

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

DEPARTAMENT PRACY, SPRAW SOCJALNYCH I ZDROWIA

DZ i KF - 41005 - 2001
Nr ewid. 11/2002/P/01/129/KPZ

I N F O R M A C J A

**o wynikach kontroli
wykorzystania środków publicznych
na restrukturyzację w służbie zdrowia**

SPIS TREŚCI

Wstęp	1
I. Część ogólna	2
1. Charakterystyka kontroli	2
1.1. Oznaczenie kontroli	2
1.2. Cel kontroli	2
1.3. Tematyka kontroli	2
1.4. Zakres podmiotowy i termin przeprowadzenia kontroli	3
1.5. Ustalenia i wnioski z poprzednich kontroli	3
2. Ocena kontrolowanej działalności i synteza ustaleń kontroli	4
2.1. Faza przygotowania Programu	4
2.2. Realizacja Programu	5
2.3. Efekty realizacji Programu i działań podejmowanych przez spzoz	7
3. Uwagi i wnioski	10
II. Część szczegółowa	11
1. Charakterystyka stanu prawnego	11
2. Istotne ustalenia kontroli	14
2.1. Działania poprzedzające uruchomienie programu	14
2.2. Uczestnictwo pracowników Ministerstwa Zdrowia w realizacji zadań związanych z restrukturyzacją	15
2.3. Przebieg postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na wyłonienie regionalnych grup wsparcia (RGW)	16
2.4. Przebieg realizacji umów zawartych z RGW	19
2.5. Realizacja zadań przez Zespół Ekspertów	21
2.6. Działalność Krajowego Komitetu Sterującego	23
2.7. Efekty procesu restrukturyzacji	23
2.7.1. Rozliczanie Programu	23
2.7.2. Efekty działań restrukturyzacyjnych w skontrolowanych spzoz	24
2.7.3. Restrukturyzacja zatrudnienia	26
2.7.4. Tworzenie programów restrukturyzacji w spzoz	29
2.7.5. Prawidłowość wydatkowania środków z dotacji budżetowych	32
2.7.6. Gospodarowanie majątkiem przez SPZOZ w trakcie restrukturyzacji	40
2.7.7. Funkcjonowanie systemu kontroli wewnętrznej w kontrolowanych zakładach	42
2.7.8. Nadzór organów założycielskich nad funkcjonowaniem SPZOZ	43
2.7.9. Mechanizmy korupcyjne	46
III. Przebieg postępowania kontrolnego	47

WSTĘP

Minister Zdrowia, realizując „Program restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2000 i perspektywa działań w latach następnych”, dokonał podziału środków, zaplanowanych w ustawie budżetowej na 2000 r.¹, przeznaczając je na pokrycie kosztów redukcji zatrudnienia, zakupu aparatury medycznej, modernizacji sprzętu i pomieszczeń oraz tworzenia lub likwidacji niektórych oddziałów w wybranych samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Koszty restrukturyzacji, obejmujące odprawy i odszkodowania za skrócony okres wypowiedzenia dla zwalnianych pracowników oraz niektóre wydatki inwestycyjne, były finansowane ze środków budżetowych już w 1999 r. Jednak Program przyjęty do realizacji w roku 2000 zawierał odmienną metodologię ich podziału, przewidującą tworzenie regionalnych programów restrukturyzacji. Założono, iż środki z rezerwy celowej budżetu państwa zostaną przeznaczone na realizację zawartych w tych programach zadań związanych z restrukturyzacją zakładów opieki zdrowotnej w danym województwie. Jednocześnie 70 % przyznanych regionowi środków miało zależeć od liczby mieszkańców, a pozostałe 30 % od jakości programu. W Programie przewidziano jednocześnie możliwość finansowania restrukturyzacji zatrudnienia jeszcze przed przyjęciem regionalnych programów restrukturyzacji.

Dla wspierania procesu tworzenia tych programów wyłoniono regionalne grupy wsparcia - firmy konsultingowe, których prace finansowano ze środków budżetu państwa. Założenia Programu przewidywały, iż zgoda na powołanie grupy będzie należała do marszałka województwa, a jej zadania miały obejmować m.in. opracowanie wersji wstępnej regionalnego programu restrukturyzacji, współpracę z marszałkiem i wyłonionym przez niego regionalnym komitetem sterującym, udział w konsultacjach programu z organami założycielskimi poszczególnych jednostek służby zdrowia oraz monitorowanie procesu i zbieranie informacji o efektach Programu.

Zatwierdzaniem programów i przekazywaniem ich ostatecznej wersji Ministrowi Zdrowia zajmowały się regionalne komitety sterujące, pracujące pod kierownictwem marszałków województw. W skład tych komitetów wchodził m.in. przedstawiciele zarządów województw, powiatów i gmin, związków zawodowych, wojewody i właściwych regionalnych kas chorych.

Ocena nadesłanych programów należała do zadań Krajowego Komitetu Sterującego². Minister Zdrowia, po rozpatrzeniu propozycji Komitetu, podejmował decyzje dotyczące przyznania środków na finansowanie regionalnych programów restrukturyzacji, informując o tym regionalne komitety sterujące.

¹ W ustawie budżetowej na 2000 r. (Dz.U. Nr 7, poz. 85) zaplanowano rezerwę celową w wysokości 354.535 tys. zł na program działań osłonowych i restrukturyzację w ochronie zdrowia.

² W skład tego gremium wchodził m.in. przedstawiciele Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu, reprezentatywnych związków zawodowych, Naczelnej Izby Lekarskiej, Pielęgniarskiej i Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Ministerstwa Zdrowia, Pracy i Polityki Społecznej, Krajowego Urzędu Pracy, Krajowego Związku Kas Chorych oraz Ministra Finansów (który w trakcie prac Komitetu wycofał stamtąd swojego przedstawiciela).

W kolejnym etapie występował do Ministra Finansów o przekazanie środków jednostkom samorządu terytorialnego, które były organami założycielskimi zakładów opieki zdrowotnej, wskazując kwoty dotacji, które miały otrzymać poszczególne zakłady. Wsparcie merytoryczne dla działań Ministra Zdrowia zapewniał Zespół Ekspertów.

Znaczenie procesu restrukturyzacji dla systemu opieki zdrowotnej, duże środki publiczne zaangażowane w jego realizację oraz sygnalizowane nieprawidłowości w ich wykorzystaniu uzasadniały zbadanie tego zagadnienia przez Najwyższą Izbę Kontroli.

I CZĘŚĆ OGÓLNA

1. Charakterystyka kontroli

1.1. Oznaczenie kontroli

Wykorzystanie środków publicznych na restrukturyzację w służbie zdrowia.

Numer kontroli : **P/01/129**

Kontrola została podjęta z inicjatywy Najwyższej Izby Kontroli.

1.2. Cel kontroli

Celem kontroli było dokonanie oceny działań podejmowanych przez Ministra Zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego oraz podległe im publiczne zakłady opieki zdrowotnej w zakresie gospodarki środkami z rezerwy celowej budżetu państwa przeznaczonymi na tworzenie i realizację programów restrukturyzacyjnych w ochronie zdrowia.

Badaniom kontrolnym poddano również procedurę realizacji „Programu restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2000” oraz efekty działań restrukturyzacyjnych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej sfinansowanych ze środków publicznych.

1.3. Tematyka kontroli

Podstawowa tematyka kontroli obejmowała³:

³ Kontrolę w Ministerstwie Zdrowia przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (t.j. Dz. U. z 2001 r., Nr 85, poz. 937), zwanej w dalszej części Informacji „ustawą o NIK” (pod względem legalności, celowości, gospodarności i rzetelności), a w organach założycielskich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (jednostkach samorządu terytorialnego) oraz w samych zakładach, na podstawie art. 2 ust. 2 wspomnianej ustawy (pod względem legalności, gospodarności i rzetelności).

Ministerstwo Zdrowia - wylanianie regionalnych grup wsparcia, sposób zabezpieczenia interesów zlecającego w umowach zawieranych z tymi podmiotami, realizacja zadań przez Zespół Ekspertów i Krajowy Komitet Sterujący, finansowanie tworzenia regionalnych programów restrukturyzacji,

organy założycielskie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej - wykonywanie nadzoru nad podległymi zakładami opieki zdrowotnej, przebieg procesu konstruowania regionalnych programów restrukturyzacji, rzetelność rozliczeń dotacji budżetowych przyznanych na zadanie restrukturyzacyjne,

samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej - tworzenie własnych programów restrukturyzacji, współdziałanie z regionalnymi grupami wsparcia, zakres i koszty zrealizowanych przedsięwzięć restrukturyzacyjnych, wpływ działań restrukturyzacyjnych na majątek publicznego zakładu opieki zdrowotnej i uzyskane efekty, wykorzystanie dotacji budżetowych przyznanych na przedsięwzięcia restrukturyzacyjne oraz ich rozliczenie.

1.4. Zakres podmiotowy i termin przeprowadzenia kontroli

Kontrolę, w której uczestniczyło 15 delegatur NIK⁴ oraz Departament Zdrowia i Kultury Fizycznej, przeprowadzono w okresie od 28 marca do 30 sierpnia 2001 roku, obejmując nią łącznie 80 jednostek: Ministerstwo Zdrowia, 14 urzędów marszałkowskich, 18 urzędów powiatowych i gminnych oraz 47 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej⁵, dla których jednostki samorządu terytorialnego są organami założycielskimi.⁶ Badania kontrolne objęły okres od 1 stycznia 1999 r. do końca pierwszego półrocza 2001 r.

1.5. Ustalenia i wnioski z poprzednich kontroli

W dotychczasowej praktyce dotacje z rezerw celowych budżetu państwa przeznaczone na wdrażanie reform w ochronie zdrowia i działania restrukturyzacyjne były przyznawane w sposób scentralizowany przez Ministra Zdrowia, co zostało krytycznie ocenione przez NIK po kontroli „Funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w warunkach reformy systemu ochrony zdrowia”.⁷ Zbadano wówczas m.in. procedurę zastosowaną przy podziale środków z dwóch rezerw celowych budżetu państwa na 1999 r., w łącznej wysokości 243,6 mln zł.

⁴ Delegatury NIK w Białymstoku, Bydgoszczy, Gdańsku, Katowicach, Kielcach, Krakowie, Lublinie, Łodzi, Olsztynie, Opolu, Poznaniu, Rzeszowie, Warszawie, Wrocławiu i Zielonej Górze.

⁵ Zwanych w dalszej części informacji także „placówkami”, „zakładami” lub szpitalami.

⁶ Wybór do kontroli samodzielnych publicznych ZOZ był uwarunkowany otrzymaniem z budżetu państwa dotacji na przedsięwzięcia restrukturyzacyjne, prowadzeniem oddziałów leczenia zamkniętego, trudną sytuacją finansową zakładu przed rozpoczęciem restrukturyzacji. Jednostki wybrano spośród ok. 1500 zakładów, które w latach 1999 – 2000 uzyskały środki na restrukturyzację.

⁷ Por. Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w warunkach reformy administracji publicznej, wrzesień 2000 r.

Najwyższa Izba Kontroli zakwestionowała prawo do decydowania przez Ministra Zdrowia o wielkości dotacji dla poszczególnych zakładów, dla których nie był organem założycielskim⁸. W ocenie Izby uprawnienia decyzyjne do przyznawania dotacji budżetowej konkretnemu samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej przysługują bowiem wyłącznie jego organowi założycielskiemu.

Negatywnie oceniono również brak precyzyjnej metodologii weryfikacji otrzymanych wniosków o przyznanie dotacji, na szczeblu Ministerstwa Zdrowia, oraz nierzetelne dokumentowanie wyników prac powołanego przez Ministra zespołu zajmującego się ich rozpatrywaniem, nasuwające wątpliwości co do rzetelności formułowanych ocen.

2. Ocena kontrolowanej działalności i synteza ustaleń kontroli

Najwyższa Izba Kontroli krytycznie ocenia przyjętą przez Ministra Zdrowia procedurę przyznawania dotacji z rezerwy celowej zaplanowanej w ustawie budżetowej na rok 2000 w wysokości 354.535 tys. zł⁹ na realizację programu działań osłonowych i restrukturyzację w ochronie zdrowia. „Program restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2000 i perspektywa działań w latach następnych”¹⁰ okazał się niemożliwy do wykonania w założonym terminie, z uwagi na skomplikowaną procedurę poprzedzającą przyznanie dotacji.

W trakcie realizacji poszczególnych etapów Programu wystąpiły liczne nieprawidłowości - naruszane były przepisy ustawy o zamówieniach publicznych, ponoszono wysokie koszty działalności gremiów doradczych, pomimo że nie wykonały one w sposób właściwy swoich zadań, a także finansowano prace, które nie mogły być później odpowiednio wykorzystane, co było działaniem niecelowym, prowadzącym do niegospodarności. Odnotowano pogorszenie się sytuacji ekonomicznej skontrolowanych zakładów opieki zdrowotnej realizujących przedsięwzięcia restrukturyzacyjne.

W ujęciu syntetycznym z ustaleń kontroli wynika, co następuje:

2.1. Faza przygotowania Programu

2.1.1. Działania restrukturyzacyjne podjęto bez określenia docelowego planu rozmieszczenia szpitali publicznych¹¹ oraz zasad i warunków, jakim powinien odpowiadać plan zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.¹²

⁸ Zgodnie z art. 55 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.), zwanej dalej także „ustawą o zakładach opieki zdrowotnej”, dotację dla samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przyznaje organ, który utworzył zakład.

⁹ Por. przypis nr 1

¹⁰ Zwany w dalszej części informacji także „Programem restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2000” lub „Programem”.

¹¹ Por. art. 37 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, który nakłada na Ministra Zdrowia obowiązek ustalenia, w drodze rozporządzenia, planu rozmieszczenia szpitali publicznych.

¹² Por. art. 55 a ust. 2 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.), zwanej dalej również „ustawą o puz”, która zawiera delegację ustawową do wydania

Nie określono więc podstawowych kryteriów, które powinien spełniać zrestrukturyzowany system opieki zdrowotnej. Minister Zdrowia, w założeniach Programu, zawarł jedynie wskaźniki wyznaczające niezbędne minimum łóżek szpitalnych w skali województwa (*szczegóły str. 14 - 15*).

2.1.2. W stosunku do rozwiązań stosowanych przy podziale dotacji celowych, w latach 1998 - 1999, procedury przyjęte w „Programie restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2000” zwiększyły rolę jednostek samorządu terytorialnego, jako organów założycielskich, które poprzez swoich przedstawicieli w regionalnych komitetach sterujących uzyskały wpływ na tworzenie regionalnych programów restrukturyzacji. Dotacje na restrukturyzację dla poszczególnych placówek były przekazywane za pośrednictwem organów założycielskich i ujmowane w ich planach finansowych. Wysokość kwot dotacji należnej poszczególnym zakładom określał jednak Minister Zdrowia, po analizie propozycji dofinansowania zawartych w regionalnych programach restrukturyzacji.

Procedura przyjęta w Programie ograniczała więc nadal ustawowe uprawnienia organów założycielskich, zagwarantowane przez art. 55a ust. 2 ustawy o zoz, zgodnie z którym dotacje samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej przyznaje organ, który utworzył zakład. Proces udzielania dotacji wiąże się z podjęciem decyzji - komu, w jakiej wysokości i na jaki cel należy przyznać dotację, a więc wszystkie jego etapy powinny być realizowane przez organ założycielski.

Uprawnienia decyzyjne jednostek samorządu terytorialnego w tym zakresie potwierdza również art. 43 ust. 1 pkt 5 ustawy budżetowej na rok 2000, w myśl którego jednostki samorządu terytorialnego mogły otrzymywać dotacje celowe na dofinansowanie bieżących zadań własnych, związanych z kosztami wdrażania programów restrukturyzacyjnych i osłonowych w ochronie zdrowia, a do podziału środków finansowych na poszczególne jednostki samorządu terytorialnego zobowiązany był, zgodnie z ust. 3 pkt 2 ww. artykułu, Minister Zdrowia.

Brak bezpośredniego wpływu na wybór zadania i wielkości dofinansowania, przy ogólnie sformułowanym celu dotacji przyznawanej w ramach programu restrukturyzacji, utrudniał również organom założycielskim możliwość oceny prawidłowości wykorzystania dotacji i jej rozliczenie.¹³

2.2. Realizacja Programu

2.2.1. Skomplikowana procedura poprzedzającą przyznanie dotacji, zastosowana w Programie, spowodowała opóźnienie w jego realizacji.

rozporządzenia w tym zakresie. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zasad i warunków, jakim powinien odpowiadać minimalny plan zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 121, poz. 1315) zostało wydane dopiero w dniu 10 października 2001 r.

¹³ Należy zauważyć, iż zgodnie z art. 69 ust. 4 ustawy z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (Dz.U. Nr 155, poz. 1014 ze zm.), zwanej dalej również „ustawą o finansach publicznych”, dotacje stanowią wydatki budżetu państwa podlegające szczególnym zasadom rozliczania, a ich wykorzystane niezgodnie z przeznaczeniem lub pobrane w nadmiernej wysokości, w myśl art. 93 wspomnianej ustawy, powoduje konieczność zwrotu otrzymanych środków do budżetu państwa, wraz z odsetkami, w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, w terminie do dnia 28 lutego następnego roku.

W związku z koniecznością powtórzenia postępowania o zamówienie publiczne na wyłonienie regionalnych grup wsparcia dla 7 województw, a następnie dokonywaniem uzupełnień i poprawek w projektach regionalnych programów restrukturyzacji, 82,8 % środków uruchomiono dopiero w październiku 2000 r. Uniemożliwiono w ten sposób zakończenie realizacji Programu do końca roku budżetowego (założenia Programu przewidywały uruchomienie środków do lipca 2000 r.).¹⁴

2.2.2. W trakcie realizacji poszczególnych etapów Programu nie zapewniono warunków dla bezstronnej i obiektywnej oceny wykonania poszczególnych zadań. W skład zespołów odbierających prace wykonane przez regionalne grupy wsparcia oraz gremiów ekspertów oceniających regionalne programy restrukturyzacji wchodziły bowiem osoby zaangażowane w ich tworzenie lub też, z racji zajmowanych stanowisk, powiązane z podmiotami wykonującymi zlecone przez Ministerstwo prace (*szczegóły str. 15 - 16*).

