - Dz. U. Nr 94, poz. 422 ze zmianami.
10. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. - Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną - Dz. U. Nr 133, poz. 872, ze zmianą.
11. Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych - Dz. U. z 1993 r. Nr 106, poz. 482, ze zmianami.
12. Zarządzenie 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 wykorzystania - M.P. Nr 29, poz. 341.
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 grudnia 1998 r. w sprawie warunków i trybu przekazywania samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej środków publicznych oraz sposobu kontroli ich wykorzystania - Dz. U. Nr 166, poz. 1266.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 czerwca 1996 r. w sprawie książeczek usług medycznych - Dz. U. Nr 92, poz. 420.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów publicznych zakładach opieki zdrowotnej - Dz. U. Nr 164, poz. 1194.
16. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 17 stycznia 1997 r. w sprawie amortyzacji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych - Dz. U. Nr 6, poz. 35 oraz Nr 14, poz. 78,
17. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 20 stycznia 1995 r. w sprawie amortyzacji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych a także wyceny środków trwałych - Dz. U. Nr 7, poz. 34, Nr 73, poz. 362 i Nr 122, poz. 590.
18. 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 świadczenia - Dz. U. Nr 76, poz. 363, ze zmianami.
19. Instrukcja nr 5/83 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 lipca 1983 r. w sprawie postępowania ze zbędnymi urządzeniami technicznymi przez jednostki organizacyjne resortu zdrowia i opieki społecznej - Dz. Urz. MZiOS Nr 8, poz. 42.

Zestawienie kontraktów menedżerskich o zarządzanie
samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej.