2.2.3. Zakład Zamówień Publicznych Ministerstwa Zdrowia, wykonując zlecenie Ministra dotyczące wyłonienia regionalnych grup wsparcia, naruszył ustawę o zamówieniach publicznych¹⁵ (w trakcie przetargu nieograniczonego i negocjacji z zachowaniem konkurencji) nie odrzucając ofert firm, które nie spełniały wymagań określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia albo zaproszeniu do złożenia ofert.¹⁶ Jednocześnie, w przypadku innych ofert, podobne wady uznawano za podstawę do ich odrzucenia. W ten sposób naruszono zasadę równego traktowania praw podmiotów ubiegających się o zamówienie publiczne.¹⁷

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, bez stosownego upoważnienia Ministra,¹⁸ określił skład komisji przetargowej oraz zaakceptował wyniki postępowania przeprowadzonego w trybie negocjacji z zachowaniem konkurencji dla 4 województw (*szczegóły str. 16 - 18*).

2.2.4. Wydatkowanie przez Ministerstwo Zdrowia kwoty 1.225,8 tys. zł na sfinansowanie wykonanych przez regionalne grupy wsparcia raportów opiniujących regionalne programy restrukturyzacji oraz raportów końcowych z przebiegu realizacji regionalnych programów restrukturyzacji było niecelowe i niegospodarne, z uwagi na

¹⁴ Środki w wysokości 88 mln zł zostały zaliczone do wydatków niewygasających w 2000 r. na podstawie rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 14 grudnia 2000 r. w sprawie wydatków, które w 2000 r. nie wygasają z końcem roku budżetowego (Dz. U. Nr 111, poz. 1179 ze zm.).

¹⁵ Zgodnie z art. 138 ust. 1 pkt 12 ustawy o finansach publicznych naruszenie zasad, formy lub trybu postępowania przy udzielaniu zamówienia publicznego stanowi naruszenie dyscypliny finansów publicznych. Izba skierowała w tej sprawie wniosek o ukaranie Dyrektora Zakładu Zamówień Publicznych Ministerstwa Zdrowia.

¹⁶ Por. art. 27 a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych (j. t. Dz. U. z 1998 r. Nr 119, poz. 773 ze zm.), zwanej dalej również „ustawą o zamówieniach publicznych”.

¹⁷ Wymaganą przez art. 16 ustawy o zamówieniach publicznych.

¹⁸ W myśl „Regulaminu Pracy Komisji Przetargowej” Zakładu Zamówień Publicznych przy Ministerstwie Zdrowia, zarówno powołanie komisji przetargowej, jak też zatwierdzenie wyników postępowania należało do kompetencji Ministra Zdrowia.

niemożność wykorzystania opracowań przy realizacji i ocenie efektów programu (*szczegóły str. 19 - 21*).

Termin zakończenia ostatniego etapu prac, związany z przygotowaniem raportów końcowych, o wartości 837,9 tys. zł, został wyznaczony na 28 lutego 2001 r., tj. po zakończeniu roku budżetowego, w którym Minister Zdrowia dysponował środkami na jego sfinansowanie. Jednocześnie Ministerstwo Zdrowia nie zgłosiło tej kwoty do wydatków niewygasających w 2000 r., finansując z tych środków, niezgodnie z przeznaczeniem określonym w decyzji Ministra Finansów, wykonanie innych usług na rzecz Ministerstwa (*szczegóły str. 21*).

2.2.5. Zespół Ekspertów, powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia do oceny regionalnych programów restrukturyzacji, nie wykonał wszystkich powierzonych mu tym zarządzeniem obowiązków. Dokumentacja wyników jego prac mogła nasuwać wątpliwości co do wnikliwości i rzetelności dokonanych ocen regionalnych programów restrukturyzacji. Na wniosek Ministra, uzasadniany niską oceną programu dla województwa mazowieckiego, Zespół Ekspertów skorygował jednak propozycję podziału środków przedstawione przez regionalny komitet sterujący dla tego województwa.

Ministerstwo wypłaciło wynagrodzenia poszczególnym członkom tego Zespołu, na łączną kwotę 82,8 tys. zł, na podstawie umów o dzieło zawartych miesiąc po zakończeniu prac (*szczegóły str. 21 - 23*).

2.2.6. Ministerstwo nie posiadało, do czasu zakończenia kontroli, pełnej informacji o wykorzystaniu środków z rezerwy celowej i efektach rzeczowych realizacji programu. Natomiast ze sporządzonego przez Ministerstwo rozliczenia kwoty 161.584,4 tys. zł przeznaczonej w 1999 r. na realizację „Programu działań wspierających dla zakładów opieki zdrowotnej” wynikało, iż rozdysponowano środki w kwocie 162.694,9 tys. zł, tj. o 1.110,5 tys. zł wyższej niż kwota, którą dysponowano.¹⁹

2.3. Efekty realizacji Programu i działań podejmowanych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej

2.3.1. Działania restrukturyzacyjne, wspierane środkami dotacji budżetowych, przyniosły korzystne efekty w postaci obniżki kosztów osobowych, która nastąpiła w 35 zakładach (74,5 % jednostek objętych kontrolą), poprawy wskaźnika wykorzystania łóżek w 32 placówkach (68 %) i skrócenia okresu średniego pobytu pacjentów w szpitalu w 34 (72,3 %). W okresie objętym kontrolą pogorszyła się

¹⁹ W trakcie kontroli Ministerstwo uzasadniało to faktem, iż w związku z przesunięciem części środków jako niewygasających w roku 2000, w dalszym ciągu informacje na temat ich wykorzystania spływają do Ministerstwa. Zgodnie z odpowiedzią na wystąpienie pokontrolne NIK, przekazaną przez Ministra Zdrowia w piśmie z dnia 13 listopada 2001 r., w Ministerstwie nadal trwały prace nad całkowitym rozliczeniem wykorzystania środków z rezerwy celowej na rok 2000 przeznaczonej na realizację programu restrukturyzacji w ochronie zdrowia. Ostateczne rozliczenie środków z rezerw celowych budżetu państwa przeznaczonych na restrukturyzację zostało przedstawione przez Ministra Zdrowia w dniu 1 lutego 2002 r. (Por. str. 47 Informacji – Rozdział „Przebieg postępowania kontrolnego”).

natomiast sytuacja finansowa restrukturyzowanych placówek. W latach 1999 - 2000 liczba zakładów, które notowały stratę wzrosła z 30 (63,8 %) do 41 (87,2 %), a kwota zobowiązań wymagalnych w tych jednostkach zwiększyła się z 103.135,9 tys. zł do 160.338,9 tys. zł, tj. o 55,4 %.

W 31 placówkach (tj. 66 % ogółu skontrolowanych jednostek) obniżyły się, w ujęciu nominalnym, uzyskiwane przychody, a ich realne zmniejszenie nastąpiło w 42 zakładach (89,4 %). Spadek ten, w większości przypadków, objął przychody uzyskiwane z tytułu realizacji umów zawartych z kasami chorych, które w 1999 r. były źródłem 89,5 % ogółu uzyskanych przychodów (*szczegóły str. 24 - 26*).

2.3.2. Decyzje dotyczące zwolnień pracowników w skontrolowanych zakładach były niekiedy podejmowane w sposób sprzeczny z przyjętymi wcześniej założeniami, bez dostatecznej oceny własnych potrzeb kadrowych. Skutkowało to w 6 placówkach (12,8 % ogółu) przypadkami ponownego zatrudniania, w krótkim odstępie czasu, osób poprzednio zwolnionych, którym wypłacono wcześniej odszkodowania i odprawy ze środków dotacji budżetowej. W ocenie NIK taki sposób wykorzystania środków budżetowych należy uznać za rażąco niegospodarny. (*szczegóły str. 26 - 29*).

W niektórych placówkach ze środków dotacji pokrywano koszty nagród jubileuszowych, ekwiwalentów urlopowych i tzw. 13 pensji, mimo iż w myśl założeń Programu w ramach środków przeznaczonych na jego realizację mogły być pokrywane jedynie koszty odpraw i odszkodowań, naliczone zgodnie z obowiązującym prawem (*szczegóły str. 28*).

2.3.3. W 30 zakładach (tj. 63,8 %) opracowano własne, kompleksowe programy restrukturyzacyjne, których celem była poprawa sytuacji ekonomicznej, lepsze wykorzystanie posiadanych zasobów i polepszenie jakości świadczonych usług.

W pozostałych placówkach tworzone jedynie doraźne opracowania, opierając się na wytycznych Ministerstwa Zdrowia, dla pozyskania środków finansowych na restrukturyzację (*szczegóły str. 29 - 30*).

2.3.4. W 2000 r. zamierzenia restrukturyzacyjne poszczególnych placówek weryfikowały regionalne grupy wsparcia, tworząc projekty regionalnych programów restrukturyzacji. Wiedza, jaką dysponowały te grupy, opierała się przede wszystkim na informacjach przekazywanych przez placówki służby zdrowia. Członkowie grup odwiedzili jedynie 20 kontrolowanych zakładów (tj. 43 %), ograniczając się do krótkich, często jednogodzinnych spotkań.

Przyjęty sposób tworzenia programów, w ocenie NIK, nie dawał wystarczających podstaw do pełnej oceny możliwości restrukturyzacji poszczególnych jednostek i weryfikacji przedstawionych propozycji w zakresie ich finansowania (*szczegóły str. 30 - 31*).

2.3.5. Środki dotacji przyznanych na zadania inwestycyjne w ramach „Programu restrukturyzacji w ochronie zdrowia w 2000 r.” trafiały do placówek służby zdrowia dopiero w ostatnich miesiącach 2000 r. ze względu na opóźnione, w stosunku do założeń Programu, uruchomienie środków z rezerwy celowej.

Miało to wpływ na stwierdzone w kontrolowanych zakładach nieprawidłowości w ich wykorzystaniu²⁰.

- W 9 placówkach (19 % ogółu), otrzymane środki dotacji wydatkowano, w części lub w całości, po upływie terminu ich wykorzystania, naruszając w ten sposób zarówno regulacje ustawowe,²¹ jak i postanowienia umów zawieranych z organami założycielskimi przekazującymi dotacje (*szczegóły str. 32 - 34*).
- W 8 zakładach opieki zdrowotnej (17 %) część otrzymanych środków dotacji została wydatkowana niezgodnie z przeznaczeniem. Finansowane były bowiem zadania odbiegające od celów przyjętych we wnioskach o przyznanie środków na restrukturyzację oraz umowach zawieranych z organem założycielskim pośredniczącym w przekazywaniu środków²² (*szczegóły str. 35 - 36*).
- W 18 zakładach (38,3 %) naruszono przepisy ustawy o zamówieniach publicznych w stosunku do części zrealizowanych zamówień. Stwierdzone nieprawidłowości polegały m.in. na dokonywaniu zakupów aparatury medycznej i zlecaniu robót budowlanych bez stosowania przepisów ustawy, posługiwaniu się uproszczonym trybem postępowania, mimo iż okoliczności nie wypełniały ustawowych przesłanek pozwalających na jego zastosowanie oraz nierzetelnym dokumentowaniu prowadzonych postępowań (*szczegóły str. 37 - 40*).
- W 4 placówkach (8,5 %), zwracając z opóźnieniem niewykorzystane środki dotacji, nie odprowadzono należnych odsetek za zwłokę (*szczegóły str. 36 - 37*).
- Większość placówek, które wydatkowały środki dotacji po terminie lub niezgodnie z przeznaczeniem, przedstawiało nierzetelnie sporządzone sprawozdania, nie odpowiadające stanowi faktycznemu (*szczegóły str. 36*).
- W niektórych zakładach dokonywano zaliczkowego finansowania zakupów inwestycyjnych lub też kupowano sprzęt przed stworzeniem warunków pozwalających na jego zainstalowanie i eksploatację (*szczegóły str. 34 - 35*).

2.3.6. Działania restrukturyzacyjne prowadzone przez SPZOZ związane były również z pozbywaniem się przez poszczególne zakłady zbędnego majątku trwałego.

W 17 placówkach dokonano sprzedaży niektórych jego składników, a NIK nie wniosła uwag do prawidłowości prowadzonych w tym zakresie działań.

²⁰ Zgodnie z art. 138 ust. 1 pkt 9 ustawy o finansach publicznych naruszeniem dyscypliny finansów publicznych jest naruszenie zasad udzielania dotacji z budżetu.

²¹ Zgodnie z art. 44 ust. 7 ustawy o dochodach jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999 – 2001 dotacje na dofinansowanie inwestycji realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego jako zadanie własne nie wykorzystane w roku budżetowym zgodnie z przeznaczeniem podlegają zwrotowi do budżetu państwa.

²² W myśl art. 138 ust. 1 pkt 4 ustawy o finansach publicznych, niezgodne z przeznaczeniem wykorzystanie środków publicznych otrzymanych z rezerwy budżetowej oraz dotacji z budżetu lub z funduszu celowego jest naruszeniem dyscypliny finansów publicznych.

W 40 zakładach wynajmowano pomieszczenia i składniki majątkowe, przy czym w co czwartej placówce zawierano umowy najmu lub dzierżawy bez zgody organu założycielskiego lub z naruszeniem zasad ustalonych przez ten organ,²³ w niektórych wypadkach nie egzekwując również należycie przysługujących z tego tytułu należności lub też ustalając stawki opłat niekorzystne dla zakładu.

Jednocześnie spośród 32 skontrolowanych jednostek samorządu terytorialnego, w 2 przypadkach nie określono zasad gospodarowania składnikami majątku trwałego przez zakłady opieki zdrowotnej, natomiast 5 jednostek uczyniło to ponad pół roku od wejścia w życie przepisu, nakładającego ten obowiązek²⁴ Na niewystarczające wywiązywanie się z obowiązków organów założycielskich przez niektóre skontrolowane jednostki samorządu terytorialnego wskazuje także ich niewielka aktywność w zakresie nadzoru nad zakładami opieki zdrowotnej.²⁵ (*szczegóły str. 40 – 42 oraz 43 - 45*).

2.3.7. W restrukturyzowanych zakładach w niewystarczającym stopniu stosowano procedury kontroli wewnętrznej. Ustalono również, iż w procesie realizacji „Programu restrukturyzacji w ochronie zdrowia w 2000 r.” występowały mechanizmy korupcyjne (*szczegóły str. 42 oraz 45*).

Skutkiem stwierdzonych nieprawidłowości było wydatkowanie z naruszeniem przepisów prawa 11.243,6 tys. zł, w tym 8.154,7 tys. zł z budżetu państwa (72,5 % tej kwoty dotyczyło naruszeń ustawy o zamówieniach publicznych).

Odnotowano ponadto uszczuplenia w dochodach w wysokości 427,3 tys. zł oraz inne nieprawidłowości finansowe na kwotę 886,2 tys. zł. Najwyższa Izba Kontroli podjęła działania w celu odzyskania 3.269,1 tys. zł, w tym zwrotu do budżetu państwa 1.239,7 tys. zł. W wyniku realizacji wniosków pokontrolnych odzyskano 1.101,7 tys. zł, w tym na rzecz budżetu państwa - 903 tys. zł.²⁶ (*szczegóły str. 16 - 18, 32 - 40*).

3. Uwagi i wnioski

Oprócz wniosków mających na celu usunięcie nieprawidłowości ujawnionych w wyniku kontroli i przedstawionych w wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do kierowników skontrolowanych jednostek oraz właściwych organów państwowych i samorządowych, ustalenia kontroli uzasadniają również przedstawienie Ministrowi Zdrowia szerszych wniosków, mających charakter systemowy.

²³ Stanowiło to naruszenie art. 53 ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

²⁴ Zgodnie z art. 53 ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, w brzmieniu obowiązującym od dnia 23 lutego 2000 r. zbycie, wydzierżawienie lub wynajęcie majątku trwałego SPZOZ może być dokonane na zasadach określonych przez organ, który zakład utworzył.

²⁵ Obowiązek nadzoru organu założycielskiego nad działalnością SP ZOZ wynikał z treści § 4 i § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego (Dz. U. Nr 94, poz. 1097).

²⁶ Do czasu opracowania niniejszej Informacji.

- **Ustalenie przez Ministra Zdrowia, w drodze rozporządzenia, planu rozmieszczenia szpitali publicznych, tj. realizacja upoważnienia ustawowego zawartego w art. 37 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Rozwiązanie alternatywne może stanowić nowelizacja wspomnianej ustawy, przyznająca prawo do ustalenia takiego planu marszałkom województw, przy zachowaniu uprawnień Ministra Zdrowia do wyznaczenia kryteriów, którym musi odpowiadać taki plan.**

Brak planu może prowadzić do przekazywania środków na restrukturyzację dla jednostek, które w przyszłości zakwalifikowane zostaną do likwidacji. Natomiast jego tworzenie powinno być połączone z określeniem wskaźników dotyczących pożądanej liczby łóżek szpitalnych, w stosunku do liczby mieszkańców, wyznaczających docelowe kierunki restrukturyzacji w lecznictwie zamkniętym, z uwzględnieniem specyfiki poszczególnych regionów.

- **Określenie przez Ministra Zdrowia jasnej i precyzyjnej metodologii podziału środków przeznaczonych na restrukturyzację w ochronie zdrowia, przy uwzględnieniu decyzyjnej roli organów założycielskich, co powinno sprzyjać bardziej racjonalnemu ich wydatkowaniu.**

Realizowane od 1999 r. programy restrukturyzacyjne tworzone przez Ministerstwo Zdrowia mają corocznie inną metodologię podziału środków i odmiennie definiowane zadania dla poszczególnych podmiotów odpowiedzialnych za sprawy ochrony zdrowia. Nie sprzyja to spójności realizowanych działań i stabilności procesu restrukturyzacji.

- ***Zwiększenie nadzoru nad wydatkowaniem środków na restrukturyzację w ochronie zdrowia, zarówno przez Ministra Zdrowia, jak i organy założycielskie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.***

Istotne jest w szczególności terminowe rozliczanie wykorzystania środków z rezerw celowych, których podziału dokonuje Ministerstwo oraz egzekwowanie od jednostek, którym przekazano środki z budżetu państwa, stosownego rozliczenia, tj. przedstawienia dowodów poniesionych wydatków zgodnych z celem, na który przekazano środki.

II CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA

1. Charakterystyka stanu prawnego

1.1. W art. 55 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej przewidziano możliwość otrzymania przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej dotacji budżetowej. Cele, których realizacja może być w ten sposób finansowana obejmują zadania w zakresie zapobiegania chorobom i urazom lub inne programy zdrowotne, promocję

zdrowia, pokrywanie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne, inwestycje, w tym zakup wysoko specjalistycznej aparatury i sprzętu medycznego, cele określone w art. 67a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej²⁷ oraz cele szczególne, przyznawane na podstawie odrębnych przepisów.

W myśl art. 55 ust. 2 tej ustawy dotacje przyznaje organ, który zakład utworzył. Uprawnienia decyzyjne, do przyznawania dotacji budżetowej konkretnemu samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, przysługują zatem wyłącznie jego organowi założycielskiemu.

1.2. W art. 43 ust. 1 pkt 5 ustawy budżetowej na rok 2000 wprowadzono przepis stanowiący, iż jednostki samorządu terytorialnego mogły otrzymać w tym roku dotacje celowe na dofinansowanie bieżących zadań własnych, związanych z kosztami wdrażania programów restrukturyzacyjnych i osłonowych w ochronie zdrowia. Do dokonania podziału tych środków na poszczególne jednostki samorządu terytorialnego, zgodnie z ust. 3 pkt 2 wspomnianego artykułu, został upoważniony Minister Zdrowia.

1.3. Funkcje organów założycielskich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej pełniły, w okresie objętym kontrolą, samorządy: wojewódzkie dla 449, powiatowe dla 501 i gminne dla 418 zakładów.²⁸

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 53 ust. 1 ustawy o zoz, gospodaruje samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub komunalnym oraz majątkiem własnym (otrzymanym i zakupionym). Zbycie, wydzierżawienie lub wynajęcie majątku trwałego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w myśl art. 53 ust. 2 wspomnianej ustawy, może być dokonane przez zakład na zasadach określonych przez organ, który utworzył zakład, natomiast wniesienie majątku do spółek lub fundacji wymaga zgody organu założycielskiego²⁹.

Zgodnie z art. 67 ustawy o zoz, nadzór nad zakładem opieki zdrowotnej sprawuje podmiot, który utworzył zakład, dokonując kontroli i oceny działalności zakładu.

Sposób wykonywania tego nadzoru został określony przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad spzoz i nad

²⁷ Przepis ten uprawnia podmiot sprawujący nadzór do nałożenia na zoz obowiązku wykonania dodatkowego zadania, jeżeli jest to niezbędne ze względu na potrzeby systemu opieki zdrowotnej, w przypadku klęski żywiołowej lub w celu wykonania zobowiązań międzynarodowych. Środki na wykonanie tego zadania i ewentualne szkody poniesione przez zakład przy jego wykonywaniu zapewnia podmiot sprawujący nadzór.

²⁸ Por. rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 23 listopada 1998 r. w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek samorządu terytorialnego właściwych do przejęcia uprawnień organu, który je utworzył (Dz. U. Nr 145, poz. 941 ze zm.), które zostało uchylone z dniem 25 czerwca 2001 r.

²⁹ Do dnia 22 lutego 2000 r. zbycie, wydzierżawienie lub wynajęcie majątku trwałego spzoz albo wniesienie tego majątku do spółek lub fundacji było nieważne bez zgody organu, który utworzył zakład.

jednostkami transportu sanitarnego³⁰. Ocena działalności jednostki jest dokonywana w zakresie m.in. realizacji zadań statutowych, dostępności i poziomu udzielonych świadczeń, prawidłowości gospodarowania mieniem oraz gospodarki finansowej.³¹

Podmiot sprawujący nadzór przeprowadza kontrole okresowe, podejmowane co najmniej raz w roku, dla dokonania okresowej oceny działalności jednostki oraz sprawdzające, w celu zbadania, czy usunięto nieprawidłowości ujawnione w toku kontroli okresowych.³²

1.4. Ustawa o finansach publicznych określiła zasady zwrotu dotacji do budżetu państwa, w sytuacji, w której została ona wykorzystana niezgodnie z przeznaczeniem lub pobrana w nadmiernej wysokości. Dotacje te podlegają wówczas zwrotowi do budżetu państwa wraz z odsetkami, w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, w terminie do dnia 28 lutego następnego roku.³³ Organy przyznające dotacje budżetowe oraz podmioty, którym przekazano dotacje podlegają przepisom ustawy o finansach publicznych i ponoszą odpowiedzialność za naruszenie dyscypliny finansów publicznych.³⁴

1.5. W celu zapewnienia równego dostępu do świadczeń medycznych Minister Zdrowia został zobowiązany do ustalenia, w drodze rozporządzenia, planu rozmieszczenia szpitali publicznych³⁵ oraz do określenia zasad i warunków, jakim powinien odpowiadać plan zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, uwzględniający zapewnienie ubezpieczonym całodobowego dostępu do świadczeń lekarskich i pielęgniarских oraz niezbędną dla tego celu liczbę lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub rodzinnych, lekarzy specjalistów, pielęgniarek i położnych oraz innych świadczeniodawców.³⁶ Obowiązek opracowania i aktualizacji takiego planu został przypisany organom samorządu terytorialnego, które miały go sporządzać po zasięgnięciu opinii samorządów zawodów medycznych i w porozumieniu z kasami chorych.³⁷ Miał on stanowić podstawę do zawierania umów przez kasy chorych ze świadczeniodawcami. Nie rozstrzygnięto jednak, plan której jednostki samorządu (gminy, powiatu, czy województwa) będzie stanowić podstawę do zawierania tych umów i w konsekwencji kształtować pożądaną strukturę świadczeń w zrestrukturyzowanym systemie opieki zdrowotnej.

W drodze nowelizacji przepisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym obowiązek opracowania i aktualizacji planu minimalnego zabezpieczenia

³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego (Dz. U. Nr 94, poz.1097)

³¹ Por. § 1 rozporządzenia j.w.

³² Por. § 7 rozporządzenia j.w.

³³ Por. art. 93 ust. 1 ustawy o finansach publicznych.

³⁴ Por. art. 138 ust. 1 ustawy o finansach publicznych.

³⁵ Por. przypis nr 11.

³⁶ Por. przypis nr 12.

³⁷ Por. art. 55 a ust. 1 ustawy o puz w brzmieniu obowiązującym do dnia nowelizacji ustawy o puz z dnia 20 lipca 2001 r.

ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przypisano wojewodzie³⁸, który sporządza go po zasięgnięciu opinii samorządów zawodów medycznych i organów samorządów szczebla powiatowego, w porozumieniu z kasami chorych działającymi na obszarze województwa. Dopiero w dniu 10 października 2001 r. Minister Zdrowia określił zasady, jakim powinien odpowiadać minimalny plan zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.³⁹

2. Istotne ustalenia kontroli

2.1. Działania poprzedzające uruchomienie Programu

Do czasu zakończenia kontroli Minister Zdrowia nie wydał aktów prawnych istotnych dla określenia kształtu i parametrów docelowego systemu organizacji systemu ochrony zdrowia, tj.⁴⁰

- rozporządzenia w sprawie ustalenia planu rozmieszczenia szpitali publicznych⁴¹,
- rozporządzenia w sprawie określenia zasad i warunków, jakim powinien odpowiadać plan zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.⁴²

Przyczyną niezrealizowania wspomnianych delegacji ustawowych były prowadzone równolegle prace merytoryczne i legislacyjne zmierzające do uporządkowania ustroju ochrony zdrowia, m. in. projekt ustawy o ustroju ochrony zdrowia zawierający regulacje dotyczące sieci szpitali według koncepcji odmiennej, niż wynikająca z obowiązującej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, które jednak do czasu zakończenia kontroli nie zostały zakończone. Rozporządzenie w sprawie określenia zasad i warunków jakim powinien odpowiadać plan zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej zostało wydane dopiero w dniu 10 października 2001 r., a więc po upływie ponad 2 lat od wprowadzenia delegacji ustawowej do jego wydania.⁴³

Pomimo braku przepisów wykonawczych w sprawie planu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, podejmowane były próby tworzenia takich planów przez niektóre jednostki samorządowe. Brak przepisów w tej sprawie utrudniał jednak organom założycielskim racjonalne kształtowanie systemu ochrony zdrowia i jego restrukturyzację.

W Departamencie Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego w Łodzi przygotowywano projekt takiego planu dopiero w marcu 2001 r., a w maju stał się przedmiotem dyskusji na posiedzeniu Komisji Zdrowia i Polityki Społecznej Sejmiku Województwa Łódzkiego i do czasu zakończenia kontroli nie został uchwalony.

³⁸ Por. art. 55 a ust. 1 ustawy o puz znowelizowany ustawą z dnia 20 lipca 2001 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 88 poz. 961).

³⁹ Por. przypis nr 12.

⁴⁰ Należy podkreślić, iż w wyniku wcześniejszych kontroli NIK zwracała już uwagę na opóźnienia w wydaniu przez Ministra Zdrowia tych aktów wykonawczych do ustaw.

⁴¹ Zgodnie z delegacją ustawową zawartą w art. 37 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

⁴² Zgodnie z delegacją ustawową zawartą w art. 55 a ust. 2 ustawy o puz.

⁴³ Por. przypis nr 12.

W dniu 9 lutego 2000 r. Minister Zdrowia wystąpił pisemnie do marszałków wszystkich województw o przedstawienie stanowiska w sprawie potrzeby wynajęcia przez Ministerstwo (na jego koszt) grup wsparcia, których celem byłoby świadczenie pomocy w opracowaniu regionalnych programów restrukturyzacji. Alternatywą tej propozycji było opracowanie powyższych programów wspólnymi siłami jednostek samorządów terytorialnych danego województwa do końca lipca 2000 r. i na ich koszt. Jednocześnie Minister zaznaczył, że środkami Programu mogą zostać sfinansowane jedynie te regionalne programy restrukturyzacji, które będą zawierać wszystkie wymagane przez Ministerstwo elementy i zostaną przyjęte przez samorządy województw do końca lipca 2000 r. Marszałkowie wszystkich województw wyrazili potrzebę skorzystania z usług regionalnych grup wsparcia.

Zdaniem NIK, tak sformułowana propozycja, zawierająca ryzyko nieuzyskania środków na restrukturyzację z budżetu państwa, sugerowała w istocie kierunek podejmowanych działań i wymuszała na marszałkach województw wykorzystanie oferty podmiotów wybranych przez Ministerstwo.

2.2. Uczestnictwo pracowników Ministerstwa Zdrowia w realizacji zadań związanych z restrukturyzacją

Przygotowanie projektów regionalnych programów restrukturyzacji, ocenę oraz monitorowanie przebiegu ich realizacji Ministerstwo Zdrowia powierzyło regionalnym grupom wsparcia, mimo iż obowiązek przygotowania i prowadzenia programów restrukturyzacyjnych i osłonowych dla zakładów opieki zdrowotnej należał do obowiązków Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia.⁴⁴

Jednocześnie w trakcie realizacji poszczególnych etapów programu nie zapewniono warunków bezstronnej i obiektywnej oceny poszczególnych zadań, ze względu na powiązania personalne osób i firm przygotowujących regionalne programy restrukturyzacji oraz dokonujących ich oceny.

W pracach Zespołu Ekspertów, oceniającego regionalne programy restrukturyzacji, uczestniczyły osoby, które jednocześnie brały udział w pracach przy konstruowaniu tych programów dla województw zachodniopomorskiego i podlaskiego,

Przewodniczącą Krajowego Komitetu Sterującego oraz członkiem zespołu odbierającego prace realizowane przez regionalne grupy wsparcia była osoba pełniąca jednocześnie funkcję członka rady fundacji, która wchodziła w skład konsorcjum, z którym zawarto umowę jako regionalną grupą wsparcia dla województwa łódzkiego,

Przewodniczącą Zespołu Ekspertów, zespołu do spraw odbioru przedmiotu umów zawartych przez Zakład Zamówień Publicznych z regionalnymi grupami wsparcia, a także grupy do spraw oceny wniosków tzw.

⁴⁴ Zgodnie z § 13 pkt. 2 wewnętrznego regulaminu organizacyjnego tego departamentu z dnia 27 kwietnia 2000 r.

szybkiej ścieżki była osoba zatrudniona w Ministerstwie Zdrowia jako z-ca Dyrektora Departamentu Organizacji i Ochrony Zdrowia, która dopiero 8 maja 2000 r. zgłosiła swoją rezygnację z pełnionej funkcji w Radzie Fundacji, mimo iż Fundacja ta już w kwietniu złożyła swoją ofertę w postępowaniu dotyczącym wyboru regionalnych grup wsparcia. Oferta Fundacji została odrzucona z przyczyn formalnych w przetargu nieograniczonym, natomiast w postępowaniu w trybie negocjacji z zachowaniem konkurencji zlecono tej Fundacji zadania regionalnej grupy wsparcia dla województw mazowieckiego, małopolskiego, opolskiego i świętokrzyskiego.

W odniesieniu do pracowników Ministerstwa Zdrowia szczególne wymogi w tym względzie formułuje ustawa o pracownikach urzędów państwowych, która stanowi, iż urzędnik nie może wykonywać zajęć, które pozostawałyby w sprzeczności z jego obowiązkami, albo mogły wywołać podejrzenie o stronnictwo lub interesowność.⁴⁵

2.3. Przebieg postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na wyłonienie regionalnych grup wsparcia

Niedotrzymanie terminów realizacji poszczególnych etapów Programu, określonych harmonogramem, wynikało m.in. z konieczności powtórzenia procedury udzielenia zamówienia publicznego na wyłonienie regionalnych grup wsparcia (przeprowadzonej przez Zakład Zamówień Publicznych przy Ministerstwie Zdrowia w okresie od 7 stycznia do 27 czerwca 2000 r.).

Przedmiot zamówienia komisja przetargowa określiła jako „Opracowanie projektu regionalnego programu restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na terenie danego województwa oraz monitorowanie procesu restrukturyzacji i doradztwo w zakresie restrukturyzacji”. Założono, iż wykonanie przedmiotu zamówienia, przez wykonawcę wyłonionego w trybie przetargu nieograniczonego, nastąpi w ramach 4 etapów:

1. opracowanie wersji wstępnej projektu regionalnego programu i złożenie go Ministrowi Zdrowia oraz regionalnemu komitetowi sterującemu,
2. wykonanie projektu regionalnego programu restrukturyzacji, który stanowić będzie podstawę do stworzenia regionalnego programu restrukturyzacji i złożenie go Ministrowi Zdrowia i regionalnemu komitetowi sterującemu,
3. sporządzenie raportu opiniującego ostateczną wersję programu restrukturyzacji przygotowaną przez regionalny komitet sterujący na podstawie projektu regionalnego programu restrukturyzacji przedstawionego przez wykonawcę,
4. doradztwo i monitoring, dotyczące wdrożenia regionalnego programu restrukturyzacji, oraz sporządzenie raportu końcowego z przebiegu procesu restrukturyzacji.

⁴⁵ Por. art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 16 września 1982 r. o pracownikach urzędów państwowych (t. j. Dz. U. z 2001 r. Nr 86, poz. 953 ze zm.).

Kryteria wyznaczone przez zamawiającego przy ocenie ofert obejmowały: cenę oferty - 40 %, wiarygodność merytoryczną - 30 %, doświadczenie oferenta - 15 %, metodykę konstruowania projektów - 10 % oraz wiarygodność ekonomiczną - 5 %. Termin otwarcia ofert wyznaczono na dzień 29 marca 2000 r.

Poszczególni oferenci uczestniczący w przetargu złożyli od 1 do 10 ofert na wykonanie projektu dla poszczególnych województw, przy czym ceny ofert kształtowały się od 67.000 zł dla województwa podlaskiego do 4.880.000 zł dla województwa dolnośląskiego. Oferty złożyło 17 firm (łącznie 63 oferty), z czego oferty 7 firm (33 oferty dla poszczególnych województw) odrzucono ze względu na braki formalne (np. brak aktualnego zaświadczenia o niekaralności wszystkich członków urzędujących władz, nieaktualne zaświadczenie urzędu skarbowego, nieaktualne zaświadczenie z ZUS).

Procedury dla 6 województw (małopolskiego, mazowieckiego, opolskiego, podkarpackiego, śląskiego i świętokrzyskiego) zostały unieważnione ponieważ wpłynęły mniej niż dwie oferty nie podlegające odrzuceniu,⁴⁶ a dla województwa łódzkiego z uwagi na fakt, iż cena najkorzystniejszej oferty przewyższała kwotę, którą zamawiający przeznaczył na finansowanie zamówienia⁴⁷. W wyniku przeprowadzonego postępowania wyłoniono regionalne grupy wsparcia dla 9 województw, zawiadamiając uczestników postępowania o wynikach przetargu w dniu 19 kwietnia 2000 r.

Wyłonienie grup wsparcia dla pozostałych województw odbyło się w trybie negocjacji z zachowaniem konkurencji, który został zatwierdzony decyzją Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych z dnia 4 maja 2000 r.

Do złożenia oferty wstępnej na opracowanie „Projektu regionalnego programu restrukturyzacji...” dla 7 województw zaproszono 17 firm, z których 15, w tym 2 konsorcja, złożyło łącznie 43 oferty (od 1 do 7). Po zakończeniu rokowań w dniach 17 – 18 maja 2000 r. oferenci złożyli oferty ostateczne, a komisja przetargowa wybrała wykonawców dla 7 województw. Cena wybranych ofert kształtowała się w przedziale od 99 tys. zł dla województwa opolskiego do 506,3 tys. zł w przypadku woj. śląskiego.

W trakcie postępowania naruszono ustawę o zamówieniach publicznych, nie odrzucając ofert firm, które nie spełniały wymagań określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia albo zaproszeniu do złożenia ofert.⁴⁸

⁴⁶ Na podstawie art. 27b ust. 1 pkt. 1 ustawy o zamówieniach publicznych.

⁴⁷ Na podstawie art. 27b ust. 1 pkt. 2 ustawy o zamówieniach publicznych.

⁴⁸ Naruszono w ten sposób art. 27 a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych (t.j. Dz. U. z 1998 r. Nr 119, poz. 773 ze zm.), zgodnie z którym zamawiający zobowiązany jest odrzucić ofertę jeżeli oferent nie złożył wymaganych oświadczeń lub nie spełnił innych wymagań określonych w ustawie lub specyfikacji istotnych warunków zamówienia albo zaproszeniu do składania ofert.

Nieprawidłowości stwierdzono w 12 z 16 wybranych ofert, w tym 6 o wartości 1.816,6 tys. zł w wyniku postępowania przeprowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego i 6 ofert o wartości 1.849,3 tys. zł w trybie negocjacji z zachowaniem konkurencji (łącznie wartość wszystkich wybranych ofert wynosiła 4.256,3 tys. zł).

Uznano za najkorzystniejsze oferty firm, mimo że:

N. C. Spółka z o.o. (wchodząca w skład Konsorcjum D. C. Ltd. Spółka z o.o. i N. C. Spółka z o.o.) nie przedstawiła pełnego bilansu, a jedynie tabele opisujące pasywa oraz koszty i straty spółki cywilnej, której była następcą prawnym.