| L.p. | Województwo SPZOZ | data zawarcia umowy | Wynagrodzenie | | okres wypowiedz. przez organ założycielski (miesiące) | odszkodowanie za rozwiązanie umowy przed terminem (miesiące) |
|------------------------|--------------------------------------|---------------------------|--|--|---|--|
| | | | zasadnicze X średnia płaca kraj. | dodatkowe premija P prowizja R | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Białkopodlaskie | | | | | | |
| 1 | Woj.Szp.Zesp. Biała Podlaska | 1-12-98 | 15860,-* | P | 6 | nie ustalono |
| 2 | SPZOZ Międzyrzecz Podlaski | 7-12-98 | 9760,-* | P | 6 | nie ustalono |
| 3 | Woj.St.Pog.Rat.i Tr.San. Biała Podl. | 1-12-98 | 9760,-* | P | 6 | nie ustalono |
| 4 | SPZOZ Parczewo | 20-11-98 | 12200,-* | P | 6 | nie ustalono |
| 5 | SPZOZ Radzyń Podlaski | 7-12-98 | 9760,-* | P | 6 | nie ustalono |
| Bydgoskie | | | | | | |
| 1 | Woj.Przych.Zdr.Psych. Bydgoszcz | 1-10-98 | brak dan. | P | 3 | 6 |
| 2 | SPZOZ Żnin | 1-10-96 | brak dan. | P | 6 | 6 |
| 3 | SPZOZ Szubin | 1-10-96 | brak dan. | P | 6 | 6 |
| 4 | SPZOZ Nakło | 1-07-97 | brak dan. | P | 6 | 6 |
| 5 | Woj.Ośr.Med.Pracy Bydgoszcz | 1-01-97 | brak dan. | P | 6 | 6 |
| Ciechanowskie | | | | | | |
| 1 | SPZOZ Pułtusk | 24-11-98 | 5000,-** | P R | 12 | 12 |
| 2 | Szp.Woj. Ciechanów | 22-09-98 | 8000,-** | P R | 12 | 12 |
| 3 | SPZOZ Mława | 30-09-98 | 7500,-** | P R | 12 | 12 |
| 4 | SPZOZ Płońsk | 20-10-98 | 5000,-** | P R | 12 | 12 |
| 5 | SPZOZ Żuromin | 13-10-98 | 4500,-** | P R | 12 | 12 |
| 6 | SPZOZ Działdowo | 30-09-98 | 5000,-** | P R | 12 | 12 |
| Elbląskie | | | | | | |
| 1 | Woj.Szp.Zesp. Elbląg | 1-12-98 | 11 | P R | 6 | nie ustalono |
| 2 | SPZOZ Braniewo | 1-12-98 | 11 | P R | 6 | nie ustalono |
| 3 | SPZOZ Pasłęk | 1-12-98 | 11 | P R | 6 | nie ustalono |
| 4 | SPZOZ Malbork | 1-12-98 | 11 | P R | 6 | nie ustalono |
| 5 | SPZOZ Sztum | 1-12-98 | 9 | P R | 6 | nie ustalono |
| 6 | SPZOZ Prabuty | 1-12-98 | 11 | P R | 6 | nie ustalono |
| 7 | SPZOZ Kwidzyń | 1-12-98 | 11 | P R | 6 | nie ustalono |
| 8 | SP Specj.ZOZ Elbląg | 1-12-98 | 10 | P R | 6 | nie ustalono |
| 9 | SP Specj.-Psych.ZOZ Frombork | 1-12-98 | 10 | P R | 6 | nie ustalono |
| 10 | Woj.Ośr.Med.Pracy Elbląg | 30-10-98 | 11 | P R | 6 | nie ustalono |
| Gorzowskie | | | | | | |
| 1 | Szp.Woj. Gorzów Wlkp | 17-12-98 | 8 | P | 12 | 6 |
| 2 | SPZOZ Słubice | 17-12-98 | 6 | P | 12 | 6 |
| 3 | SPZOZ Choszczno | 17-12-98 | 6 | P | 12 | 6 |
| 4 | SPZOZ Skwierzyna | 31-12-98 | 5 | P | 12 | 6 |
| 5 | Szp.dla Ner.i Psych.Ch.Międzyrzecz | 31-12-98 | 5 | P | 12 | 6 |
| Jeleniogórskie | | | | | | |
| 1 | Szp.Woj. Jelenia Góra | 30-11-98 | 14000,-** | P R | 6 | 12 |
| 2 | Centr.Pneum.Dzic. Karpacz | 1-09-98 | 11000,-** | P R | 6 | 12 |
| 3 | Szp.Specj.Narz. Ruchu Kamienna G. | 15-11-98 | 11000,-** | P R | 6 | 12 |
| 4 | Szp.W. Psych.i Ner.Chor.Bolesławiec | 15-11-98 | 11000,-** | P R | 6 | 12 |
| 5 | Szp.Zesp..Gruź.i Chor.Płuc Jelenia G | 15-11-98 | 11000,-** | P R | 6 | 12 |
| 6 | SPZOZ Kamienna Góra | 15-11-98 | 11000,-** | P R | 6 | 12 |
| Kaliskie | | | | | | |
| 1 | Woj.Sp.ZZOZ Chor.Pł. i Gruź. Wolica | 30-12-98 | 9 | P R | 6 | 6 |
| 2 | SPZOZ Krotoszyn | 30-12-98 | 8 | P R | 6 | 6 |
| 3 | Woj.Zakł.Op.Psychiatr. Sokołówka | 30-12-98 | 8 | P R | 6 | 6 |

Informacja o wynikach kontroli tworzenia i funkcjonowania samodzielnych publicznych zoz