Fundacja Z. P. do oferty załączyła nieaktualny bilans i rachunek zysków i strat oraz zaświadczenie z ZUS,

Konsorcjum 3 firm z Łodzi nie przedstawiło aktualnego zaświadczenia z ZUS jednego z uczestników Konsorcjum,

Firma K. H. nie przedstawiła aktualnego zaświadczenia z urzędu skarbowego.

Z powyższymi podmiotami zawarto umowy na realizację zadań regionalnych grup wsparcia, w tym Konsorcjum D. C. Ltd. Spółka z o.o. i N. C. Spółka z o.o. realizowało je dla 4 województw za łączną kwotę 1.726,3 tys. zł., Firma K. H. – dla 3 województw za kwotę 596,6 tys. zł., Konsorcjum 3 firm z Łodzi dla 1 województwa za 215 tys. zł i Fundacja Z.P. – dla 4 województw za 1.128 tys. zł.

Komisja przetargowa, nie odrzucając ofert firm, które nie spełniały wymogów formalno-prawnych, jednocześnie w innych przypadkach podobne wady uznawała za podstawę do ich odrzucenia. Komisja odrzuciła 33 inne oferty (7 oferentów) z powodu nie spełnienia wymogów określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia. Naruszało to zasadę traktowania na równych prawach wszystkich podmiotów ubiegających się o zamówienie publiczne i prowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.⁴⁹

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia określił 27 stycznia 2000 r. skład komisji przetargowej na wyłonienie regionalnych grup wsparcia oraz zaakceptował w maju 2000 r. wyniki postępowania przeprowadzonego w trybie negocjacji z zachowaniem konkurencji dla 4 województw, mimo iż zgodnie z „Regulaminem Pracy Komisji Przetargowej” czynności te były zastrzeżone do kompetencji Ministra Zdrowia. Podsekretarz Stanu nie posiadał pisemnego upoważnienia Ministra,⁵⁰ które otrzymał dopiero 12 lipca 2000 r.

Minister Zdrowia powołując zespół ds. odbioru przedmiotu umów zawartych pomiędzy Zakładem Zamówień Publicznych przy Ministerstwie Zdrowia a regionalnymi grupami wsparcia nie zawiadomił o tym fakcie Prezesa Rady Ministrów.⁵¹

⁴⁹ Wymaganą w art. 16 ustawy o zamówieniach publicznych.

⁵⁰ Wymaganego przez art. 268a ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2000 r. Nr 98, poz. 1071 ze zm.).

⁵¹ Obowiązek taki wynikał z art. 7 ust. 4 pkt 5 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o organizacji i trybie pracy Rady Ministrów oraz o zakresie działania Ministrów (t. j. Dz. U. z 1999 r. Nr 82, poz. 929 ze zm.).

2.4. Przebieg realizacji umów zawartych z regionalnymi grupami wsparcia

Wstępne wersje projektów regionalnych programów restrukturyzacji (I etap) dla wszystkich województw zostały przyjęte od regionalnych grup wsparcia przez komisję ds. odbioru prac w okresie od 13 czerwca do 26 lipca 2000 r. Prace II etapu (projekty regionalnych programów restrukturyzacji) dla 15 województw zostały odebrane między 18 lipca a 5 października. Nie przyjęto natomiast projektu regionalnego programu restrukturyzacji dla województwa podlaskiego, który został opracowany przez firmę E.

Przyczyną odrzucenia ww. programu była krytyczna ocena dokonana przez zespół ds. odbioru prac, która wynikała z nieuwzględnienia wcześniejszych uwag zespołu dotyczących braku czytelnie opisanej metodologii, pominięcia niektórych powiatów i szpitali w opracowaniu, braku opinii konsultantów regionalnych, uzasadnienia likwidacji, przekształcenia lub przemieszczenia oddziałów szpitali oraz jednakowych kryteriów dla oceny wszystkich szpitali, niedokonania oceny kondycji finansowej poszczególnych zakładów, braku uzasadnienia likwidacji łóżek psychiatrycznych oraz dostatecznej konsultacji z dyrektorami i starostami. Z kwoty 67 tys. zł przewidzianej jako wynagrodzenie za wykonanie całej umowy, ww. firma otrzymała 13,4 tys. zł (prace zrealizowane w ramach I etapu).

Minister Zdrowia odstąpił od umowy,⁵² angażując jednocześnie zespół 5 doradców, którym powierzono przygotowanie projektu regionalnego programu restrukturyzacji, monitorowanie procesu restrukturyzacji i doradztwo w tym zakresie. Z tytułu wykonania tych prac ekspertom wypłacono 50 tys. zł.

Należy zauważyć, że przyjęte zostały opracowania, w odniesieniu do których krytyczne opinie sformułowali wojewodowie.

Wojewoda Mazowiecki podał m. in., że brak było w projekcie programu czytelnej diagnozy stanu obecnego, jak też nakreślenia, uwzględniającego specyfikę województwa, docelowego modelu funkcjonowania opieki zdrowotnej. Opracowanie zawierało natomiast szereg powszechnie znanych stwierdzeń, dotyczących założeń reformy w ochronie zdrowia, bez odniesienia ich do realiów i specyfiki regionu, którego dotyczy. Zdaniem wojewody, restrukturyzację poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej winno poprzedzić nakreślenie docelowego modelu zabezpieczenia wymienionych obszarów opieki zdrowotnej, który zgodnie z przyjętymi przez Ministerstwo Zdrowia założeniami regionalnych programów restrukturyzacji powinien uwzględniać priorytety lokalne w regionalnej polityce zdrowotnej, ustalone z wykorzystaniem wskaźników epidemiologicznych, oparte na prognozowanych przemianach demograficznych i dostosowane do planowanego rozwoju społeczno - ekonomicznego regionu.

⁵² Na podstawie art. 491 kodeksu cywilnego oraz § 8 ust. 3 umowy zawartej z firmą E w dniu 15 maja 2000 r.

Wojewoda Podkarpacki w opinii dotyczącej programu stwierdził m.in., że określone cele i zadania, niezbędne do zrealizowania programu są na tyle ogólne, że mogą pasować do każdego programu restrukturyzacji, niezależnie od jego zawartości merytorycznej. Przyjęte działania skupiają się na droższym lecnictwie zamkniętym, zwłaszcza zaś na zakupach inwestycyjnych i pracach modernizacyjnych. W programie brak również zagadnień związanych z realizacją wdrażanego od 1999 r. programu Ministra Zdrowia „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne”.

Wojewoda Dolnośląski zaproponował wprowadzić przyjęcie programu, jednak stwierdził m.in., że w przedstawionym programie brak było analizy kosztów oraz efektów finansowych przeprowadzanej restrukturyzacji, albowiem zaplanowanie, na wysokim poziomie, kosztów realizacji całego programu, bez wskazania wielkości uzyskanych efektów, nie gwarantowało w pełni efektywnego wykorzystania środków przeznaczonych na realizację programu.

Efektem III etapu prac było przedłożenie raportu opiniującego ostateczną wersję regionalnego programu restrukturyzacji. Połowa raportów (których koszt opracowania wynosił 387,9 tys. zł tj. 46,2 % kwoty przeznaczonej na to zadanie) przyjęta została protokołami odbioru w dniach 6 i 12 grudnia 2000 r., a więc już po złożeniu wniosków przez Ministra Zdrowia o uruchomieniu środków przez Ministra Finansów (ostatnie wnioski nosiły datę 31 października 2000 r.). Tym samym zawarte w tych opracowaniach oceny nie mogły być w pełni wykorzystane przy podejmowaniu decyzji dotyczących wysokości przyznanej dotacji oraz w pracach Krajowego Komitetu Sterującego jak i Zespołu Ekspertów, ponieważ ostatnie posiedzenia tych gremiów miały miejsce odpowiednio 9 i 16 października 2000 r.

Zawartość merytoryczna raportów nie uzasadniała wysokości kwot wydatkowanych na ich przygotowanie, bowiem stanowiły jedynie prezentacje stanowisk regionalnych grup wsparcia i regionalnych komitetów sterujących (wskazując rozbieżności lub ich brak).

Efektem ostatniego etapu prac były raporty końcowe z przebiegu regionalnych programów restrukturyzacji, które zostały odebrane przez Ministerstwo w okresie od 23 marca do 11 kwietnia 2001 r. Nie uwzględniały one jednak przebiegu programu sfinansowanego od lutego do czerwca 2001 r.⁵³ Zapłacono zatem kwotę 837,9 tys. zł za prace nie odzwierciedlające pełnych efektów uzyskanych w wyniku realizacji Programu, których nie można było uznać za raporty końcowe.

Dyrektor Zakładu Zamówień Publicznych Ministerstwa Zdrowia, podpisując umowy z regionalnymi grupami wsparcia, określił m.in. termin zakończenia prac IV etapu o wartości 837, 9 tys. zł na 28 lutego 2001 r. Środki na realizację całej umowy Ministerstwo otrzymało w 2000 r. Minister Finansów decyzją z dnia 25 lipca 2000 r. dokonał zmian w wydatkach budżetowych polegających na przeniesieniu środków w kwocie 4.256,3 tys. zł z rezerwy celowej – poz. 36 do części 46, dział 85, rozdział 8595, § 37, z przeznaczeniem na sfinansowanie umów zawartych z regionalnymi grupami wsparcia.

⁵³ Przedłużenie realizacji programu wynikało z przeniesienia 88 mln zł na wydatki niewygasające z terminem wykorzystania do dnia 30 czerwca 2001 r.

Ministerstwo Zdrowia nie zgłosiło kwoty przeznaczonej na sfinansowanie końcowej fazy prac do wydatków niewygasających w roku 2000 r., ani nie zwróciło jej do budżetu państwa, finansując wykonanie innych usług na rzecz Ministerstwa. Środki te wydatkowano więc niezgodnie z przeznaczeniem określonym w rezerwie celowej i decyzji Ministra Finansów o ich uruchomieniu.

Zobowiązania z tytułu realizacji IV etapu zostały pokryte z rezerwy celowej zaplanowanej w ustawie budżetowej na 2001 r.

Wniosek Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2000 r. dotyczący nowelizacji rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 14 grudnia 2000 r. w sprawie wydatków, które nie wygasają z końcem roku budżetowego, był bezprzedmiotowy, bowiem został zgłoszony po upływie terminu określonego przez ustawę o finansach publicznych dla określenia wydatków niewygasających (został on odrzucony przez Prezesa Rady Ministrów). Należy podkreślić, iż Ministerstwo Finansów już w październiku 2000 r. przypominało Ministerstwu Zdrowia, że termin zgłoszenia wydatków niewygasających upływa 15 listopada 2000 r.

2.5. Realizacja zadań przez Zespół Ekspertów

Zespół Ekspertów, jako organ pomocniczy Ministra Zdrowia, powołany został zarządzeniem Ministra Zdrowia,⁵⁴ w którym sformułowano również zadania Zespołu obejmujące:

- *ocenę regionalnych programów restrukturyzacji przygotowanych przez regionalne grupy wsparcia,*
- *ocenę regionalnych programów restrukturyzacji opracowanych przez regionalne komitety sterujące,*
- *wytypowanie zadań z regionalnych programów restrukturyzacji z poszczególnych regionów, ze wskazaniem kwot i jednostek, dla których są przeznaczone,*
- *przygotowanie propozycji podziału 30% środków zależnych od jakości programu.*

Zespół miał też ustalić plan i harmonogram swoich prac, a przewodnicząca Zespołu, na którą powołano wicedyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia, była zobowiązana do przedstawiania Ministrowi Zdrowia okresowych sprawozdań z działalności tego gremium.

W okresie od 1 sierpnia do 16 października 2000 r. odbyło się siedem posiedzeń Zespołu - trzy w sierpniu, trzy we wrześniu oraz jedno w październiku.

Zespół Ekspertów dokonał punktowej oceny jakości poszczególnych regionalnych programów restrukturyzacyjnych, która zawierała się w przedziale od 55 (woj. mazowieckie) do 240 punktów (woj. dolnośląskie).

⁵⁴ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 lipca w sprawie powołania Zespołu Ekspertów oceniających regionalne programy restrukturyzacji.

Z ustaleń kontroli wynika, iż Zespół nie wykonał jednak wszystkich, wskazanych w Zarządzeniu Ministra Zdrowia prac, bowiem:

- nie wytypował zadań z programów poszczególnych regionów ze wskazaniem kwot, celów i jednostek, dla których były przeznaczone środki,
- nie przygotował propozycji podziału 30 % dotacji, tj. kwoty ok. 97,5 mln. zł, w zależności od jakości programu.

Jedynie w odniesieniu do województwa mazowieckiego, na swym ostatnim posiedzeniu 16 października 2000 r., na wniosek Kolegium Ministra, skorygował propozycje Regionalnego Komitetu Sterującego podziału środków wynikających z jakości programu (program tego województwa oceniony został najniżej i uzyskał 55 punktów).

Rozdzielając środki Kolegium Ministerstwa⁵⁵ zdecydowało o przyznaniu województwu mazowieckiemu tylko 10 % środków zależnych od jakości programu. Pozostałe środki w wysokości 8.519,1 tys. zł zostały rozdzielone dla województwa dolnośląskiego (6.519,1 tys. zł) oraz wielkopolskiego (2.000 tys. zł). Uzasadnieniem dla obniżki puli środków dla województwa mazowieckiego była niska ocena programu restrukturyzacji dla tego województwa sformułowana przez Zespół Ekspertów.

Konsekwencją dokonanej zmiany rozdziału środków w skali województwa były zmiana wysokości kwot przypadających dla poszczególnych zakładów.

Ponadto o braku należytej staranności przy wykonywaniu zadań przez Zespół Ekspertów świadczyło:

- niejednoznaczne określenie kryteriów służących do oceny zasadności zadań zgłoszonych do dofinansowania w ramach 30% środków, co stwarzało możliwość dowolnej ich interpretacji. Przykładowo, dla programów województw dolnośląskiego i łódzkiego, te same propozycje zamknięcia szpitali, zostały ocenione punktowo, przez poszczególnych ekspertów, odpowiednio od 30 do 120 i od 0 do 60 punktów,
- nieustalenie przy jakiej sumie uzyskanych punktów program nie kwalifikuje się do pełnego dofinansowania,
- nieprecyzyjne dokumentowanie wyników prac Zespołu mogące rodzić wątpliwości, dotyczące wnikliwości i rzetelności dokonanych ocen regionalnych programów restrukturyzacji. Z analizy 52 kart ocen programów wynikało, że w 35 z nich nie wpisano nazwiska eksperta, w 36 nie podano sumy uzyskanych punktów, a w 14 daty dokonania oceny programu. We wszystkich kartach ocen programów nie zostały wypełnione kolumny dotyczące kwoty dofinansowania, brakowało również analiz, które uzasadniałyby przyznaną liczbę punktów.

Ministerstwo Zdrowia, mimo tych uchybień, w grudniu 2000 r. wypłaciło wynagrodzenia poszczególnym członkom Zespołu Ekspertów na łączną kwotę 82,8

⁵⁵ W skład Kolegium wchodził obok Ministra Zdrowia m.in. sekretarz stanu, podsekretarze, szef gabinetu politycznego. Ustalenia Kolegium podpisywał Minister Zdrowia, dokonując ich akceptacji i nadając im charakter własnych decyzji.

tys. zł, na podstawie umów o dzieło zawartych z nimi w listopadzie 2000 r., tj. miesiąc po zakończeniu działalności Zespołu.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie wyjaśniła, że przyczyną zawarcia umów w tym terminie było niedopatrzenie z jej strony oraz że przyjęła prace w postaci protokołu z posiedzenia Zespołu Ekspertów, który dokonywał oceny przedłożonych opracowań. Najwyższa Izba Kontroli nie podzieliła uzasadnienia przyjęcia prac jako wykonanych, bowiem brak jest wiarygodnego dowodu, że Zespół wytypował zadania z programów poszczególnych regionów i wskazał kwoty, cele i jednostki, dla których były przeznaczone środki oraz że przygotował dla wszystkich województw propozycje podziału 30 % środków w zależności od jakości programu.

2.6. Działalność Krajowego Komitetu Sterującego

Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 lipca 2000 r., utworzony został Krajowy Komitet Sterujący pod przewodnictwem Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia. Do jego zadań należała ocena, czy zaopiniowane przez Zespół Ekspertów regionalne programy restrukturyzacji spełniają stawiane wymagania oraz przygotowanie propozycji finansowania poszczególnych programów.

W okresie od 3 sierpnia do 9 października 2000 r. odbyło się pięć posiedzeń Komitetu – dwa w sierpniu, dwa we wrześniu i jedno w październiku 2000 r.

Sformułowana przez Zespół Ekspertów ocena punktowa jakości poszczególnych regionalnych programów restrukturyzacji nie miała wpływu na propozycje podziału środków sformułowane przez Krajowy Komitet Sterujący, który w drodze głosowania, zdecydował o przyznaniu 100 % środków dla każdego z 16 województw tj. 70 % środków wynikających z podziału rezerwy celowej na województwa według liczby mieszkańców i 30 % środków za jakość programu restrukturyzacji.

Procedura określona Programem, nie była jednak konsekwentnie stosowana, bowiem Krajowy Komitet Sterujący nie ocenił propozycji Zespołu Ekspertów z dnia 16 października 2000 r. w przedmiocie dokonania zmian podziału środków dla województwa mazowieckiego (ostatnie posiedzenie Komitetu miało miejsce 9 października 2000 r.).

2.7. Efekty procesu restrukturyzacji

2.7.1 Rozliczanie Programu

Ministerstwo nie dysponowało, do czasu zakończenia kontroli informacją o efektach rzeczowych realizacji Programu. Posiadało jedynie informację o liczbie osób zwolnionych w latach 1999 –2000 z publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jednak bez wskazania, ile z nich otrzymało odprawy i odszkodowania.

Ministerstwo Zdrowia nie dysponowało również wiarygodnym rozliczeniem kwoty 161.584,4 tys. zł, wydatkowanej w 1999 r. na wdrożenie reform systemowych w ochronie zdrowia. Ze sporządzonego rozliczenia wynikało bowiem, że Ministerstwo rozdysponowało środki w kwocie 162.694,9 tys. zł, tj. o 1.110,5 tys. zł wyższej niż kwota, jaką w ogóle dysponowało.