| | | | | | | |
|----|--|----------|-----------|-----|----|--------------|
| 4 | Szp. Zespólny Kalisz | 30-12-98 | 10 | P R | 6 | 6 |
| 5 | SPZOZ Pleszew | 30-12-98 | 8,5 | P R | 6 | 6 |
| 6 | Woj.Szp.Matki i Dziecka Kalisz | 30-12-98 | 9,5 | P R | 6 | 6 |
| 7 | ZZOZ Jarocin | 30-12-98 | 8 | P R | 6 | 6 |
| 8 | SPZOZ Wieruszów | 30-12-98 | 8 | P R | 6 | 6 |
| 9 | Woj. St. Krwiodawstwa Kalisz | 30-12-98 | 8 | P R | 6 | 6 |
| 10 | SPZOZ Syców | 30-12-98 | 8 | P R | 6 | 6 |
| 11 | ZZOZ Ostrzeszów | 30-12-98 | 8 | P R | 6 | 6 |
| 12 | SPZOZ Kępno | 30-12-98 | 8 | P R | 6 | 6 |
| 13 | Woj.St.Pogot.Ratunkowego Kalisz | 30-12-98 | 8 | P R | 6 | 6 |
| 1 | Kieleckie SZOZ Końskie | 1-12-98 | 7,5 | P R | 12 | 24 |
| 1 | Konińskie Woj.Szp.Zespólny Konin | 28-11-98 | 11 | P R | 6 | 12 |
| 2 | SPZOZ Koło | 28-11-98 | 9 | P R | 6 | 12 |
| 3 | SPZOZ Turek | 28-11-98 | 9 | P R | 6 | 12 |
| 4 | SPZOZ Słupca | 28-11-98 | 9 | P R | 6 | 12 |
| 1 | Koszalińskie SPZOZ nr 1 Kołobrzeg | 1-08-98 | 2,5 | P R | 6 | nie ustalono |
| 2 | SPZOZ nr 2 Kołobrzeg | 1-08-98 | 2,5 | P R | 6 | nie ustalono |
| 3 | SPZOZ nr 3 Kołobrzeg | 1-08-98 | 2,5 | P R | 6 | nie ustalono |
| 4 | SPZOZ Złocieniec | 1-10-98 | 2,5 | P R | 6 | nie ustalono |
| 5 | SPZOZ Darłowo | 1-07-98 | 5 | P R | 6 | nie ustalono |
| 6 | SPZOZ Połczyn Zdrój | 1-10-98 | 6 | P R | 6 | nie ustalono |
| 7 | SPZOZ Szczecinek | 1-08-98 | 6 | P R | 6 | nie ustalono |
| 8 | SPZOZ Sianów | 1-08-98 | 3,5 | P R | 6 | nie ustalono |
| 9 | SPZOZ Polanów | 1-08-98 | 4,5 | P R | 6 | nie ustalono |
| 10 | SPZOZ Kołobrzeg | 1-07-98 | 8 | P R | 6 | nie ustalono |
| 11 | Szpital Woj. Koszalin | 1-10-98 | 8 | P R | 6 | nie ustalono |
| 12 | Zespół Woj.Przych.Specj. Koszalin | 1-01-98 | 1,62 %*** | | 6 | nie ustalono |
| 13 | Ośr. Leczenia Uzależ. Stanomin | 1-10-98 | 3,5 | P R | 6 | nie ustalono |
| 14 | Przych. Rejonowa Bobolice | 1-11-98 | 4 | P R | 6 | nie ustalono |
| 1 | Krośnieńskie Woj. Szp.Podkarpacki Krosno | 4-12-98 | 16 | P R | 12 | 12 |
| 2 | SPZOZ Chorkówka | 27-12-98 | 4 | P R | 12 | 12 |
| 3 | SPZOZ Jasło | 10-11-98 | 14 | P R | 12 | 12 |
| 4 | SPZOZ Lesko | 18-11-98 | 10 | P R | 12 | 12 |
| 5 | SPZOZ Brzozów | 18-11-98 | 12 | P R | 12 | 12 |
| 6 | SPZOZ Sanok | 18-11-98 | 12 | P R | 12 | 12 |
| 7 | SPZOZ Ustrzyki Dolne | 18-11-98 | 10 | P R | 12 | 12 |
| 1 | Legnickie Woj.Szp.Psychiatr. Złotoryja | 1-08-98 | 10 | P R | 12 | 12 |
| 2 | SPZOZ Jawor | 28-12-98 | 10 | P R | 12 | 12 |
| 3 | SPZOZ Kunice | 28-12-98 | 7 | P R | 12 | 12 |
| 4 | Szp. Zakaźny Legnica | 1-08-98 | 10 | P R | 12 | 12 |
| 5 | Szp. Chirurgiczny Legnica | 1-08-98 | 10 | P R | 12 | 12 |
| 6 | Woj.Ośr.Medycyny Pracy Lubin | 31-12-98 | 10 | P R | 12 | 12 |
| 7 | Miejski Zesp.Zakł.Op.Podst. | 28-12-98 | 10 | P R | 12 | 12 |
| 8 | Gminny Zesp.Zakł.Op.Podst. Rudna | 28-12-98 | 8 | P R | 12 | 12 |
| 9 | Miej.-Gm.Zes.Zakł.Op.Pods.Ścinawa | 28-12-98 | 7 | P R | 12 | 12 |
| 10 | Woj.Przych.Stomatologiczna Legnica | 30-12-98 | 10 | P R | 12 | 24 |
| 11 | ZOZ Lubin | 28-12-98 | 12 | P R | 12 | 24 |
| 12 | Woj. Szpital Legnica | 28-12-98 | 13 | P R | 12 | 24 |
| 13 | Przychodnia Rejonowa Chojnów | 28-12-98 | 7 | P R | 12 | 24 |
| 1 | Leszczyńskie Woj.Szp.Zespólny Leszno | 21-12-98 | 12,5 | R | 3 | 12 |
| 2 | SPZOZ dla Dzieci i Młodz. Osieczna | 27-02-98 | 11000,-** | R | 6 | 3 |

Informacja o wynikach kontroli tworzenia i funkcjonowania samodzielnych publicznych zoz

| | | | | | | |
|---------------------|-------------------------------------|----------|----------|------------|----|--------------|
| 3 | SPZOZ Gostyń | 1-12-98 | 11,5 | R | 3 | 12 |
| 4 | SPZOZ Góra | 1-12-98 | 11,5 | R | 3 | 12 |
| 5 | SPZOZ Kościan | 30-12-98 | 11,5 | R | 3 | 12 |
| 6 | SPZOZ Wschowa | 30-12-98 | 11,5 | R | 3 | 12 |
| 7 | SPZOZ Rawicz | 1-12-98 | 11,5 | R | 3 | 12 |
| 8 | Woj.Ośr.Med.Pracy Leszno | 30-12-98 | 9,5 | R | 3 | 12 |
| 9 | Woj.Szp.Neuropsychiatr. Kościan | 1-12-98 | 11 | R | 3 | 12 |
| Lubelskie | | | | | | |
| 1 | Woj.Przych.Skórno-Wenerolog Lublin | 4-12-98 | 4500,-* | nie ustal. | 6 | nie ustalono |
| 2 | Wj.Stacja Pogot.Ratunk. Lublin | 4-12-98 | 6000,-* | nie ustal. | 6 | nie ustalono |
| 3 | SPZOZ Ryki | 4-12-98 | 7000,-* | nie ustal. | 6 | nie ustalono |
| 4 | Woj.Przych.Matki i Dziecka Lublin | 4-12-98 | 4500,-* | nie ustal. | 6 | nie ustalono |
| 5 | Woj.Ośr.Medycyny Sport. Lublin | 4-12-98 | 4000,-* | nie ustal. | 6 | nie ustalono |
| 6 | SPZOZ Łęczna | 4-12-98 | 5500,-* | nie ustal. | 6 | nie ustalono |
| 7 | SPZOZ Bychawa | 4-12-98 | 6500,-* | nie ustal. | 6 | nie ustalono |
| 8 | SPZOZ Bełżyce | 4-12-98 | 6500,-* | nie ustal. | 6 | nie ustalono |
| 9 | Szp. Neuropsychiatryczny Lublin | 4-12-98 | 6500,-* | nie ustal. | 6 | nie ustalono |
| 10 | Woj.Szp.Specjalistyczny Lublin | 31-12-98 | 10000,-* | nie ustal. | 6 | nie ustalono |
| 11 | Szp.Wojewódzki Lublin | 22-10-98 | 8000,-* | nie ustal. | 6 | nie ustalono |
| 12 | SPZOZ Świdnik | 28-09-98 | 7500,-* | nie ustal. | 6 | nie ustalono |
| 13 | SPZOZ Lubartów | 17-07-98 | 8500,-* | nie ustal. | 6 | nie ustalono |
| 14 | SPZOZ Kraśnik | 30-07-98 | 7500,-* | P | 6 | nie ustalono |
| 15 | SPZOZ Dęblin | 26-05-98 | 4500,-* | P | 3 | nie ustalono |
| 16 | Woj.Ośr.Medycyny Pracy Lublin | 15-10-98 | 4500,-* | P | 3 | 3 |