2.7.2. Efekty działań restrukturyzacyjnych w skontrolowanych zakładach

Wśród skontrolowanych zakładów opieki zdrowotnej największą grupę – 39 (tj. 82,9 %) stanowiły placówki, którym w latach 1999-2000 otrzymały zarówno środki na wypłatę odpraw i odszkodowań dla zwalnianych pracowników, jak i na realizację wydatków inwestycyjnych. Liczba zakładów, którym przyznano środki wyłącznie na restrukturyzację zatrudnienia bądź też tylko na działalność inwestycyjną wynosiła w badanej próbie odpowiednio 3 (tj. 6,4 % skontrolowanych jednostek) i 5 (10,7 %). Kontrolowane zakłady opieki zdrowotnej na działania restrukturyzacyjne (prace remontowo-budowlane, zakup aparatury medycznej, wypłatę odpraw i odszkodowań dla zwalnianych pracowników) wydatkowały w okresie od początku 1999 r. do końca I półrocza 2001 r. kwotę 82.666 tys. zł, z czego 56.691 tys. zł (tj. 68,6 %) pochodziło z dotacji budżetowych, a pozostałą część stanowiły środki własne, środki z funduszy celowych i od sponsorów w łącznej kwocie 23.350 tys. zł (28,2 %) oraz dotacje pochodzące od organów założycielskich w kwocie 2.625 tys. zł (3,2%).

Restrukturyzacja doprowadziła do korzystnych efektów w kontrolowanych zakładach polegających na obniżce kosztów osobowych, co miało miejsce w 35 zakładach (74,5 % jednostek objętych kontrolą), poprawie wskaźnika wykorzystania łóżek w 32 kontrolowanych placówkach (68 %) i skrócenia okresu średniego pobytu pacjentów w szpitalu w 34 placówkach (72,2 %).

Pogorszyła się natomiast kondycja ekonomiczna restrukturyzowanych zakładów. Na koniec 1999 r. 30 zakładów (tj. 63,8 %) uzyskało ujemny wynik finansowy. Zobowiązania wymagalne posiadało 36 placówek (76,6 %), a ich łączna kwota wyniosła ogółem 103.135,9 tys. zł. W 2000 r. liczba zakładów, które na koniec tego roku wykazywały stratę wzrosła do 41, (tj. 87,2 %). Tyle samo placówek posiadało również zobowiązania wymagalne, które na koniec roku osiągnęły 160.338,8 tys. zł (wzrost w stosunku do 1999 r. o 55,4 %).

Poziom zobowiązań wymagalnych, w relacji do wielkości uzyskiwanych przychodów, wzrósł w 30 zakładach objętych kontrolą. W 1999 r. w 11 zakładach przewyższył poziom 10 %, podczas gdy w roku następnym, poziom ten, został przekroczony już w 23 zakładach.

Nieterminowe regulowanie zobowiązań wobec dostawców i usługodawców powodowało konieczność wypłacania odsetek karnych, co dodatkowo pogłębiało niekorzystną sytuację ekonomiczną kontrolowanych placówek. Jednocześnie wierzycelności wobec zakładów opieki zdrowotnej stały się przedmiotem wtórnego obrotu - na rynku pojawiły się bowiem firmy wyspecjalizowane w skupowaniu długów publicznych placówek służby zdrowia.

W SPZOZ w Nowym Sączu kwota naliczonych zakładowi odsetek karnych za nieterminowe regulowanie zobowiązań w okresie od 1999 r. do końca I kw. 2001 r. wyniosła łącznie 591,9 tys. zł, w tym w 1999 r. 22,9 tys. zł, w 2000 r. 431,1 tys. zł i w I kw. 2001 r. 137,9 tys. zł. Z naliczonych odsetek karnych zakład do końca I kwartału 2001 r. zapłacił ok. 62 % tych zobowiązań. Brak zapłaty części naliczonych odsetek powodował - w przypadku skierowania przez wierzyciela sprawy na drogę sądową - dodatkowe koszty obciążające zakład. Jak wskazała w wyjaśnieniach główna księgowa zakładu wierzyciele, wobec których zakład posiada zobowiązania, dokonują cesji swoich wierzytelności instytucjom skupującym długi szpitali, które bezwzględnie je egzekwują, wraz z odsetkami.

W Szpitalu Wielospecjalistycznym SPZOZ w Puszczykowie wielkość narastających odsetek karnych przekroczyła poziom 200 tys. zł miesięcznie. Z wyjaśnień udzielonych przez dyrektora szpitala wynikało, iż wykupienie większej ilości zobowiązań szpitala przez firmy zajmujące się windykacją wierzytelności powoduje, iż dochodzenie spłaty tych odsetek staje się coraz bardziej realne. Poziom zobowiązań wymagalnych na koniec 2000 r. osiągnął kwotę 9545,7 tys. zł.

Pismem z dnia 27 grudnia 2000 r. Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne „CEFARM – Bydgoszcz” S.A. poinformowało Dyrektora SPZOZ w Nakle o przeniesieniu niespornych i wymagalnych wierzytelności, wynikających z nieuregulowanych zobowiązań w kwocie 475,3 tys. zł, wraz z odsetkami, na dzień 21 grudnia 2000 r. w kwocie 51,1 tys. zł, na spółkę M. z siedzibą w Łodzi. Spółka już tego samego dnia wystosowała pismo do dyrektora ZOZ z żądaniem uregulowania wierzytelności w terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia, z groźbą wyegzekwowania całej należności na drodze sądowej - w przypadku niedotrzymania wyznaczonego terminu.

W 31 skontrolowanych placówkach w 2000 r. nastąpił spadek uzyskiwanych przychodów, w stosunku do 1999 r. - w ujęciu nominalnym, a ich realne zmniejszenie nastąpiło w 42 zakładach. Ogółem przychody, w skontrolowanej grupie zakładów, wyniosły w 2000 r. łącznie 1.385.947 tys. zł i były niższe o 4,6 % od przychodów uzyskanych w 1999 r. (1.452.155 tys. zł). Spadek ten objął również przychody uzyskane z tytułu realizacji umów zawartych z kasami chorych (stanowiły one w 1999 r. 89,5 % wszystkich przychodów kontrolowanych zakładów).

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Lublinie im. Kardynała Wyszyńskiego przedsięwzięcia restrukturyzacyjne (redukcja zatrudnienia, zmniejszenie liczby łóżek szpitalnych w oddziale pediatrii) nie poprawiły sytuacji finansowej Szpitala. Łączne przychody zakładu w badanym okresie zmalały o 5.397 tys. zł (tj. 9,49 %), natomiast koszty wzrosły o 4.883 tys. zł (o 7,84 %). W efekcie, w latach 1999-2000, nastąpiło prawie trzykrotne powiększenie ujemnego wyniku finansowego: z (-)5.737 tys. zł. do (-)16.954 tys. zł. Na niezwykle trudną sytuację Szpitala, w tym okresie, wskazuje też wzrost o 457 % zobowiązań wymagalnych: z 1.960 tys. zł do 10.916 tys. zł, w 1999 r. stanowiły one 3,45% przychodów, a w 2000 r. już 21,22%.

Jedną z istotnych przyczyn pogorszenia wyniku finansowego w SPZOK w Bydgoszczy w 2000 r., w porównaniu do 1999 r. było zmniejszenie wysokości kontraktów przez kasy chorych, głównie przez Pomorską Regionalną Kasę Chorych (PRKCH). W 2000 r. PRKCH zakontraktowała w stosunku do roku 1999 mniej świadczeń w lecznictwie zamkniętym i niższą cenę jednostkową tych świadczeń. Łączna wartość kontraktów z kasami chorych w 2000 r. wynosiła 8552,7 tys. zł, tj. mniej o 38,7 % niż w roku 1999 r. W umowie z PRKCH na 2000 r. zawarta została klauzula, że za wykonanie usługi ponad kontrakt Kasa zapłaci 30 % ceny.

W Szpitalu Wojewódzkim we Włocławku pomimo zwiększenia ilości wykonywanych świadczeń, przychody z umów o wykonywanie świadczeń zdrowotnych zawartych z kasami chorych w 2000 r., były niższe niż w 1999 r. o 1,9 %, tj. o 926 tys. zł, a realnie o 1.019,5 tys. zł.

2.7.3 Restrukturyzacja zatrudnienia

W skontrolowanych zakładach, w wyniku dokonanych zwolnień grupowych, a także rozwiązywania stosunku pracy przez samych pracowników odchodzących do niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, przeciętne zatrudnienie w 2000 r., zmniejszyło się w stosunku do roku poprzedniego o 5779 osób, w przeliczeniu na pełne etaty (tj. 12,7 %), i wyniosło 39.784 osoby. Największy spadek zatrudnienia nastąpił w grupie personelu pomocniczego - 16,3 %. Średni personel medyczny został zredukowany o 9,5 %, a liczba zatrudnionych lekarzy zmalała o 13,2 %.

Zwolnienia pracowników spowodowały, iż koszty osobowe zmniejszyły się z 915.417,9 tys. zł w 1999 r. do 850.343,4 tys. zł w 2000 r. (tj. o 7,1 %). Spadek tych kosztów nastąpił w 34 placówkach (tj. 72 % jednostek objętych kontrolą).

Obniżka kosztów osobowych była istotna dla kondycji ekonomicznej skontrolowanych zakładów opieki zdrowotnej, ponieważ w 1999 r. stanowiły one 56 % ogółu ponoszonych kosztów.

W Szpitalu Miejskim w Gdyni zwalniając w ramach restrukturyzacji zatrudnienia 130 pracowników uzyskano, w latach 1998 – 2000, spadek kosztów osobowych o 13 %. Udział tych w kosztach ogółem szpitala wynosił w 2000 r. 56,8 %.

W SPZOK w Siedlcach zatrudnienie w analogicznym okresie zmniejszyło się o 438 etatów, a koszty osobowe funkcjonowania jednostki uległy zmniejszeniu z 19.458 tys. zł w 1999 r. do 16.479 tys. zł w 2000 r. Udział tych kosztów w kosztach ogółem w 1999 r. wynosił 66,3 %, natomiast w 2000 r. – 64,1 %.

Spadek kosztów osobowych nie wystąpił w 12 placówkach (25,5 % jednostek skontrolowanych). W większości zakładów tej grupy środki zaoszczędzone na redukcji zatrudnienia przeznaczono na podwyżki płac dla pozostałego personelu.

W SPZOO w Bytowie w 2000 r. koszty osobowe wzrosły, w stosunku do roku 1999, o 3,7 %, mimo zmniejszenia liczby etatów o 16,6 %. Przyczyną wzrostu kosztów osobowych w 2000 r. były dwie podwyżki płac dla zatrudnionego w zakładzie personelu.

W Wojewódzkim Specjalistycznym ZOZ Gruzlicy i Chorób Płuc w Kielcach z siedzibą w Chęcinach liczba etatów zmniejszyła się w 2000 r. o 12,8 %, w porównaniu do 1999 r., podczas gdy koszty osobowe wzrosły w tym czasie o 5,6 %. Liczba osób, którym przyznano odprawę w związku z redukcją zatrudnienia w 2000 r. była o połowę mniejsza niż w 1999 r.

W Szpitalu Zespolonym w Olsztynie – środki uzyskane z tytułu zwolnień personelu sprząającego rozdysponowano na pracowników pozostających w zatrudnieniu. W wyniku tego zabiegu fundusz płac pozostał praktycznie na niezmienionym poziomie, natomiast w związku z przejęciem tych zadań przez podmioty zewnętrzne wzrosły o 48 % koszty usług obcych.

Decyzje dotyczące zwolnień pracowników były niekiedy podejmowane w sposób sprzeczny z przyjętymi wcześniej założeniami, bez dokonania odpowiedniej analizy w zakresie sposobu typowania pracowników przewidywanych do zwolnienia, oraz wielkości środków potrzebnych na odprawy dla tych osób.

W Szpitalu Wojewódzkim w Tarnowie struktura zwolnień w Szpitalu odbiegała od wykonanego na zlecenie Szpitala programu restrukturyzacji zatrudnienia, a także od wyników własnych analiz dotyczących obsady etatowej na poszczególnych oddziałach.

W Szpitalu tym redukcją zatrudnienia objęto 120 osób, którym wypłacono odprawy na łączną kwotę 169,3 tys. zł, w tym 54 osobom także odszkodowania – z tytułu skrócenia okresu wypowiedzenia – w łącznej wysokości 50,1 tys. zł.

Skutkiem braku właściwego rozeznania własnych potrzeb kadrowych i odpowiedniej koordynacji działań restrukturyzacyjnych były przypadki ponownego zatrudniania, w krótkim odstępie czasu, osób poprzednio zwolnionych, którym wypłacono wcześniej odszkodowania i odprawy ze środków dotacji budżetowej. Zjawisko to wystąpiło w 6 skontrolowanych jednostkach (12,8 % ogółu). Ponowne przyjmowanie zwalnianych pracowników nie przybrało jednak charakteru masowego i skontrolowane zakłady opieki zdrowotnej zachowywały wymóg określony w umowach zawieranych z Ministerstwem Zdrowia w 1999 r. niezwiększania stanu zatrudnienia do dnia 30 czerwca 2001 r., w stosunku do poziomu osiągniętego w wyniku realizacji umowy na dzień 1 stycznia 2000 r. Umowy zawierane w 2000 r. dotyczące przekazywania środków na restrukturyzację zatrudnienia nie przewidywały już konieczności utrzymania uzyskanego poziomu zatrudnienia.

W SPZOO w Biłgoraju spośród zwolnionych w ramach restrukturyzacji pracowników, którym wypłacono odprawy, ponownie zatrudniono 16 osób,

przy czym trzech pracowników zatrudniono już następnego dnia, 11 w odstępie od 16 do 30 dni, a dwóch – do trzech miesięcy po rozwiązaniu umowy o pracę. Kwota odpraw wypłaconych tym pracownikom wynosiła 62,8 tys. zł. Ponowne zatrudnienie pracowników wynikało przede wszystkim z niedojścia do skutku planowanej prywatyzacji kuchni szpitalnej. Dyrekcja ZOZ dokonała zwolnień w sytuacji, gdy nie rozstrzygnięto jeszcze postępowania przetargowego na świadczenie usług żywienia pacjentów.

W SPZOZ w Hrubieszowie, w ramach zwolnień grupowych, zwolniono m.in. 7 pracowników, wypłacając pięciu z nich kwotę w łącznej wysokości 20,5 tys. zł, ze środków pochodzących z budżetu państwa, tytułem odpraw i odszkodowań za skrócony okres wypowiedzenia oraz zawierając następnie z tymi pracownikami ponownie umowy o pracę, w tym z trzema osobami w dniu następnym po rozwiązaniu umowy z przyczyn zakładu.

W SPZOZ w Siedlcach część pracowników, którym wypłacono odprawy ze środków dotacji budżetowej została ponownie zatrudniona w tej jednostce (na podstawie umów zlecenia lub umów o pracę na czas określony). Do dnia 25.05.2001 r. zatrudniono w ten sposób 48 osób (tj. 17,3 %), spośród 277 osób zwolnionych w ramach restrukturyzacji zatrudnienia w latach 1999 – 2000. Wysokość wypłaconych tym osobom odpraw i odszkodowań, ze środków dotacji budżetowej, w związku z rozwiązaniem z nimi umów o pracę, wyniosła ogółem 121,4 tys. zł, w tym - w przypadku 28 osób zatrudnionych w dniu następnym po rozwiązaniu umów - 62,8 tys. zł.

W Programie przewidziano możliwość „szybkiej ścieżki” tj. finansowania restrukturyzacji zatrudnienia jeszcze przed przyjęciem regionalnych programów restrukturyzacji. Zapisano również, iż w ramach środków przeznaczonych na jego realizację mogły być pokrywane jedynie koszty odpraw i odszkodowań, naliczone zgodnie z obowiązującym prawem. Sfinansowaniu nie podlegały natomiast nagrody jubileuszowe, ekwiwalenty za zaległe urlopy, czy też inne zobowiązania zakładu wobec pracowników. W niektórych placówkach koszty te były jednak pokrywane ze środków przeznaczonych na realizację Programu.

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie kwotę 115,8 tys. zł (z ogółem 592,1 tys. zł otrzymanej na restrukturyzację zatrudnienia) wykorzystano na wypłatę ekwiwalentu za niewykorzystany urlop wypoczynkowy w kwocie 18,2 tys. zł, nagrody jubileuszowe - 4 tys. zł i wypłatę „trzynastej pensji” za 2000 r. - 93,6 tys. zł.

W SPZOZ w Mońkach z ogólnej kwoty 153 tys. zł uzyskanej w formie dotacji celowej z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów zwolnień, 130,5 tys. zł przeznaczono na wypłatę odpraw pracowniczych, zaś 22,5 tys. zł wydatkowano na wypłatę 15 osobom nagród jubileuszowych. Wypłata nagród jubileuszowych była w tym przypadku uzasadniona postanowieniami zakładowego regulaminu wynagradzania który przewidywał, iż w przypadku

rozwiązania stosunku pracy na podstawie ustawy z dnia 28 grudnia 1989 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania stosunku pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy oraz o zmianie niektórych ustaw⁵⁶, pracownikowi, któremu do nabycia prawa do nagrody jubileuszowej brakuje mniej niż 12 miesięcy, licząc od dnia rozwiązania stosunku pracy, nagrodę tą wypłaca się w dniu rozwiązania stosunku pracy.

2.7.4 Tworzenie programów restrukturyzacji w zakładach opieki zdrowotnej

Funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej w warunkach samodzielności finansowej związane było z koniecznością podejmowania przedsięwzięć restrukturyzacyjnych. W 30, spośród ogółem 47 skontrolowanych zakładów, opracowano własne, kompleksowe programy restrukturyzacyjne, których celem była poprawa sytuacji ekonomicznej, lepsze wykorzystanie posiadanych zasobów i poprawa jakości świadczonych usług. W pozostałych zakładach stworzono jedynie doraźne opracowania, opierając się na wytycznych Ministerstwa Zdrowia, dla pozyskania środków finansowych na restrukturyzację.

W większości kontrolowanych zakładów opieki zdrowotnej samodzielnie opracowywano programy restrukturyzacyjne, tylko w 5 placówkach (tj. 10,6 % kontrolowanych) wspomagano się ekspertyzami zleconymi podmiotom zewnętrznym. W jednym przypadku nieprawidłowo dokonano wyboru firmy doradczej

SPZOZ w Rawiczu zlecił usługi doradcze firmie konsultingowej, w związku z restrukturyzacją, dotyczące pomocy przy wprowadzeniu nowej metody zarządzania zakładem, na podstawie trzech umów z 31 października, 10 listopada oraz 1 grudnia 2000 r., na łączną kwotę 30 tys. zł. Zamówienia udzielono w trybie zamówienia z wolnej ręki, powołując się na okoliczność, iż firma, której zlecono zadania jest jedynym wykonawcą wspomnianych usług⁵⁷. Kontrola NIK wykazała, iż zakład nie posiadał dowodów potwierdzających tę okoliczność.

Niektóre placówki tworząc własne programy restrukturyzacji w niewystarczający sposób współpracowały z kasami chorych. Przyjęcie spójnej koncepcji działań restrukturyzacyjnych, w okresie kilkuletnim, utrudniał również fakt, iż umowy z kasami chorych stanowiące podstawę finansowania działalności zakładów opieki zdrowotnej były negocjowane w rocznym horyzoncie czasowym.

Dyrektor SPZOZ w Hrubieszowie wyjaśniła, iż nie posiada rozeznania, jakie kierunki zmian restrukturyzacyjnych są akceptowane przez kasy chorych w sensie pewności zawierania w przyszłości kontraktów możliwych do zrealizowania w wyniku przeprowadzonych zmian organizacyjnych.

⁵⁶ Ustawa z dnia 28 grudnia 1989 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania stosunku pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz.U. z 1990 r. Nr 4, poz. 19 ze zm.).

⁵⁷ Zgodnie z art. 71 ust. 1 pkt 3 ustawy o zamówieniach publicznych zamawiający może udzielić zamówienia z wolnej ręki ze względu na szczególnie rodzaj dostaw lub usług możliwych do uzyskania tylko od jednego dostawcy lub wykonawcy.

Dyrektor SPZOZ w Krasnymstawie wskazała m.in. na trudności w planowaniu działań restrukturyzacyjnych, w związku z brakiem sprecyzowanych preferencji zakupu świadczeń medycznych przez płatnika.

Z kolei w SPZOZ w Nowym Sączu, mimo poniesionych wydatków na pokrycie kosztów remontowo – adaptacyjnych i zakup wyposażenia dla Środowiskowego Zakładu Psychiatrycznego Pobytu Dziennego dla Dzieci i Dorosłych oraz na adaptację pomieszczeń Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego i Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Dorosłych, do czasu zakończenia kontroli nie uzyskano kontraktu na usługi nowo uruchomionych oddziałów.

Brak wiedzy, co do możliwości sfinansowania w przyszłości realizowanych programów restrukturyzacyjnych, powodował, iż miały one niekiedy ogólnikowy charakter. Brakowało w nich również analizy ekonomicznej kosztów planowanych przedsięwzięć.

W programie restrukturyzacji opracowanym przez SPZOZ Siedlce nie było zapisów określających efekty rzeczowo-finansowe, jakie spodziewano się uzyskać po zrealizowaniu poszczególnych zadań restrukturyzacyjnych oraz przewidywanych kosztów i terminów jego realizacji. Jak wskazał w wyjaśnieniach dyrektor placówki bardziej szczegółowe wyszczególnienie zamierzeń było niemożliwe, ponieważ brakowało informacji, co do zasad i poziomu finansowania systemu.

Program restrukturyzacji opracowany w SPZOZ w Hrubieszowie nie określał kosztów realizacji poszczególnych przedsięwzięć i nie zawierał zadań związanych ze zmianą profilu działalności. Planując restrukturyzację zatrudnienia nie określono, jakich oddziałów i jakiej ilości pracowników miała ona dotyczyć.

W programie opracowanym przez SPZOZ w Krasnymstawie brakowało koncepcji docelowego modelu funkcjonowania zakładu, nie zawarto w nim również zmian w stanie zatrudnienia oraz szacunków opłacalności planowanych zamierzeń.

W SPZOZ w Ciechanowie i Siedlcach planując realizację poszczególnych zadań restrukturyzacyjnych, mających na celu poszerzenie prowadzonej działalności, nie dokonano analizy ekonomicznej, w celu określenia skutków finansowych ich wdrożenia (w tym kosztów prowadzenia danej działalności oraz przewidywanego wyniku finansowego w tym zakresie).

W 2000 r. plany restrukturyzacyjne poszczególnych placówek weryfikowały regionalne grupy wsparcia (RGW) tworząc projekty regionalnych programów restrukturyzacyjnych. Wiedza jaką dysponowały te grupy opierała się na danych przekazywanych przez placówki służby zdrowia.

W przedkładanych metrykach zakładu placówki opieki zdrowotnej przedstawiały dane dotyczące sytuacji zakładu w latach 1997 – 2000, charakterystykę własnych programów restrukturyzacji z uzasadnieniem merytorycznym i celem finalnym, informacje dotyczące przekształceń dokonanych w latach poprzednich i prowadzonych programów promocji zdrowia, sposobu wykorzystania zaoszczędzonych bądź pozyskanych w wyniku zrealizowania programów środków, planowanych wydatków bieżących i inwestycyjnych niezbędnych dla realizacji proponowanych programów restrukturyzacji.

Przedkładane propozycje działań wynikały bezpośrednio z założeń własnych programów restrukturyzacyjnych.

Uzyskane informacje tylko częściowo mogły zostać zweryfikowane podczas wizyt przedstawicieli RGW w poszczególnych zakładach. Spośród skontrolowanych placówek takie wizyty odbyły się w 20 zakładach, (tj. 43 % kontrolowanych ZOZ). Tego typu wizytacje, w postaci jedno lub dwugodzinnych spotkań, nie dawały, w ocenie NIK, wystarczającego rozeznania co do faktycznych potrzeb zakładu i możliwości ich realizacji.

W SPZOZ w Brzezinach kontakty z regionalną grupą wsparcia ograniczyły się do wizyty przedstawiciela reprezentującego grupę. Osoba ta została zapoznana z zamierzeniami restrukturyzacyjnymi opracowanymi przez dyrekcję zakładu. Ze spotkania tego, w ocenie dyrektora placówki, nie wpływały dla zakładu żadne wnioski. Dane o zakładzie zostały przekazane w formie wypełnionej ankiety. Brak było jakiegokolwiek wymiany poglądów czy stanowisk.

W Szpitalu Wojewódzkim nr 2 w Rzeszowie współpraca z regionalną grupą wsparcia ograniczyła się do spotkania, na którym przedstawiono bardzo ogólne założenia programu restrukturyzacji służby zdrowia. W ocenie dyrektora placówki spotkanie nie dostarczyło żadnych nowych informacji, w stosunku do znanych mu uprzednio.

Ograniczony czas jakie miały regionalne grupy wsparcia na przygotowanie projektów regionalnych programów restrukturyzacji i brak wystarczających kontaktów z zakładami, dla których grupy przedstawiały propozycje restrukturyzacyjne mogły mieć wpływ na jakość przygotowywanych propozycji. W tej sytuacji wątpliwości mogły budzić zawarte w projektach niektóre wnioski dotyczące likwidacji placówek opieki zdrowotnej.

Ocenę tę potwierdzają opinie zgłaszane przez część zakładów opieki zdrowotnej, dla których grupy wsparcia przygotowywały propozycje działań restrukturyzacyjnych.

Przedstawiciele regionalnej grupy wsparcia dla woj. lubelskiego nie wizytowali SPZOZ im. Jana Bożego w Lublinie, ani nie prowadzili rozmów z dyrekcją szpitala. O decyzjach grupy, według opinii wicedyrektora SPZOZ, pracownicy zakładu dowiadывali się z prasy. Wyciąg programu przygotowany

przez grupę, obarczony błędami dotyczącymi struktury i zasobów łóżkowych oraz zatrudnienia, zakład otrzymał z urzędu marszałkowskiego.

W ocenie dyrekcji SPZOZ w Sandomierzu stwierdzone w programach restrukturyzacji niedobory danych demograficznych i epidemiologicznych, spowodowane zaniedbaniami i ograniczeniem czasowym przygotowania programu, powodowały, iż nie dawał on pełnego obrazu sytuacji systemu ochrony zdrowia i posiadał ograniczoną wartość dla podejmowania strategicznych decyzji.

W ocenie dyrektora SPZOZ w Nakle opracowany projekt restrukturyzacji przedstawiony przez regionalną grupę wsparcia był nie do zaakceptowania. Pozbawiał on bowiem dostęp mieszkańców Nakła i okolic do niektórych istotnych usług medycznych.

2.7.5. Prawidłowość wydatkowania środków z dotacji budżetowych na działania restrukturyzacyjne

Opóźnione uruchomienie procedury przekazywania środków z dotacji celowej w 2000 r. na realizację „Programu restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2000”⁵⁸ spowodowało, iż poszczególne placówki otrzymywały dotacje na zadania inwestycyjne w ostatnich miesiącach 2000 r. W 23 skontrolowanych placówkach wpłynęły one na rachunki zakładów w drugiej połowie grudnia.

Decyzja Wojewody Podkarpackiego w sprawie wysokości środków przyznanych na realizację regionalnego programu restrukturyzacji w ochronie zdrowia datowana była na dzień 14 listopada 2000 r. Do Urzędu Miasta decyzja wpłynęła w dniu 20 listopada 2000 r., a na jej podstawie dokonano stosowanych zmian w budżecie miasta. Zmiany te wymagały podjęcia uchwał przez radę oraz zarząd miasta, co nastąpiło w dniach 28 i 29 listopada 2000 r. Z SPZOZ nr 1 w Rzeszowie podpisana została umowa dotycząca przekazania środków w dniu 5 grudnia, a zapotrzebowanie na środki złożone zostało w dniu 13 grudnia 2000 r. Środki przekazane zostały na konto urzędu miasta w dniu 21 grudnia, a na rachunek SPZOZ wpłynęły w dniu 29 grudnia.

Stwierdzono też 2 przypadki opóźnionego przekazania dotacji w wyniku nieuzasadnionej zwłoki jednostek samorządu terytorialnego (w jednym przypadku dotyczyło to środków przekazywanych w 1999 r.).

Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego przekazał kwotę 263 tys. zł (o przyznaniu której zawiadomiono Urząd Marszałkowski 25 września 2000 r.) jednostkom ochrony zdrowia (Krakowskiemu Centrum Rehabilitacji, Ośrodkowi Profilaktyczno - Rehabilitacyjnemu dla Dzieci w Nowym Targu i Centrum Medycyny Profilaktycznej w Krakowie) dopiero w

dniu 27 października 2000 r., tj. po 43 dniach od daty ich otrzymania i 32 dniach od daty wpływu zawiadomienia o ich przyznaniu. Było to spowodowane

⁵⁸ Przed przyjęciem przez Ministra Zdrowia regionalnych programów restrukturyzacji istniała możliwość przekazania środków w ramach tzw. szybkiej ścieżki, jednak tylko z przeznaczeniem na restrukturyzację zatrudnienia.

potrzebą uzyskania – zgodnie z art. 128 ust. 1 pkt 1 ustawy o finansach publicznych – pozytywnej opinii komisji sejmiku właściwej ds. budżetu. Jednak z otrzymanej z Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w dniu 6 października 2000 r. kwoty 1.073,9 tys. zł - 51,7 tys. zł dla Kolejowego Szpitala Chorób Płuc i Gruźlicy SPZOZ w Makowie Podhalańskim przekazano 24 listopada 2000 r., tj. po 57 dniach od ich otrzymania i po ok. miesiącu od uzyskania wymaganej opinii ww. komisji sejmiku oraz uchwały zarządu.

Starostwo Powiatowe w Sandomierzu w I półroczu 2000 r. przekazało do jednego z zakładów opieki zdrowotnej dotację budżetową w kwocie 100 tys. zł w terminie 30 i 37 dni od daty wpływu środków na rachunek Starostwa, wbrew § 6 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad udzielania i sposobu rozliczania dotacji z rezerwy celowej budżetu państwa na rok 1999 dla organów założycielskich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na zadania własne bieżące i inwestycyjne związane z dofinansowaniem kosztów wdrażania reform w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 68, poz. 760) stanowiącym, że przekazanie tych środków powinno nastąpić w terminie 7 dni od ich otrzymania przez organ założycielski.

W 23 zakładach opieki zdrowotnej objętych kontrolą (48,9 % ogółu jednostek) organy założycielskie zawierały umowy z poszczególnymi zakładami, w których określano cel, na który dotacja powinna być wydatkowana oraz termin rozliczenia środków. Umów takich nie podpisano w pozostałych kontrolowanych placówkach, wymagając jedynie, w niektórych przypadkach, złożenia przez dyrektora oświadczenia, w którym zobowiązuje się do wydatkowania środków dotacji zgodnie z przeznaczeniem, przy zachowaniu procedur określonych w ustawie o zamówieniach publicznych.

Mimo braku w obowiązujących przepisach prawnych i założeniach Programu formalnego obowiązku zawierania przez organy założycielskie tego typu umów, ich przygotowanie było w ocenie NIK działaniem racjonalnym, ponieważ umowy te dyscyplinowały dyrektorów placówek w zakresie prawidłowego wydatkowania i rozliczania środków dotacji.

Środki z rezerwy celowej przekazywane zakładom opieki zdrowotnej za pośrednictwem organów założycielskich musiały być wykorzystane do końca roku, w którym zostały przyznane, a w sytuacji braku możliwości wydatkowania środków w tym okresie dyrektor zakładu opieki zdrowotnej mógł wystąpić, za pośrednictwem organu założycielskiego i wojewody, o umieszczenie ich w wykazie wydatków niewygasających w danym roku.⁵⁹

⁵⁹ Zgodnie z art. 102 ust. 3 ustawy o finansach publicznych, Rada Ministrów, nie później niż do dnia 15 grudnia roku budżetowego może ustalić, po uzyskaniu w tej sprawie opinii komisji sejmowej, wykaz wydatków, które nie wygasają w danym roku budżetowym.

Mimo iż kontrolowane placówki były informowane o tej możliwości, dyrektorzy 9 zakładów (tj. 19%) wydatkowali otrzymane środki w 2001 r. po upływie terminu ich wykorzystania⁶⁰.

W Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie dokonano zapłaty w kwocie 550 tys. zł za zakupy dotyczące utworzenia w tej jednostce łóżek rehabilitacyjnych oraz nabycia aparatury do szybkiej diagnostyki dopiero w lutym i marcu 2001 r., mimo iż zgodnie z § 4 ust. 2 umowy z dnia 14 grudnia 2000 r. (dotyczącej przyznania szpitalowi kwoty 550 tys. zł w ramach realizacji regionalnego programu restrukturyzacji) środki nie wydatkowane na wskazany cel podlegać miały zwrotowi na konto Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego do dnia 31 grudnia 2000 r. Środki dotacji otrzymane w ramach tej umowy przyznane na restrukturyzację zostały w styczniu 2001 r. pobrane z rachunku inwestycyjnego i przeznaczone na zapłatę zobowiązań z tytułu należnej składki na ubezpieczenie społeczne, a w lutym Szpital dokonał zwrotu tych środków na rachunek inwestycyjny, z którego następnie uregulowano powstałe zobowiązania z tytułu realizacji zadań restrukturyzacyjnych.

SPZOZ w Biłgoraju otrzymał dotację z budżetu państwa w kwocie 150 tys. zł na zakup analizatora biochemicznego przekazaną przez Starostwo Powiatowe w Biłgoraju na podstawie porozumienia z dnia 27 listopada 2000 r. Szpital nie dotrzymał jednak terminu wydatkowania środków, który w porozumieniu w sprawie udzielenia dotacji określony został na 31 grudnia 2000 r. Umowę zakupu analizatora zawarto 20 grudnia 2000 r., ale dostawa urządzenia nastąpiła dopiero 11 stycznia 2001 r., a płatności za dostawę dokonano w lutym i marcu 2001 r., przy czym uregulowano jedynie część należnej kwoty. Ze środków dotacji realizowano natomiast bezpodstawnie płatności związane z zakupem innego sprzętu.

W dniu 12 grudnia 2000 r. zawarta została umowa pomiędzy Zarządem Województwa Kujawsko-Pomorskiego a Szpitalem Wojewódzkim we Włocławku na udzielenie dotacji w kwocie 200 tys. zł na dofinansowanie tworzenia zakładu opieki długoterminowej. Mimo iż umowa nakładała na szpital obowiązek wykorzystania środków dotacji do dnia 29 grudnia 2000 r., faktyczne wydatkowanie środków na zadania restrukturyzacyjne wynikające z umowy nastąpiło w styczniu i marcu 2001 r.

Ograniczony czas na wydatkowanie środków dotacji powodował, iż w niektórych jednostkach dokonywano zaliczkowego finansowania zakupów inwestycyjnych lub też kupowano sprzęt przed stworzeniem warunków pozwalających na jego eksploatację.

W Szpitalu Ogólnym w Wysokiem Mazowieckiem dokonano zapłaty za defibrylator i 2 sztuki kardiomonitorów w dniu 29 grudnia 2000 r., chociaż dostawa nastąpiła dopiero 6 lutego 2001 r. tj. ponad 1,5 miesiąca od terminu określonego w umowie.

⁶⁰ Por. przypis nr 21.

W trakcie trwania kontroli NIK Szpital wykorzystał postanowienia umowy zawartej z dostawcą urządzeń i w dniu 6 kwietnia 2001 r. obciążono dostawcę karą umowną za niedotrzymanie terminu dostawy. Pismem z dnia 26 czerwca 2001 r. Dyrekcja Szpitala poinformowała Delegaturę NIK w Białymstoku o wyegzekwowaniu należności od dostawcy w kwocie 10,4 tys. zł. Należność ta wpłynęła na konto Szpitala.

W SPZOZ Nr 1 w Rzeszowie dokonano zakupu urządzenia dźwigowego (147,4 tys. zł, w tym 18,7 tys. zł za montaż) w sytuacji niewykonania adaptacji budynku umożliwiającej jego zainstalowanie. Do dnia zakończenia kontroli zakupione urządzenia znajdowały się u dostawcy.

W Wielkopolskim Centrum Chorób Płuc i Gruzlicy w Poznaniu wynagrodzenia za roboty budowlane w kwocie 136 tys. zł przekazano w dniu 29 grudnia 2000 r., mimo iż roboty te zostały wykonane dopiero w kwietniu 2001 r.

W 8 zakładach opieki zdrowotnej część otrzymanych środków dotacji została wydatkowana niezgodnie z przeznaczeniem⁶¹. Finansowane były bowiem zadania odbiegające od celów przyjętych we wnioskach o przyznanie środków na restrukturyzację oraz umowach zawieranych z organem założycielskim przekazującym środki. W niektórych przypadkach nie zrealizowano natomiast zaplanowanych przedsięwzięć restrukturyzacyjnych, mimo otrzymania środków na ten cel. Na nieprawidłowości stwierdzone w tym zakresie wpływ miało nieprecyzyjne i ogólnikowe formułowanie celu, na który przekazywana jest dotacja, zarówno w programie restrukturyzacji, jak i w umowach zawieranych pomiędzy zakładem a organem założycielskim.