| 17 | Woj.Przych.Zaop.Ort.i Śr.Pom.Lublin | 28-10-98 | 4500,-* | P | 12 | 12 |
| 18 | SP Onkolog.Spec.Zakł.Op.Zdr.Lublin | 8-10-98 | 4550,-* | P | 3 | 3 |
| Nowosądeckie | | | | | | |
| 1 | SPZOZ Limanowa | 28-08-98 | 7 | R | 12 | 24 |
| 2 | Szp.Specj.Chorób Płuc Zakopane | 29-09-98 | 6 | R | 12 | 24 |
| 3 | SPZOZ Zakopane | 28-08-98 | 7 | R | 12 | 24 |
| Olsztyńskie | | | | | | |
| 1 | Woj.Szp.Specjalistyczny Olsztyn | 30-12-98 | 7 | nie ustal. | 3 | 3 |
| 2 | SPZOZ Szczytno | 24-12-98 | 5 | nie ustal. | 3 | 3 |
| 3 | SP Zesp. Pulm. i Onkologii Olsztyn | 31-12-98 | 5 | nie ustal. | 3 | 3 |
| 4 | Woj.Zesp. Med. Przemysł. Olsztyn | 30-12-98 | 5 | nie ustal. | 3 | 3 |
| 5 | SPZOZ Nidzica | 31-12-98 | 5 | nie ustal. | 3 | 3 |
| 6 | SPZOZ Tczew | 30-12-98 | 6 | nie ustal. | 3 | 3 |
| 7 | SPZOZ Bartoszyce | 30-12-98 | 6 | nie ustal. | 3 | 3 |
| 8 | Woj. Szp.Rehab. dla Dzieci Ameryka | 24-12-98 | 6 | nie ustal. | 3 | 3 |
| 9 | SPZOZ Morąg | 30-12-98 | 6 | nie ustal. | 3 | 3 |
| 10 | SPZOZ Biskupiec | 31-12-98 | 6 | nie ustal. | 3 | 3 |
| 11 | Woj.Specjal.Szp. Dziecięcy Olsztyn | 31-12-98 | 6 | nie ustal. | 3 | 3 |
| 12 | SPZOZ Kętrzyn | 24-12-98 | 6 | nie ustal. | 3 | 3 |
| 13 | Woj.Zesp.Leczn.Psychiatr. Olsztyn | 30-12-98 | 7 | nie ustal. | 3 | 3 |
| Ostrołęckie | | | | | | |
| 1 | Szp. Specjalistyczny Olsztyn | 23-12-98 | 10 | P R | 12 | 24 |
| 2 | SPZOZ Maków Mazow. | 28-12-98 | 8 | P R | 12 | 24 |
| 3 | SPZOZ Przasnysz | 28-12-98 | 8 | P R | 12 | 24 |
| 4 | SPZOZ Wyszaków | 28-12-98 | 9 | P R | 12 | 24 |
| Piłskie | | | | | | |
| 1 | SPZOZ Piła | 31-07-98 | 8500,-** | P R | 3 | 6 |
| Przemyskie | | | | | | |
| 1 | SPZOZ Przeworsk | 18-12-98 | 13 | R | 12 | 12 |
| 2 | Zakł. Opiekuńczo-Lecznicy Przemysł | 18-12-98 | 10 | P R | 6 | 12 |
| Poznańskie | | | | | | |
| 1 | Specj.ZOZ nad Matką i Dz. Poznań | 30-11-98 | 8 | P R | 12 | 12 |
| 2 | Zakł. Leczenia Uzależnień Charcice | 7-12-98 | 6,5 | P R | 12 | 12 |