W SPZOZ w Działdowie z 150 tys. zł dotacji przekazanej w 2000 r. na adaptację oddziału paliatywno - opiekuńczego wydatkowano kwotę 78,2 tys. zł, tj. 52,2 % otrzymanej dotacji. Ta sama placówka otrzymała również 200 tys. zł na remont bloku operacyjnego. Do dnia zakończenia kontroli, tj. do dnia 13 lipca 2001 r. remont nie został nawet rozpoczęty. W wyniku realizacji wyników kontroli środki w wysokości 217,8 tys. zł zwrócono na rachunek budżetu państwa.

SPZOZ w Biłgoraju otrzymał dotację w kwocie 150 tys. zł, ze środków rezerwy celowej budżetu państwa z przeznaczeniem na modernizację Szpitala. Szpitalowi przekazano dotację na podstawie porozumienia zawartego ze Starostwem w dniu 27 listopada 2000 r. Wbrew postanowieniom wspomnianego porozumienia oraz założeniom programu, ze środków tych wydatkowano 106 tys. zł na sfinansowanie prac remontowych o charakterze odtworzeniowym oraz jego bieżące funkcjonowanie. W szpitalu tym nie przeprowadzono natomiast planowanej modernizacji pododdziału urazowo-ortopedycznego.

⁶¹ Por. przypis 22.

W Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie dotację w kwocie 450 tys. zł wydatkowano na sprzęt nie ujęty w programie restrukturyzacji placówki. Na taką sytuację wpływ miał fakt, iż umowa zawarta z Urzędem Marszałkowskim nie zawierała szczegółowych ustaleń co do celu wydatkowania środków. Ta sama placówka w ramach realizacji zadania „utworzenie łóżek rehabilitacyjnych” sfinansowała koszty położenia wykładowcy również na innych oddziałach.

Niektóre realizowane wydatki, chociaż były zgodne z celem, na który zostały przekazane środki, miały charakter inwestycji odtworzeniowych i nie służyły realizacji przedsięwzięć restrukturyzacyjnych, które faktycznie zmieniałyby zakres realizowanych świadczeń i umożliwiały poprawę sytuacji ekonomicznej zakładu.

W SPZOZ w Dąbrowie Tarnowskiej środki dotacji z budżetu państwa w wysokości 1061,7 tys. zł wydatkowano zgodnie z przeznaczeniem, ale sfinansowane zadania miały jedynie charakter dostosowania obiektów szpitalnych do wymogów stawianych przez Państwowy Zakład Higieny lub służyły poprawie stanu technicznego oddziałów szpitalnych.

Zakłady opieki zdrowotnej otrzymujące dotację były zobowiązane do przedstawienia organowi założycielskiemu rozliczenia wydatków zrealizowanych ze środków otrzymanej dotacji. Stwierdzono, iż placówki, które wydatkowały środki dotacji po terminie lub niezgodnie z przeznaczeniem, przedstawiały nierzetelne sprawozdania, nie odpowiadające stanowi faktycznemu.

W ramach rozliczenia dotacji przeznaczonej na remont bloku operacyjnego (200 tys. zł) w Działdowie przedłożył Staroście Powiatu m.in. protokół odbioru (bez daty sporządzenia) podpisany przez trzyosobową komisję oraz fakturę VAT z dnia 29 grudnia 2000 r. na kwotę brutto 208,7 tys. zł za remont kapitalny bloku operacyjnego. Ustalono, że do dnia zakończenia kontroli, tj. do 13 lipca 2001 r. remont kapitalny bloku operacyjnego nie został rozpoczęty, a poświadczono nieprawdę w celu rozliczenia otrzymanej dotacji.

Szpital Wojewódzki we Włocławku przedstawił rozliczenie otrzymanej dotacji w kwocie 200 tys. zł z przeznaczeniem na dofinansowanie oddziału opieki długoterminowej w dniu 28 grudnia 2000 r., mimo iż zapłaty za prace i dostawy dokonano w dniach 30 stycznia i 5 marca 2001 r.

SPZOZ w Siedlcach w piśmie z dnia 8 grudnia 1999 r. skierowanym do Prezydenta Miasta Siedlce wykazał wykorzystanie do tego dnia całości środków dotacji przyznanej tej jednostce na utworzenie zakładu opiekuńczo- leczniczego, modernizację pracowni RTG i zakup środków trwałych w wysokości 700 tys. zł, podczas gdy dotację tę SPZOZ otrzymał faktycznie dopiero w dniach 20 i 28 grudnia 1999 r., natomiast wydatkował ją w okresie do dnia 22 marca 2000 r.

Wbrew postanowieniom umów o przekazanie środków dotacji oraz postanowieniom ustawy o finansach publicznych, niektóre placówki nie zwracały w

terminie⁶² do budżetu państwa niewykorzystanych środków dotacji. Dokonując zwrotu środków z opóźnieniem nie odprowadzały należnych w tym przypadku odsetek za zwłokę.

SPZOZ w Suwałkach dopiero w dniu 28 grudnia 2000 r., tj. po upływie ponad roku od terminu ustalonego w umowie (17 grudnia 1999 r.) zwrócił do budżetu 51 tys. zł dotacji przyznanej przez Ministra Zdrowia na restrukturyzację zatrudnienia w 1999 roku. Kontrola NIK wykazała, że Szpital zwrócił niewykorzystane środki bez należnych odsetek, które wyniosły 23 tys. zł.

W SP ZOZ w Sieradzu o 87 dni opóźniono zwrot 110,3 tys. zł niewykorzystanej dotacji na dofinansowanie kosztów odpraw i odszkodowań dla pracowników zwolnionych w ramach restrukturyzacji w 1999 r. i nie odprowadzono do budżetu należnych z tego tytułu odsetek za zwłokę w wysokości 11,3 tys. zł.

Szpital Wojewódzki w Ciechanowie dopiero w trakcie trwającej kontroli NIK zwrócił do budżetu niewykorzystaną część dotacji w wysokości 2,9 tys. zł otrzymanej przez tą jednostkę w 1999 r. na wypłatę odszkodowań i odpraw dla zwalnianych pracowników.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej przy wydatkowaniu środków na zakup dóbr i usług zobowiązane były do przestrzegania przepisów ustawy o zamówieniach publicznych. Nieprawidłowości w tym zakresie, w stosunku do części zrealizowanych zamówień, stwierdzono ogółem w 18 zakładach, co stanowiło 38,3 % skontrolowanych jednostek.

W 4 zakładach stwierdzono dokonywanie zakupów bez stosowania przepisów ustawy o zamówieniach publicznych, czym naruszano artykuł 12 a ustawy o zamówieniach publicznych, który nakazuje udzielać zamówienia publicznego wyłącznie dostawcy i wykonawcy, który został wybrany na zasadach w niej określonych.

SPZOZ w Działdowie zlecił firmie K. z Działdowa roboty remontowo-budowlane w zakresie modernizacji pawilonu psychiatrycznego dla potrzeb oddziału paliatywno-hospicyjnego, których wartość wyniosła 158 tys. zł, z pominięciem procedur określonych w ustawie o zamówieniach publicznych.

W SP ZOZ w Biłgoraju - kwota 80,3 tys. zł, ze środków dotacji, przeznaczona na usługi w zakresie bieżącej konserwacji urządzeń i obiektów została wydatkowana bez stosowania przepisów ustawy.

W 11 zakładach, w stosunku do części zamówień, zamiast przetargu nieograniczonego, stosowano inne, uproszczone tryby postępowania, mimo iż okoliczności, na które się powoływano, nie wypełniały ustawowych przesłanek

⁶² Por. przypis nr 13.

pozwalających na ich zastosowanie. Nie zachowano więc pełnej konkurencyjności, prowadzącej do wyboru najlepszej oferty.

Najczęściej stwierdzaną nieprawidłowością było zlecenie robót budowlanych, przy zastosowaniu trybu zapytania o cenę, mimo iż tryb ten może być stosowany jedynie wówczas, gdy przedmiotem zakupu są towary i usługi o ustalonych standardach jakościowych.

W Szpitalu Wojewódzkim w Gdańsku tryb ten zastosowano przy zlecaniu robót budowlanych na kwotę 185 tys. zł; w Wielkopolskim Centrum Chorób Płuc i Gruźlicy przy wyborze wykonawcy robót o wartości 392,5 tys. zł oraz przygotowaniu pomieszczeń dla tomografu komputerowego na co wydatkowano kwotę 135,5 tys. zł; w SPZOZ w Działdowie przy wyborze wykonawcy robót remontowych w oddziałach szpitalnych i na bloku operacyjnym, których wartość wyniosła 295,4 tys. zł.

Inną nieprawidłową praktyką było udzielanie zamówienia w trybie negocjacji z zachowaniem konkurencji⁶³ lub zamówienia z wolnej ręki⁶⁴ z powołaniem się na ograniczony czas na przeprowadzenie procedury i konieczność wydatkowania środków budżetowych przed końcem roku. W zbadanych jednostkach stwierdzono jednak, że dyrektorzy placówek wiedzieli z odpowiednim wyprzedzeniem o konieczności rozpoczęcia procedur przetargowych, nie zachodziły więc okoliczności nadzwyczajne, nie będące skutkiem zjawisk przewidywalnych.

W Samodzielnym Wojewódzkim Publicznym Zakładzie Dermatologicznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie zamówienia na wykonanie robót budowlanych i instalacyjnych oraz zakup aparatury na kwotę 241,5 tys. zł dokonano w trybie negocjacji z zachowaniem konkurencji. Na etapie przygotowywania postępowania o udzielenie zamówienia na prace budowlane nie sporządzano ponadto kosztorysu inwestorskiego⁶⁵. Nie żądano również w tym przypadku od wykonawcy zabezpieczenia należytego wykonania umowy⁶⁶.

W SPZOZ w Siedlcach przy finansowaniu prac projektowych o wartości 43,2 tys. zł zamówień udzielono w trybie zamówienia z wolnej ręki określonym

⁶³ Tryb określony w art. 64 pkt 2 ustawy o zamówieniach publicznych. Zamówienia w tym trybie można udzielić w sytuacji, gdy istnieje pilna potrzeba udzielenia zamówienia, w sytuacji której nie można było wcześniej przewidzieć, a nie wynikała ona z winy zamawiającego.

⁶⁴ Zgodnie z art. 71 ust. 1 pkt 6 zamawiający może udzielić zamówienia z wolnej ręki wtedy, gdy ze względu na szczególne okoliczności gospodarcze lub społeczne, których zamawiający nie mógł przewidzieć, wymagane jest natychmiastowe wykonanie zamówienia. Pilna potrzeba udzielenia wynikająca z konieczności wykorzystania w stosunkowo krótkim czasie niespodziewanie otrzymanych na ten cel środków finansowych nie odpowiada przesłance wskazanej w art. 71 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych. (wyrok NSA z dnia 28 maja 1999 r.).

⁶⁵ Stanowiło to naruszenie art. 35 ust. 2 ustawy o zamówieniach publicznych.

⁶⁶ Było to niezgodne z § 1 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki Przestrzennej i Budownictwa z dnia 30 grudnia 1994 r. w sprawie ustalania wartości robót budowlanych, co do których konieczne jest zabezpieczenie należytego wykonania umowy, oraz form tego zabezpieczenia (Dz. U. Nr 140, poz. 794).

w art. 71 ust. 1 pkt 6 ustawy o zamówieniach publicznych, mimo iż nie zachodziły ustawowe przesłanki pozwalające na zastosowanie tego trybu.

Analiza sprawozdań z wykorzystania środków dotacji składanych przez placówki służby zdrowia wskazuje, że skala naruszeń przepisów ustawy o zamówieniach publicznych mogła być znacznie większa i do nieprawidłowości dochodziło także w placówkach, które nie były objęte kontrolą NIK.

Z ustaleń kontroli przeprowadzonej w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Wielkopolskiego wynika, na podstawie analizy 12 przedłożonych Marszałkowi rozliczeń wykorzystania dotacji (obejmujących kwotę 4.192,7 tys. zł), że 58 % tej kwoty wydatkowano na zakup dóbr i usług przy zastosowaniu trybu negocjacji z zachowaniem konkurencji lub zamówienia z wolnej ręki.

W jednym zakładzie opieki zdrowotnej stwierdzono nierówne traktowanie podmiotów uczestniczących w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego oraz fakt nieodrzućenia oferty, mimo iż nie spełniała ona warunków określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

SPZOZ w Suwałkach, w celu realizacji zakupu aparatury medycznej, zorganizował przetarg nieograniczony. Podczas rozpatrywania ofert dotyczących zakupu aparatu USG komisja przetargowa podwyższyła cenę oferowaną przez jednego z oferentów o 28,7 tys. zł, odzwierciedlającą wartość dodatkowego wyposażenia do oferowanego aparatu USG – ponad wymagania ustalone w specyfikacji istotnych warunków zamówienia. Nie uwzględniono zaś dodatkowego wyposażenia na kwotę 21,7 tys. zł oferowanego przez inną firmę biorącą udział w postępowaniu. Skutkiem takiego działania było nieprzyjęcie oferty, która zgodnie z kryteriami określonymi w specyfikacji powinna zostać wybrana⁶⁷.

W postępowaniu dotyczącym zakupu kardiomonitorów o wartości 233,8 tys. zł i respiratorów (207,7 tys. zł) nie odrzucono ofert, które nie spełniały warunku terminu dostawy określonego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.⁶⁸

W tym samym zakładzie nie przyjęto oferty na dostawę 3 łóżek reanimacyjnych za 33,2 tys. zł, gdyż komisja przetargowa nieprawidłowo obliczyła wartość punktową kryterium ceny łóżek reanimacyjnych oferowanych przez innego oferenta (59,5 tys. zł), skutkiem czego wybrano droższą ofertę.

W 5 zakładach nie sporządzano wymaganej dokumentacji z postępowania o zamówienie publiczne lub też sporządzano ją w sposób nierzetelny.

⁶⁷ Komisja przetargowa naruszyła art. 16 ustawy o zamówieniach publicznych, zgodnie z którym zamawiający jest zobowiązany do traktowania na równych prawach wszystkie podmioty ubiegające się o zamówienie publiczne i do prowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

⁶⁸ Stanowiło to naruszenie art. 27a ust.1 pkt 1 ustawy o zamówieniach publicznych, zgodnie z którym zamawiający jest obowiązany odrzucić ofertę, jeżeli jest sprzeczna z specyfikacją istotnych warunków zamówienia.

W Wielkopolskim Centrum Chorób Płuc i Gruźlicy w Poznaniu udzielono zamówienia na roboty budowlane w maju 2000 r.

Protokół z posiedzenia komisji dokonującej wyboru najkorzystniejszej oferty sporządzono natomiast we wrześniu 2000 r., mimo iż posiedzenie Komisji, jak to wynikało z wyjaśnień jej członków, w ogóle się nie odbyło.

W SPZOZ w Działdowie nie sporządzono protokołu postępowania o zamówienie publiczne zawierającego elementy określone w art. 25 ust. 1 ustawy o zamówieniach publicznych oraz nie uzasadniono wyboru oferty w przypadku zamówienia na dostawy sprzętu medycznego dla potrzeb tworzonego oddziału ratownictwa, którego wartość wyniosła 487, 3 tys. zł.

SPZOZ w Górze dokonując zamówienia na wykonanie robót remontowo – adaptacyjnych dla OIOM nie ustalił wartości zamówienia z należytą starannością do czego był zobowiązany przepisami art. 2 pkt 9 ustawy o zamówieniach publicznych. Kosztorys inwestorski inwestycji, wbrew postanowieniom art. 35 ust. 3 ustawy o zamówieniach publicznych, nie został sporządzony w oparciu o metody i zasady postępowania określone przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji.

2.7.6 Gospodarowanie majątkiem zakładów opieki zdrowotnej w trakcie restrukturyzacji

W 17 zakładach opieki zdrowotnej (36 %) dokonywano sprzedaży zbędnych składników majątku trwałego, a NIK nie wniosła uwag do prawidłowości prowadzonych w tym zakresie działań. W 10 zakładach, na ogółem 40, w których wynajmowano pomieszczenia i składniki majątkowe, zawierano umowy najmu lub dzierżawy bez zgody organu założycielskiego lub z naruszeniem zasad ustalonych przez ten organ, naruszając obowiązujące w tym zakresie przepisy⁶⁹.

Dyrekcja SPZOZ w Biłgoraju, od stycznia 1999 r. do lutego 2000 r. zawarła umowy najmu pomieszczeń i dzierżawy sprzętu z 26 najemcami, w tym z 16 na czas nieokreślony. Żadna z tych umów nie została poprzedzona uzyskaniem zgody Zarządu Powiatu. SPZOZ nie w pełni wykorzystywał również uprawnienia zawarte w umowach, ponieważ nie przeprowadzano kontroli wynajętych pomieszczeń i sprzętu.

W SPZOZ w Siedlcach we wszystkich przypadkach zawarcia przez SPZOZ pisemnych umów o najem lub dzierżawę majątku trwałego tej jednostki, tj. gruntów, powierzchni użytkowych, gabinetów lekarskich oraz elewacji budynków na reklamy, jednostka ta nie występowała o zgodę do samorządu miasta. Nie zwracała się również po dniu 22 lutego 2000 r. o podanie zasad na jakich może wynajmować lub wydzierżawiać ten majątek.

W SPZOZ w Bydgoszczy w przypadku 82,6 % umów dotyczących dzierżawy i wynajmu majątku trwałego nie uzyskano zgody organu

⁶⁹ Por. przypis nr 23 i 24..

założycielskiego. Wymóg uzyskania takiej zgody wynikał zarówno z postanowień ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, jak też uchwały Sejmiku Województwa Kujawsko – Pomorskiego z dnia 10 lipca 2000 r. w sprawie zasad zbywania, wydzierżawiania i wynajmowania majątku trwałego samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i kolumn transportu sanitarnego, dla których samorząd województwa przejął uprawnienia organu, który je utworzył.

W Szpitalu Wojewódzkim w Przemyślu w przypadku 5 spośród 9 umów podpisanych po uregulowaniu przez Sejmik Województwa Podkarpackiego uchwałą z dnia 28.02.2000 r. zasad gospodarowania mieniem, nie dysponowano zgodą Zarządu Województwa Podkarpackiego na zawarcie takiej umowy wymaganej przez § 17 tej uchwały.