Informacja o wynikach kontroli tworzenia i funkcjonowania samodzielnych publicznych zoz

| | | | | | | |
|---------------------|--------------------------------------|----------|---------|-----|----|--------------|
| 3 | SPZOZ Ośr.Reumatologiczny Śrem | 7-12-98 | 6,5 | P R | 12 | 12 |
| 4 | Zakł. Pielęgn.-Opiekuńczy Śrem | 7-12-98 | 6 | P R | 12 | 12 |
| 5 | Zakł.Opiekuńczo- Leczniczy Gniezno | 7-12-98 | 6 | P R | 12 | 12 |
| Radomskie | | | | | | |
| 1 | SPZOZ Kozienice | 10-06-98 | 6250,-* | P R | 6 | 12 |
| 2 | SPZOZ Szydłowiec | 10-06-98 | 5000,-* | P R | 6 | 12 |
| 3 | SPZOZ Grójec | 10-06-98 | 6250,-* | P R | 6 | 12 |
| 4 | SPZOZ Lipsk | 10-06-98 | 5625,-* | P R | 12 | 24 |
| 5 | SPZOZ Przysucha | 1-10-98 | 5000,-* | P R | 6 | 12 |
| 6 | SPZOZ Iłża | 1-10-98 | 4500,-* | P R | 6 | 12 |
| 7 | SPZOZ Zwolen | 31-12-98 | 4500,-* | P R | 12 | 24 |
| 8 | SPZOZ Pionki | 9-11-98 | 5000,-* | P R | 12 | 24 |
| 9 | SPZOZ Nowe Miasto | 10-06-98 | 6875,-* | P R | 12 | 24 |
| 10 | Woj.Szp.Zespolony Radom | 1-10-98 | 7875,-* | P R | 12 | 24 |
| 11 | Woj.Szp. Specjalistyczny Radom | 1-10-98 | 5000,-* | P R | 12 | 24 |
| 12 | SPZakł.Psychiatr.Opieki Zdr. Radom | 2-10-98 | 6250,-* | P R | 12 | 24 |
| 13 | Szp.Rejonowy Iłża | 2-11-98 | 5000,-* | P R | 12 | 24 |
| Siedleckie | | | | | | |
| 1 | Woj.Szp.Specjalistyczny Siedlce | 27-10-98 | 13 | R | 6 | 12 |
| 2 | SPZOZ Łuków | 27-10-98 | 12 | R | 6 | 12 |
| 3 | SPZOZ Sokółów Podl. | 27-10-98 | 11 | R | 6 | 12 |
| 4 | SPZOZ Garwolin | 27-10-98 | 10 | R | 6 | 12 |
| 5 | SPZOZ Siedlce | 27-10-98 | 10 | R | 6 | 12 |
| 6 | SPZOZ Węgrów | 27-10-98 | 10 | R | 6 | 12 |
| 7 | SPZOZ Mińsk Maz. | 27-10-98 | 10 | R | 6 | 12 |
| 8 | S.Specj.ZOZ Gruź.i Chor.Płuc Rudka | 27-10-98 | 10 | R | 6 | 12 |
| Sieradzkie | | | | | | |
| 1 | SPZOZ Sieradz | 2-12-98 | 8 | R | 12 | 24 |
| 2 | SPZOZ Zduńska Wola | 2-12-98 | 8 | R | 12 | 24 |
| Słupskie | | | | | | |
| 1 | Woj.Szp.Zespolony Słupsk | 21-01-98 | 7000,-* | P R | 3 | nie ustalono |
| 2 | SP Specj.Psychiatr.ZOZ Słupsk | 22-02-98 | 5000,-* | P R | 3 | nie ustalono |
| 3 | SPZOZ Bytów | 5-02-98 | 4200,-* | P R | 3 | nie ustalono |
| 4 | SPZOZ Sławno | 23-01-98 | 4200,-* | P R | 3 | nie ustalono |
| 5 | SPZOZ Miastko | 21-01-98 | 4000,-* | P R | 6 | nie ustalono |
| 6 | SPZOZ Człuchów | 21-01-98 | 5100,-* | P R | 6 | nie ustalono |
| 7 | SPZOZ Lębork | 1-02-98 | 6500,-* | P R | 6 | nie ustalono |
| Suwalskie | | | | | | |
| 1 | Szp. Psychiatryczny Węgorzewo | 30-12-98 | 6 | P R | 12 | 24 |
| 2 | SPZOZ Różewiec | 30-12-98 | 4 | P R | 12 | 24 |
| 3 | SPZOZ Pisz | 30-12-98 | 6 | P R | 12 | 24 |
| 4 | SPZOZ Giżycko | 30-12-98 | 6 | P R | 12 | 24 |
| Szczecińskie | | | | | | |
| 1 | Woj.Szp.Zespolony Szczecin | 30-12-98 | 10 | P R | 12 | nie ustalono |
| 2 | Specj.Zakł.Op.n. Matką i Dz.Szczecin | 30-12-98 | 8 | P R | 12 | nie ustalono |
| 3 | Woj.Zakł.Gruźlicy i Ch.Płuc Szczecin | 30-12-98 | 7 | P R | 12 | nie ustalono |
| 4 | SP.Specj. ZOZ "Zdroje" Szczecin | 30-12-98 | 8 | P R | 12 | nie ustalono |
| 5 | Szp.Specjalistycz. Szczecin-Zdunowo | 30-12-98 | 8 | P R | 12 | nie ustalono |
| 6 | Regionalny Szp.Onkolog. Szczecin | 30-12-98 | 8 | P R | 12 | nie ustalono |
| 7 | Woj. Stacja Pogot.Ratunk. Szczecin | 30-12-98 | 9 | P R | 12 | nie ustalono |
| 8 | Woj.Ośr.Medycyny Pracy Szczecin | 30-12-98 | 8 | P R | | |
| 9 | Portowy SPZOZ Szczecin | 30-12-98 | 6 | P R | 12 | nie ustalono |
| 10 | Stoczniowy SPZOZ Szczecin | 30-12-98 | 6 | P R | 12 | nie ustalono |
| 11 | SP Woj.Ośr.Reh.Dz.i Młod. Szczecin | 30-12-98 | 6 | P R | 12 | nie ustalono |
| 12 | SP Dziecięcy Ośr.Rehab.N.Czarnowo | 30-12-98 | 6 | P R | 12 | nie ustalono |
| 13 | SPZOZ Goleniów | 30-12-98 | 7 | P R | 12 | nie ustalono |
| 14 | SPZOZ Kamień Pomorski | 30-12-98 | 7 | P R | 12 | nie ustalono |

Informacja o wynikach kontroli tworzenia i funkcjonowania samodzielnych publicznych zoz

| | | | | | | |
|----|--------------------------------------|----------|---------|-----|----|--------------|
| 15 | SPZOZ Nowogard | 30-12-98 | 7 | P R | 12 | nie ustalono |
| 16 | SPZOZ Łobez | 30-12-98 | 6 | P R | 12 | nie ustalono |
| 17 | SPZOZ Swinoujście | 30-12-98 | 7 | P R | 12 | nie ustalono |
| 18 | SPZOZ Pyrzyce | 30-12-98 | 7 | P R | 12 | nie ustalono |
| 19 | SPZOZ Police | 30-12-98 | 8 | P R | 12 | nie ustalono |
| 20 | SPZOZ Gryfino | 30-12-98 | 7 | P R | 12 | nie ustalono |
| 21 | SPZOZ Stargard Szczeciński | 30-12-98 | 8 | P R | 12 | nie ustalono |
| 22 | SPZOZ Gryfice | 30-12-98 | 8 | P R | 12 | nie ustalono |
| | Tarnowskie | | | | | |
| 1 | Woj.Szp.Zespolony Tarnów | 31-12-98 | 5 | P R | 6 | 12 |
| 2 | Szp.Woj.Św.Łukasza Tarnów | 31-12-98 | 5,5 | P R | 6 | 12 |
| | Toruńskie | | | | | |
| 1 | Woj. Ośr. Leczn. Psychiatr. Toruń | 28-12-98 | 8 | R | 6 | nie ustalono |
| | Wałbrzyskie | | | | | |
| 1 | SPZOZ Świebodzice | 1-11-98 | 6500,-* | P | 6 | 12 |
| 2 | Woj.Stacja Krwiodawstwa Wałbrzych | 1-10-98 | 6500,-* | P | 6 | 12 |
| 3 | SPZOZ Świdnica | 1-10-98 | 7500,-* | P | 6 | 12 |
| 4 | Woj.Szp.Zespolony Wałbrzych | 29-06-98 | 7500,-* | P | 6 | 12 |
| 5 | Woj.Szp.Gin.-Położniczy Wałbrzych | 1-11-98 | 6500,-* | P | 6 | 12 |
| 6 | SPZOZ Kłodzko | 1-10-98 | 7500,-* | P | 6 | 12 |
| 7 | Zesp.Reh.-Sanat..dla Dz.Kudowa Zd. | 1-10-98 | 4500,-* | P | 6 | 12 |
| 8 | SPZOZ Ząbkowice Śl. | 1-10-98 | 6500,-* | P | 6 | 12 |
| 9 | Zakł.Leczn.-Opiek.Kamieniec Ząbk. | 1-10-98 | 4500,-* | P | 6 | 12 |
| 10 | SPZOZ Bystrzyca Kłodzka | 1-12-98 | 6500,-* | P | 6 | 12 |
| 11 | Państw.Zesp.Prewentoriów Bielawa | 1-10-98 | 4500,-* | P | 6 | 12 |
| 12 | Zakł.Opiek.-Lecznicy Złoty Stok | 1-10-98 | 4500,-* | P | 6 | 12 |
| 13 | Woj.Sp.ZOZ.Chor.Płuc Sokolowsko | 1-12-98 | 6500,-* | P | 6 | 12 |
| 14 | SPZOZ Nowa Ruda | 1-10-98 | 6500,-* | P | 6 | 12 |
| 15 | SPZOZ Bielawa | 1-10-98 | 6500,-* | P | 6 | 12 |
| 16 | Szp.Wojewódzki Wałbrzych | 1-10-98 | 7500,-* | P | 6 | 12 |
| 17 | SPZOZ Ziębice | 1-10-98 | 6000,-* | P | 6 | 12 |
| 18 | SPZOZ Duszniki Zdrój | 1-10-98 | 6500,-* | P | 6 | 12 |