Analiza realizacji postanowień zawartych umów wykazała, iż w niektórych wypadkach nie egzekwowano należycie przysługujących należności z tytułu najmu i dzierżawy, a kierownictwo kontrolowanych zakładów dopuszczało rozwiązania niekorzystne dla własnych jednostek.

Szpital Specjalistyczny w Tuszynie wydierżawił budynek na warunkach mniej korzystnych niż określone w projekcie umowy, złożonym w Urzędzie Marszałkowskim w Łodzi i zaaprobowanym stosowną uchwałą Zarządu Województwa Łódzkiego. W podpisanej umowie brak było zapisu o wydierżawieniu 30 tys. m kw. terenu przylegającego do budynku. W wyniku tej zmiany dzierżawca nie ponosił kosztów podatku od nieruchomości za grunt.

W SPZOZ w Biłgoraju wbrew postanowieniom umów najmu nie potrącano należnego czynszu najmu z kwoty przekazywanej stomatologom w ramach zawartych podkontraktów na świadczenie usług stomatologicznych. Czynsz ten był regulowany odrębnie, jednak ZOZ nie określił terminu jego płatności, a w związku z tym nie zagwarantował sobie prawa stosowania sankcji w przypadku nieterminowego regulowania płatności.

W SPZOZ w Hrubieszowie nie kontrolowano realizacji umowy najmu powierzchni firmie C. , które podnajmując tę powierzchnię osobie fizycznej bez wiedzy Szpitala pobrało w 2000 r. 2890 zł czynszu więcej niż wynosił należny z tego tytułu czynsz szpitala.

W SPZOZ Szpitalu Wojewódzkim w Bydgoszczy nie egzekwowano należnych kwot umownych wynikających z umów dzierżawy majątku trwałego szpitala. Na skutek działań podjętych w trakcie kontroli NIK jeden z podmiotów dokonał wpłaty kwoty 4710 zł stanowiącej część zaległej należności.

Przykładem działań niegospodarnych było również obniżenie wartości wyceny sprzętu i wyposażenia dzierżawionych gabinetów w niektórych umowach zawieranych przez SPZOZ Nr 1 w Rzeszowie.

Zarząd Miasta określił, iż podstawą do ustalenia czynszu dzierżawnego środków trwałych ruchomych i pozostałego wyposażenia miała być jego wartość aktualna na dzień 1 stycznia 2001 r.

W niektórych umowach zawartych ze stomatologami obniżono jednak wartość unitów stomatologicznych poniżej wyceny sporządzonej przez Zakłady Naprawcze Sprzętu Medycznego. Wartość wycenionego sprzętu stanowiła podstawę ustalania czynszu. Zawarte umowy (wg. wzoru opracowanego przez Zarząd Miasta) nie ustalały, kto ponosi koszty ubezpieczenia sprzętu, jak również nie zawierały zapisów o możliwości dokonywania kontroli realizacji umowy przez organ założycielski.

W przypadku części wyposażenia gabinetów ginekologicznych i stomatologicznych, dla którego sporządzono wycenę szacunkową, wyceny tej nie uwzględniono przy ustalaniu wysokości czynszu dzierżawnego. W konsekwencji wyposażenie gabinetów wydierżawiane było za symboliczne stawki, nie odzwierciedlające ich aktualnej wartości.

2.7.7. Funkcjonowanie systemu kontroli wewnętrznej w restrukturyzowanych zakładach opieki zdrowotnej

Stwierdzono, iż w kontrolowanych zakładach w niewystarczający sposób funkcjonowały mechanizmy kontroli wewnętrznej, co utrudniało nadzór nad prawidłowością procesu restrukturyzacji.

SPZOZ w Będzinie nie zatrudniał nikogo na stanowisku rewidenta zakładowego od 1990 r. Próby zatrudnienia skończyły się niepowodzeniem, ponieważ osoby, które ewentualnie przejawiały chęć podjęcia pracy, nie spełniały odpowiednich wymogów.

Statut Specjalistycznego Szpitala Zespołowego w Wałbrzychu przewidywał w strukturze organizacyjnej jednostki stanowisko rewidenta zakładowego. Od dnia 1 stycznia 2000 r. na tym stanowisku był wakat.

W Szpitalu Wojewódzkim w Bydgoszczy określone w statucie stanowisko rewidenta nie funkcjonowało z powodu trudności ze znalezieniem odpowiedniego kandydata na to stanowisko.

W SPZOZ w Pszczynie nie wyodrębniono stanowiska kontroli wewnętrznej. W opracowanym w trakcie kontroli zakresie czynności zastępcy głównego księgowego wprowadzono zapis o sprawowaniu funkcji kontrolnej w zakresie prawidłowości dokumentacji stanowiącej przedmiot księgowości. Natomiast w zakresie czynności kierownika działu organizacyjno-prawnego wprowadzono zapis, iż sprawuje on nadzór i prowadzi instruktaż w zakresie organizacji i działalności poszczególnych komórek ZOZ.

2.7.8. Nadzór organów założycielskich nad funkcjonowaniem zakładów opieki zdrowotnej

Część kontrolowanych jednostek samorządu terytorialnego wykazywała niewielką aktywność w zakresie nadzoru i kontroli jednostek, w stosunku do których wykonywały uprawnienia organu założycielskiego. Brak wystarczających działań w tym zakresie uzasadniano najczęściej brakiem środków i wynikającą z tego niewystarczającą obsadą kadrową w odpowiednich jednostkach organizacyjnych kontrolowanych urzędów. Obowiązek nadzoru organu założycielskiego nad działalnością SPZOZ wynikał z treści § 4 i § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego.

Żadnej kontroli w zakresie prawidłowości wydatkowania dotacji budżetowych oraz wykorzystania majątku przez SPZOZ nie przeprowadziły: urzędy marszałkowskie województwa łódzkiego, warmińsko-mazurskiego i pomorskiego oraz starostwa w Hrubieszowie, Nakle, Sandomierzu, Biłgoraju, Bytowie i Pszczynie.

Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego nadzór ograniczał do weryfikacji faktur przedkładanych przez SPZOZ celem przekazania im środków z dotacji, przeprowadzenia 3 wizytacji w zakresie realizowanych przez SPZOZ zadań oraz udziału w komisji inwentaryzacyjnej w związku z przeniesieniem oddziału płucnego w Szpitalu Miejskim im. J. Brudzińskiego w Gdyni.

Wyrywkowa kontrola dokumentacji dotyczącej przyznania dotacji i jej rozliczenia przez 2 jednostki, tj. SPZOZ w Nowym Dworze Gdańskim i Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Stanisława Kryzana w Starogardzie Gdańskim (Szpital), wykazała nieprawidłowości, polegające m.in. na nieposiadaniu przez Urząd pełnej dokumentacji związanej z przyznaniem dotacji w 1999r.

Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko - Mazurskiego ograniczył się do sprawdzenia, czy przesłane przez SPZOZ-y faktury opiewają na kwotę przydzielonej dotacji oraz czy środki zostały wydatkowane w terminie na określone zadania. Brak było natomiast kontroli ze strony Urzędu dotyczącej prawidłowości wykorzystania przez placówki zdrowia otrzymanych środków publicznych na restrukturyzację.

Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego nie dokonywał, z braku własnych służb nadzoru, kontroli rzetelności wydatkowania dotacji budżetowych na restrukturyzację w służbie zdrowia. Dopiero w marcu 2001 r. w strukturach Urzędu utworzony został wydział nadzoru, który rozpoczął kontrole podległych jednostek w zakresie rzetelności wydatkowania dotacji.

Starostwo Powiatowe w Hrubieszowie poprzestawało na przyjmowaniu kserokopii faktur zakupionych urządzeń medycznych, bez udokumentowania ze strony SPZOZ poniesienia wydatków na zakupy, nie przeprowadzano kontroli wydatkowania środków inwestycyjnych.

Starostwo Powiatowe w Sandomierzu nie dysponowało kopiami umów zawieranych przez SPZZOZ w Sandomierzu na wynajem i dzierżawę nieruchomości stanowiących własność Powiatu, nie przeprowadzało kontroli prawidłowości zawierania i realizacji tych umów oraz wykorzystania środków pozyskanych przez ten zakład.

Starostwo Powiatowe w Biłgoraju nie kontrolowało przestrzegania przepisów w zakresie prowadzenia gospodarki majątkiem trwałym. W okresie od stycznia 1999 r. do lutego 2000 r. Dyrekcja SPZOZ w Biłgoraju zawarła umowy najmu pomieszczeń i dzierżawy sprzętu z 26 najemcami, w tym 16 na czas nieokreślony. Żadna z tych umów nie została poprzedzona uzyskaniem zgody zarządu powiatu.

W świetle postanowień przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w brzmieniu obowiązującym do 23 lutego 2000 r. umowy te z mocy prawa były nieważne.

Przeprowadzone jednostkowe kontrole przez organy samorządu terytorialnego nie mogą być uznane – w ocenie NIK – za właściwe realizowanie obowiązku nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej

W latach 1999 – 2000 służby Starostwa Powiatu Żagańskiego przeprowadziły zaledwie jedną kontrolę (listopad – grudzień 2000 r. w SPZOZ w Żaganiu), stwierdzając uchybienia w procedurach zamówień publicznych. Nadzór nad prawidłowym wykorzystaniem środków publicznych przez SPZOZ ograniczono do analizy przedkładanych przez jednostki sprawozdań, informacji i innych dokumentów.

Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko - Pomorskiego w roku 1999 nie przeprowadził żadnej kontroli, pierwsze kontrole podjęto w marcu 2000 roku, wykonano ich 10, z których dwie dotyczyły rozliczenia dotacji, natomiast w roku 2001 na 12 zakończonych kontroli osiem w programie podejmowało tę tematykę. Żadna kontrola nie wykazała nieprawidłowości związanych z udzielonymi dotacjami.

W Urzędzie Marszałkowskim Województwa Małopolskiego zaplanowane zostały cztery kontrole w jednostkach ochrony zdrowia, z których wykonano zaledwie dwie, lecz żadna nie dotyczyła problematyki związanej z restrukturyzacją jednostek ochrony zdrowia. Urząd nie posiadał sprawozdań z wykonania rzeczowego innych zadań restrukturyzacyjnych, zwłaszcza o charakterze remontowym i inwestycyjnym i nie zwracał się do jednostek o nadesłanie takich sprawozdań, nawet w przypadkach zakończenia ich realizacji do końca 2000 r., np. Środowiskowego Zakładu Psychiatrycznego przez SPZOZ im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu oraz Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej w Krakowie.

Nadzór Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego nad prawidłowym gospodarowaniem mieniem Samorządu Województwa nieodpłatnie użytkowanym przez spzoz, zgodnie z obowiązującymi od 13.06.2000 r. zasadami, polegał na weryfikacji kopii nadsyłanych umów najmu

bądź dzierżawy, które zawarły podległe zakłady. W okresie objętym kontrolą Wydział Skarbu przeprowadził tylko 2 kontrole doraźne w ww. zakresie. Według wyjaśnień Dyrektor Wydziału Skarbu nie przeprowadzano kontroli okresowych (planowych) z uwagi na nieliczną obsadę kadrową podległego Wydziału

W przypadku Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego, który przeprowadził kontrole 14 jednostek (na 22), którym przyznano dotacje budżetowe, nie zawiadomiono (do czasu kontroli NIK) właściwego rzeczownika dyscypliny finansów publicznych o ujawnionym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Dermatologicznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie fakcie naruszenia ustawy o zamówieniach publicznych (Urząd poprzestał na wysłaniu zaleceń). Zaniechanie to stanowiło niedopełnienie obowiązku wynikającego z art. 165 ust. 1 ustawy o finansach publicznych⁷⁰.

Marszałek Województwa Mazowieckiego tłumaczył to okolicznościami wskazującymi, iż stwierdzone naruszenia wynikały z niewłaściwej interpretacji przepisów ustawy o zamówieniach publicznych przez pracowników jednostki, a ich charakter nie miał wpływu na ostateczny wybór oferenta.

Spośród 32 skontrolowanych jednostek samorządu terytorialnego tylko rady powiatu w Tarnobrzegu i Nakle nie określiły zasad gospodarowania składnikami majątku trwałego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, natomiast w 5 jednostkach uchwalono te zasady ponad pół roku od wejścia w życie przepisu, nakładającego ten obowiązek.⁷¹

W powiecie łódzkim wschodnim powyższe zasady określono 4 września 2000 r., w powiecie dębickim 30 października 2000 r., w powiecie góreckim 23 listopada 2000 r., w województwie pomorskim 11 grudnia 2000 r. i w powiecie działdowskim 13 czerwca 2001 r.

2.7.9. Mechanizmy korupcjogenne

Brak jednoznacznie zdefiniowanych i precyzyjnych kryteriów oceny regionalnych programów restrukturyzacji dokonanej przez Zespół Ekspertów w Ministerstwie Zdrowia oraz występowanie powiązań pomiędzy niektórymi regionalnymi grupami wsparcia a osobami odbierającymi i oceniającymi, z ramienia Ministerstwa Zdrowia, przedkładane przez te grupy programy stwarzał, w ocenie NIK, ryzyko wystąpienia korupcji.

Natomiast nierówne traktowanie podmiotów ubiegających się o wykonywanie obowiązków regionalnych grup wsparcia dla poszczególnych województw przez

⁷⁰ Por. art. 165 ust. 1 ustawy o finansach publicznych, zgodnie z którym kierownik jednostki sektora finansów publicznych (jednostki korzystającej ze środków publicznych) oraz kierownik jednostki nadrzędnej, a także organ kontroli obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić właściwego rzeczownika dyscypliny finansów publicznych o ujawnieniu naruszenia dyscypliny finansów publicznych.

⁷¹ Por. przypis nr 24

komisję przetargową w Ministerstwie Zdrowia oraz preferowanie określonych dostawców bądź dzierżawców sprzętu medycznego przez kierownictwo niektórych skontrolowanych zakładów opieki zdrowotnej to okoliczności, które mogą wskazywać na występowanie zjawiska korupcji.

III PRZEBIEG POSTĘPOWANIA KONTROLNEGO I DZIAŁAŃ PODJĘTYCH PO ZAKOŃCZENIU KONTROLI

Z wyjątkiem Ministerstwa Zdrowia, wszystkie protokoły sporządzone w wyniku postępowania kontrolnego zostały podpisane przez kierowników kontrolowanych jednostek bez zastrzeżeń. Poza jednostkami objętymi kontrolą, w 121 innych zasięgnięto dodatkowych informacji.⁷²

Wyniki kontroli zostały omówione na 17 naradach pokontrolnych oraz przedstawione wraz ocenami, uwagami i wnioskami w 88 wystąpieniach pokontrolnych. Z ogółem 207 wniosków pokontrolnych zrealizowano 107, a 41 znajdowało się w fazie realizacji.⁷³ W 11 przypadkach kierownicy jednostek kontrolowanych skorzystali z prawa zgłoszenia zastrzeżeń do ocen, uwag i wniosków zawartych w wystąpieniach⁷⁴.

W wystąpieniu pokontrolnym skierowanym do Ministra Zdrowia postulowano usunięcie przyczyn nieprzestrzegania zasad udzielania zamówień publicznych określonych w ustawie o zamówieniach publicznych oraz dokonanie pełnej oceny efektów „Programu restrukturyzacji w ochronie zdrowia i perspektywy działań w latach następnych” i rozliczenia środków przeznaczonych na jego realizację oraz kwoty 161,6 mln zł dotacji udzielonych w 1999 r.

Wnioski pokontrolne kierowane do jednostek samorządu terytorialnego dotyczyły m.in. zwiększenia nadzoru nad działalnością podległych zakładów opieki zdrowotnej, zgodnie z wymogami określonymi przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i jednostkami transportu sanitarnego, oraz określenia zasad gospodarowania majątkiem zakładów (w odniesieniu do jednostek, które nie ustaliły tych regulacji).

W stosunku do kontrolowanych zakładów opieki zdrowotnej wnioski pokontrolne NIK wskazywały na konieczność: kontynuowania działań restrukturyzacyjnych mających na celu zapewnienie trwałej poprawy sytuacji finansowej zakładów, dokonania zwrotu do budżetu państwa środków dotacji wykorzystanych po obowiązującym terminie lub niezgodnie z przeznaczeniem, przedstawiania rzetelnych i kompletnych dokumentów rozliczeniowych z wydatkowania środków dotacji, podjęcia działań zapobiegających występowaniu przypadków naruszania przepisów ustawy o zamówieniach publicznych, właściwego kwalifikowania osób do zwolnienia, dostosowania

⁷² Na podstawie art. 29 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

⁷³ Do czasu przygotowania niniejszej Informacji.

⁷⁴ W trybie określonym w art. 61 ust. 1 ustawy o NIK.

postanowień zawartych umów najmu i dzierżawy do obowiązujących w tym zakresie unormowań zawartych w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej i uchwałach organów założycielskich.

W piśmie z dnia 1 lutego 2002 r., stanowiącym uzupełnienie odpowiedzi z dnia 13 listopada 2001 r. na wystąpienie pokontrolne NIK, Minister Zdrowia przedstawił rozliczenie środków wydatkowanych z rezerw celowych budżetu państwa – kwoty 161,6 mln zł przeznaczonej na wdrożenie reform systemowych w ochronie zdrowia (rezerwa z 1999 r.) oraz kwoty 354,5 mln zł na realizację działań osłonowych i restrukturyzację w ochronie zdrowia (rezerwa z 2000 r.). Z przedłożonego rozliczenia kwoty 161,6 mln zł wynikało, iż na przedsięwzięcia restrukturyzacyjne wydatkowano 158,2 mln zł, a na rachunek budżetu państwa zwrócono niewykorzystane środki w wysokości 3,4 mln zł. Minister Zdrowia poinformował również Izbę o efektach realizacji programu restrukturyzacji.

W wyniku ujawnienia faktów wskazujących na naruszenie dyscypliny finansów publicznych Najwyższa Izba Kontroli skierowała 12 wniosków o ukaranie do komisji orzekających w sprawach o naruszenie dyscypliny finansów publicznych, obejmujących 17 osób. W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, wystosowano również wniosek o ukaranie do kolegium do spraw wykroczeń oraz jedno zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa do prokuratury rejonowej.⁷⁵

**Dyrektor Departamentu Pracy,
Spraw Socjalnych i Zdrowia**

Marek ZAJĄKAŁA

**Akceptuję:
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli**

Piotr KOWNACKI

**Zatwierdzam:
Prezes
Najwyższej Izby Kontroli**

Mirosław SEKUŁA

Warszawa, dnia **14** lutego 2002 r.

[Załączniki](#)

⁷⁵ Do czasu sporządzenia niniejszej Informacji.