| 19 | Zakł.Opiek.-Lecznicy Bardo | 1-10-98 | 4500,-* | P | 6 | 12 |
| 20 | Woj.Szp.dla Nerw.i Psych.Ch.Stronie | 1-10-98 | 6500,-* | P | 6 | 12 |
| 21 | Specj.ZOZ nad Matką i Dz.Wałbrzych | 1-11-98 | 6500,-* | P | 6 | 12 |
| 22 | Szp.Leczenia Odwyk. Czarny Bór | 1-10-98 | 4500,-* | P | 6 | 12 |
| 23 | Woj.Stacja Pogot.Ratunk.Wałbrzych | 1-10-98 | 4500,-* | P | 6 | 12 |
| 24 | SPZOZ Dzierżoniów | 1-10-98 | 7500,-* | P | 6 | 12 |
| 25 | Sanat. Rehab.dla Dzieci Zagórze Śl. | 1-12-98 | 4500,-* | P | 6 | 12 |
| 26 | Sanat.Chor.Płuc i Gruźlicy Rościszów | 1-12-98 | 4500,-* | P | 6 | 12 |
| | Włocławskie | | | | | |
| 1 | Szp.Wojewódzki Włocławek | 18-08-98 | 8 | P R | 12 | 24 |
| 2 | SPZOZ Rypin | 1-10-98 | 8 | P R | 12 | 24 |
| 3 | SPZOZ Lipno | 19-08-98 | 8 | P R | 12 | 24 |
| 4 | SPZOZ Radziejowice | 22-06-98 | 8 | P R | 12 | 24 |
| | Zamojskie | | | | | |
| 1 | Woj.Szp.Zespolony Zamość | 1-10-98 | 11 | P R | 12 | 24 |
| 2 | Szp.Wojewódzki Zamość | 1-11-98 | 11 | P R | 12 | 24 |
| 3 | SPZOZ Tomaszów Mazow. | 1-10-98 | 9 | P R | 12 | 24 |
| 4 | SPZOZ Biłgoraj | 10-10-98 | 9 | P R | 12 | 24 |
| 5 | Woj.Szp. Psychiatryczny Radecznicza | 1-10-98 | 7 | P R | 12 | 24 |
| 6 | SPZOZ Hrubieszów | 30-09-98 | 9 | P R | 12 | 24 |
| 7 | Woj.Ośr .Medycyny Pracy Zamość | 25-06-98 | 3000,-* | P | 3 | 6 |
| | Zielonogórskie | | | | | |
| 1 | SPZOZ Żary | 29-12-98 | 9 | P R | 6 | 6 |
| 2 | SPZOZ Świebodzin | 29-12-98 | 9 | P R | 6 | 6 |
| 3 | SPZOZ Krosno Odrzańskie | 29-12-98 | 9 | P R | 6 | 6 |

Informacja o wynikach kontroli tworzenia i funkcjonowania samodzielnych publicznych zoz

| | | | | | | |
|---|-----------------------------------|----------|----|-----|---|---|
| 4 | SPZOZ Żagań | 29-12-98 | 9 | P R | 6 | 6 |
| 5 | SPZOZ Sulechów | 29-12-98 | 9 | P R | 6 | 6 |
| 6 | Centrum Lecz.Dz.i Młodzieży Zabór | 29-12-98 | 8 | P R | 6 | 6 |
| 7 | Szp.Wojewódzki Zielona Góra | 29-12-98 | 11 | P R | 6 | 6 |

* - wynagrodzenie obejmuje podatek VAT

** - wynagrodzenie nie obejmuje podatku VAT

*** - wynagrodzenie liczone procentowo od podstawy , będącej rocznym przychodem zakładu za rok ubiegły , wynikającym z tytułu wykonywania usług medycznych